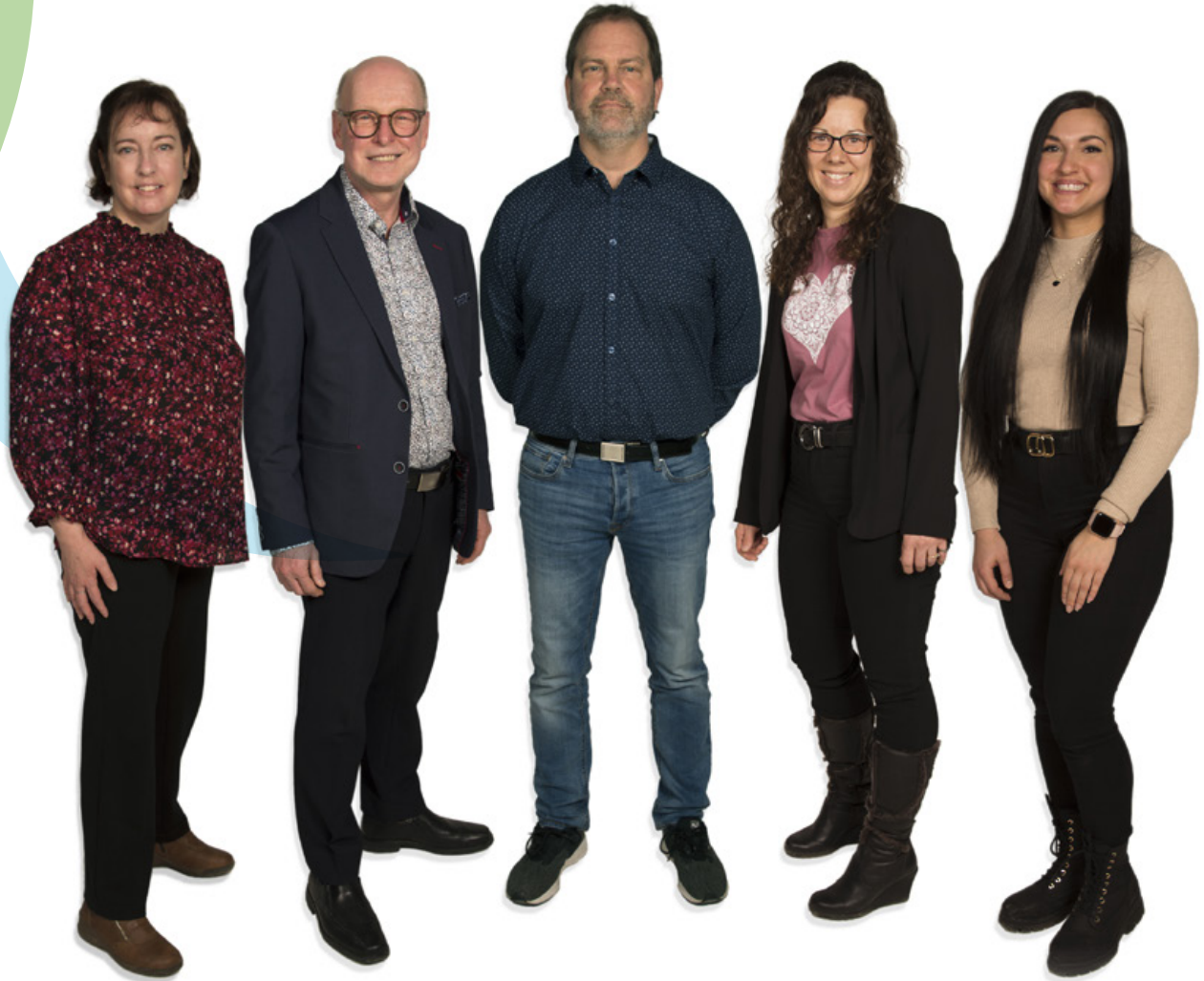




INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022-2023



L'Institut
30 ans

Julie
greffée en 2003

Daniel
greffé en 2008

Steeves
greffé en 2013

Cynthia
greffée en 2018

Fanny
greffée en 2023

du programme
de transplantation cardiaque

Note au lecteur

Afin de faciliter la lecture, nous utilisons tout au long de cet ouvrage les diminutifs «Institut», «l'établissement», «l'organisation», «notre institution» pour se référer à l'appellation complète «Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval».

Avis concernant la photographie de la page couverture

Afin de respecter les mesures d'hygiène en vigueur, les cinq personnes greffées ont été photographiées individuellement, sans porter le masque de procédure, mais dans le respect de la distanciation. Le montage final de cette photographie pourrait laisser croire qu'il en est autrement. Nous préférons vous en aviser.

Un remerciement spécial à nos cinq personnes greffées : Julie Gravel (2003), Daniel Turcotte (2008), Steeves Roy (2013), Cynthia Corriveau (2018) et Fanny Brassard-Larouche (2023).

Nous avons ajouté un élément de navigation à côté de chaque numéro de page. En cliquant sur la flèche figurant à gauche du folio, vous serez redirigé vers la table des matières.



Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
Direction des ressources humaines et des communications

2725, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone: 418 656-4730

IUCPQ.qc.ca

IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

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

Production

Rédaction: L'ensemble des directions de l'Institut

Coordination et production: Direction des ressources humaines et des communications

Graphisme: Nathalie Racicot

ISSN 2564-5935 (pdf)

Dépôt légal: 3^e trimestre 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

Par souci écologique, ce rapport annuel est publié en version électronique seulement.

Notre institution agit pour protéger l'environnement.



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Table des matières

4	Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général	47	Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion)
6	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	55	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité
7	Liste des abréviations et acronymes	55	Suivi de la visite d'Agrément Canada
8	L'Institut : mission, vision et valeurs	55	Sécurité et qualité des soins et des services
8	Notre distinction	64	Procédure d'examen des plaintes
9	La grande famille	64	Nombre de personnes mises sous garde
10	Trajectoire de soins et services	65	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie
12	Vocation suprarégionale	67	Ressources humaines
13	Statistiques annuelles	69	Ressources financières
14	Portrait de la clientèle		Répartition des charges brutes par programme
16	Organigramme de la haute direction		L'équilibre budgétaire
18	Conseil d'administration		Les contrats de services
19	Comités, conseils et instances consultatives		État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant
35	Faits saillants	71	Ressources informationnelles
35	Principales réalisations liées à nos priorités organisationnelles	72	Divulgations obligatoires
42	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires	73	Annexe : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA
45	Direction de la recherche universitaire		
46	Fondation IUCPQ		

Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général

C'est avec enthousiasme que nous vous présentons le rapport de gestion 2022-2023 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut), document qui fait état des principales activités réalisées au cours de l'année en vue d'atteindre nos objectifs pour le plus grand bénéfice de nos clientèles, de l'ensemble de la population et de nos partenaires. Fortes de notre volonté de prendre des engagements significatifs tout en étant soumises à un contexte socioéconomique difficile, de pénurie de main-d'œuvre et de fin de période pandémique, nos équipes ont démontré, une fois de plus, qu'elles étaient en mesure de se mobiliser pour soigner nos patients et nos patientes.

L'Institut est unique, car il est reconnu pour son expertise, la qualité de ses soins et de ses services, son enseignement et sa recherche. L'une de ses forces consiste en une organisation cohérente et performante qui démontre une forte synergie d'action entre ses intervenants et ses intervenantes, ce qui entraîne une mobilisation et une implication constantes entre le personnel, les médecins et les chercheurs. Cette vision résume parfaitement notre volonté de nous démarquer, notre désir de continuer à miser sur cette distinction qui nous rend si unique et d'accroître notre leadership ainsi que notre rayonnement, que ce soit régionalement, nationalement ou internationalement.

Aux fins de ce bilan annuel, nous ne pouvons passer sous silence quelques réalisations marquantes, notamment les 30 ans de notre programme de transplantation cardiaque. Notre équipe médicale et de soins a été visionnaire en mettant sur pied le programme de transplantation cardiaque en 1993. Dès le début, cette équipe a su s'entourer de la meilleure expertise qui soit et partager sa vision qui va bien au-delà de nos frontières en 2023. Grâce à cette initiative et en collaboration avec notre partenaire Transplant Québec, ce sont près de 400 personnes qui ont pu bénéficier d'une seconde vie. Il y a de quoi se réjouir pour toutes ces familles qui vivent ou qui ont vécu des moments privilégiés qu'elles n'auraient pu vivre sans une greffe cardiaque de leur proche. Les meilleures ambassadrices sont les personnes greffées, représentées sur la page couverture de ce rapport annuel et qui peuvent en témoigner. Pour l'Institut, le programme de transplantation cardiaque est capital. De par sa mission ultraspécialisée, rappelons que l'Institut offre des soins et des services de qualité à plus de deux millions de personnes, soit 30 % de la population du Québec, ce qui en fait l'un des centres de transplantation cardiaque les plus importants au Canada.

Plusieurs autres dossiers auront retenu notre attention durant l'année 2022-2023, notamment la pandémie pour une troisième année consécutive. Au cours de la dernière année, bien qu'il y ait eu une augmentation des cas d'infections à la COVID-19 dans la population, nos équipes ont réussi à éviter les bris de service et l'ensemble de nos services cliniques étaient disponibles pour nos activités tertiaires.

Par ailleurs, la performance de notre institut repose essentiellement sur les compétences et le dévouement de tous les intervenants et intervenantes qui y travaillent. La Direction des ressources humaines et des communications a mis en œuvre le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 pour offrir un environnement de travail qui favorise la santé et la sécurité, de même que la qualité de vie et l'épanouissement

professionnel. L'Institut est fier d'avoir procédé à la mise en place de bonnes pratiques en santé globale et mieux-être au travail dans le cadre d'une démarche structurée, représentant un levier important en matière de recrutement, de rétention, de santé psychologique et de saine performance en milieu de travail.

À l'été 2022, les usagers et les usagères qui ont bénéficié des soins ou des services de l'Institut ont été invités à participer à un sondage en ligne d'Agrément Canada, dont l'objectif initial était d'obtenir une mesure organisationnelle de référence quant à l'expérience des usagers. Ce sont près de 700 personnes qui ont contribué à cette démarche d'amélioration continue. Parmi les résultats obtenus, soulignons que 95% des usagers et usagères ont exprimé avoir eu une expérience positive de soins ou de services. Cet excellent résultat témoigne de l'effort collectif des intervenants et intervenantes pour le bien-être de tous. Nous remercions sincèrement tous ceux et toutes celles qui ont contribué à cette démarche d'amélioration, et nous félicitons les intervenants et intervenantes pour les excellents résultats obtenus.


Notons également l'importance accordée au projet «Institut 2.0» visant à demeurer un centre suprarégional surspécialisé dans nos missions cliniques en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie bariatrique. Ce projet majeur d'infrastructures, qui découle du plan clinique, reçoit un accueil favorable des différentes instances.

Plusieurs grands chantiers de construction ont été livrés durant l'année, notamment le pavillon B réalisé pour combler les besoins de bureaux administratifs avec l'ajout de 44 espaces, la phase II de l'agrandissement du bloc opératoire au coût de 21 M\$ permettant une augmentation du volume d'activités grâce à l'aménagement d'une salle d'opération multidisciplinaire, l'agrandissement et la rénovation de deux salles d'opération, l'agrandissement et la mise aux normes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.

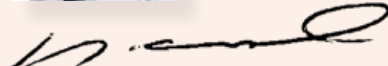
Les projets des années à venir viendront consolider l'offre de services à la clientèle, notamment par l'ajout de 64 lits d'hospitalisation, l'agrandissement de l'unité coronarienne et le réaménagement des services ambulatoires spécialisés.

Bonne lecture!




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




Denis Bouchard
Président-directeur général

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Objet: Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion 2022-2023 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut)

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2022-2023 de notre institut:

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et correspondent à la situation qui se présentait au 31 mars 2023.



Denis Bouchard
Président-directeur général

Le présent rapport annuel de gestion a été déposé et adopté par le conseil d'administration de l'Institut lors d'une assemblée ordinaire tenue le 13 juin 2023. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet «INSTITUT», section «Documents institutionnels», rubrique «Rapports annuels de gestion». Sous le même onglet, vous trouverez également le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section «Qui sommes-nous ?», rubrique «Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels».

Liste des abréviations et acronymes

CA	conseil d'administration
CASS	comité sur l'accès aux soins et aux services
CAUI	comité des affaires universitaires et de l'innovation
CECE	comité d'éthique clinique et de l'enseignement
CER	comité d'éthique de la recherche
CGE	comité de gouvernance et d'éthique
CGRC	comité de gestion des risques cliniques
CII	conseil des infirmières et des infirmiers
CM	conseil multidisciplinaire
CMDP	conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CR	comité de révision
CRH	comité des ressources humaines
CRTI	comité des ressources technologiques et immobilières
CU	comité des usagers
CV	comité de vérification
CVQ	comité de vigilance et de la qualité
DAJIC	Direction des affaires juridiques, institutionnelles et corporatives
DARU	directrice administrative/directeur administratif de la recherche
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DQEPETI	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique, de la transformation et de l'innovation
DRFL	Direction des ressources financières et de la logistique
DRHC	Direction des ressources humaines et des communications
DRI	Direction des ressources informationnelles
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSRU	directeur scientifique de la recherche
DST	Direction des services techniques
HDM	hygiène des mains
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	prévention et contrôle des infections
PDG	président-directeur général
PDGA	présidente-directrice générale adjointe
PPMC	Pavillon de prévention des maladies cardiaques
RSS	région sociosanitaire
RUISSS UL	Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux de l'Université Laval

La grande famille

2 835
Employés



355

Membres
actifs, associés et conseils

34 pharmaciens

293 médecins
spécialistes

28 omnipraticiens



339

Étudiants
et stagiaires
au Centre de recherche



190

Chercheurs
réguliers et associés

Trajectoire de soins et services

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

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

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

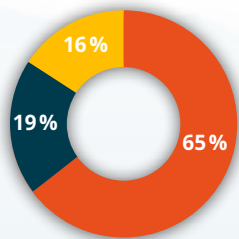
Vocation suprarégionale

Notre offre de soins et services ultraspécialisés... en quelques chiffres

2,2 millions de personnes desservies (26 %* de la population de la province)

* 8,5 millions habitants-Statistique Canada, 2020

Usagers



- 2 702** usagers ayant subi une chirurgie **cardiaque**
- 803** usagers ayant subi une chirurgie **thoracique**
- 661** usagers ayant subi une chirurgie **bariatrique**

Enseignement

43 093,74
jours de stage

28 870

jours de stage
stagiaires en médecine (résidents, externes,
moniteurs cliniques provenant de 14 spécialités)

6 464

jours de stage
stagiaires universitaires
(toutes disciplines confondues)

7 439,74

jours de stage
**stagiaires de
niveau collégial**
(toutes disciplines
confondues)

320

jours de stage
**stagiaires en
formation
professionnelle**

Fondation IUCPQ

3 445 295 \$*
remis en dons à l'Institut
afin de contribuer au financement
de nombreux projets

Recherche

750
publications

Reconnues à l'échelle internationale

* Année de référence : du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022

Statistiques annuelles

Volume d'activités pour l'exercice terminé le 31 mars 2023

	2022-2023	2021-2022	VARIATION
			%
HOSPITALISATION			
Nombre de lits au permis	338	338	0,00
Nombre de lits dressés	335	329	1,82
Admissions	16 141	15 074	7,08
Départs	16 146	15 078	7,08
Séjours moyens (jours)	5,9	6,0	-2,40
Occupation des lits disponibles (en %)	81,9	75,2	8,98
Total jours-présence	94 659	90 579	4,50
- courte durée	93 134	89 399	4,18
- longue durée	1 525	1 180	29,24
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	4 852	4 463	8,72
- chirurgie cardiaque	2 702	2 511	7,61
- chirurgie thoracique	803	747	7,50
- chirurgie générale	617	487	26,69
- chirurgie bariatrique (obésité)	664	644	3,11
- autres spécialités	66	74	-10,81
Heures présence des usagers	15 381	14 390	6,88
Total usagers	4 852	4 463	8,72
- hospitalisés	4 429	4 118	7,55
- en chirurgie d'un jour	423	345	22,61
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	11 159	10 726	4,04
- coronarographies	4 470	4 198	6,48
- angioplasties	3 593	3 574	0,53
- études électrophysiologiques	71	61	16,39
- ablations	1 120	1 058	5,86
- cardiostimulateurs et défibrillateurs	1 649	1 623	1,60
- autres procédures	256	212	20,75
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 675	1 651	1,45
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	12	9	33,33
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	130 465	117 622	10,92
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 510 177	2 520 848	-0,42
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	12 982	13 294	-2,35

	2022-2023	2021-2022	VARIATION
			%
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	816	734	11,17
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	76 126	76 440	-0,41
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	613	568	7,92
ENDOSCOPIE			
Total examens	7 281	7 615	-4,39
- endoscopie digestive	4 256	4 470	-4,79
- endoscopie respiratoire	3 025	3 145	-3,82
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	816	911	-10,43
- hémodialyse	816	911	-10,43
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	8 118	7 923	2,46
Traitements	2 517	2 667	-5,62
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	49 405	45 900	7,64
Usagers	31 216	28 888	8,06
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	18 375	15 718	16,90
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	13 091	11 079	18,16
ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	128 699	131 817	2,37
- électrophysiologie	113 549	112 557	0,88
- échocardiographie	15 150	19 260	-21,34
URGENCE			
Visites	28 287	26 691	5,98
Usagers sur civière	13 758	13 080	5,18
Usagers ayant séjourné plus de 24 heures	1 597	1 113	43,49
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	14 518	13 635	6,48
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	22 306	20 180	10,54
ALIMENTATION			
Repas	664 882	579 133	14,81
NUTRITION CLINIQUE			
Usagers	7 362	7 085	3,91

Portrait de la clientèle

L'Institut dessert principalement la population du centre et de l'est de la province. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut.

La répartition de la clientèle hospitalisée selon les régions sociosanitaires reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2022-2023, 52 % de la clientèle provenait de la région immédiate de Québec et 48 % était hors région.

L'Institut compte 16 146 hospitalisations*, pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 5,88 jours par rapport à 15 079 en 2021-2022 avec une DMS de 6,01 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 67 % et 16 %. Les autres spécialités totalisent 17 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies liées à l'obésité. La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans, pour un taux de 37 %. Suit de près la tranche d'âge de 65-74 ans selon une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

De par son rôle d'établissement désigné, l'Institut a également participé à l'effort collectif en lien avec la pandémie de COVID-19. Entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, on a dénombré 746 hospitalisations de personnes atteintes de cette maladie, pour une durée moyenne de séjour de 14,5 jours. L'âge moyen de ces personnes était de 75 ans et elles provenaient majoritairement (77 %) de la région de la Capitale-Nationale.

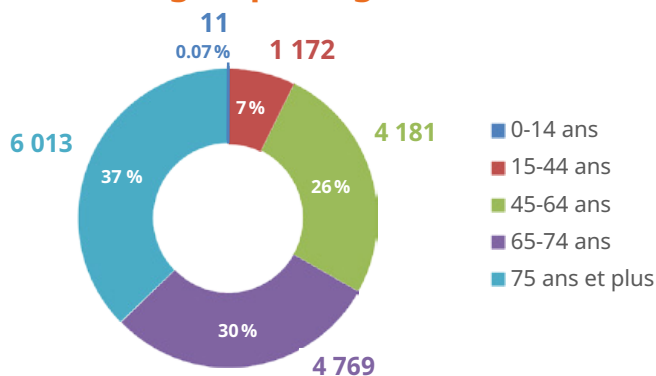
Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services, tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées telles la médecine interne et les services dentaires curatifs. En 2022-2023, on dénote 135 627 visites en mode ambulatoire pour 45 487 usagers et usagères, par rapport à 131 189 visites pour 45 088 usagers et usagères en 2021-2022. Cela représente une augmentation de 3,4 % des visites et de 0,9 % des usagers et usagères. Le nombre de suivis téléphoniques a augmenté de 7,4 %, passant de 42 591 en 2021-2022 à 45 735 en 2022-2023.

* Représente les usagers et usagères ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023

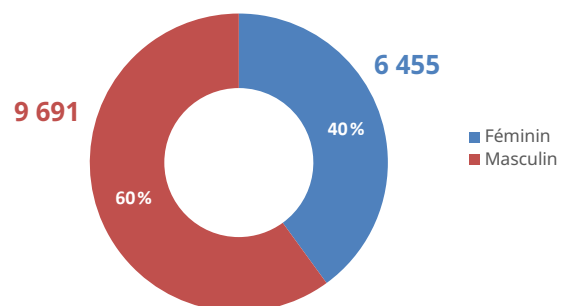
2022-2023 Nombre total d'hospitalisations : 16 146

PROPORTION D'HOSPITALISATIONS

Par groupe d'âge



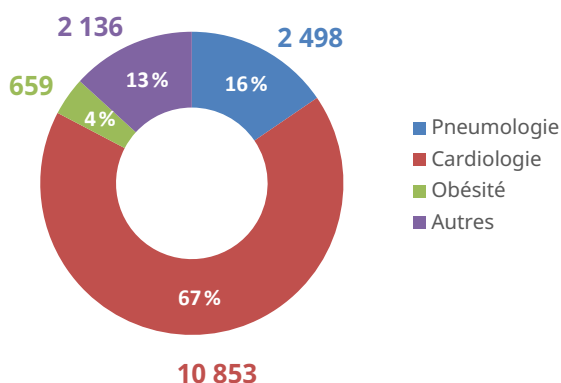
Selon le sexe



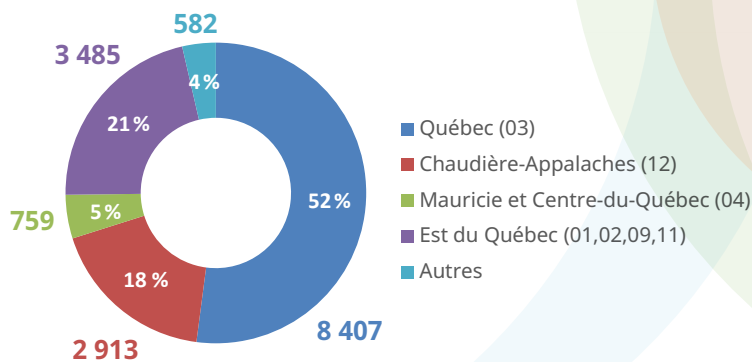
2022-2023 Nombre total d'hospitalisations : 16 146

PROPORTION D'HOSPITALISATIONS

par spécialité

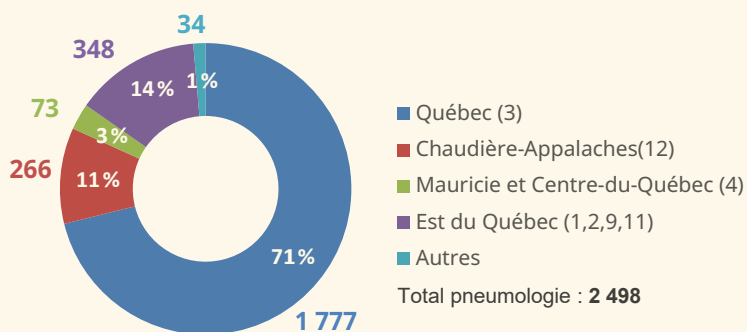


par région socio-sanitaire (RSS)

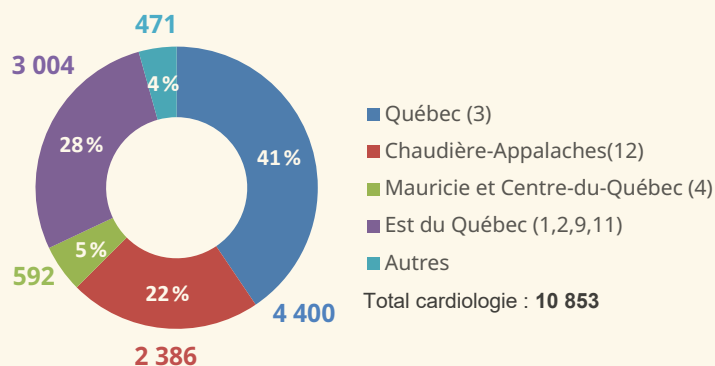


par région socio-sanitaire (RSS) par spécialité

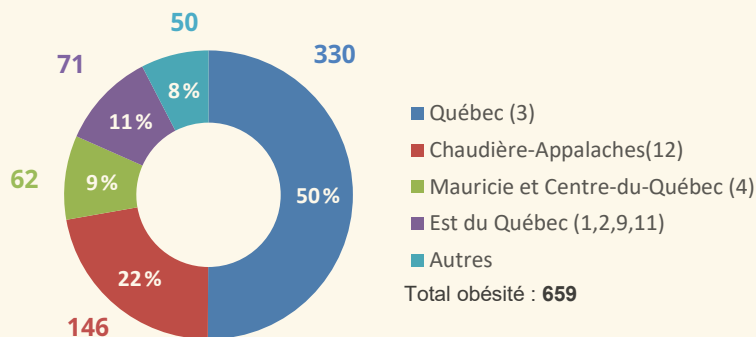
Pneumologie



Cardiologie

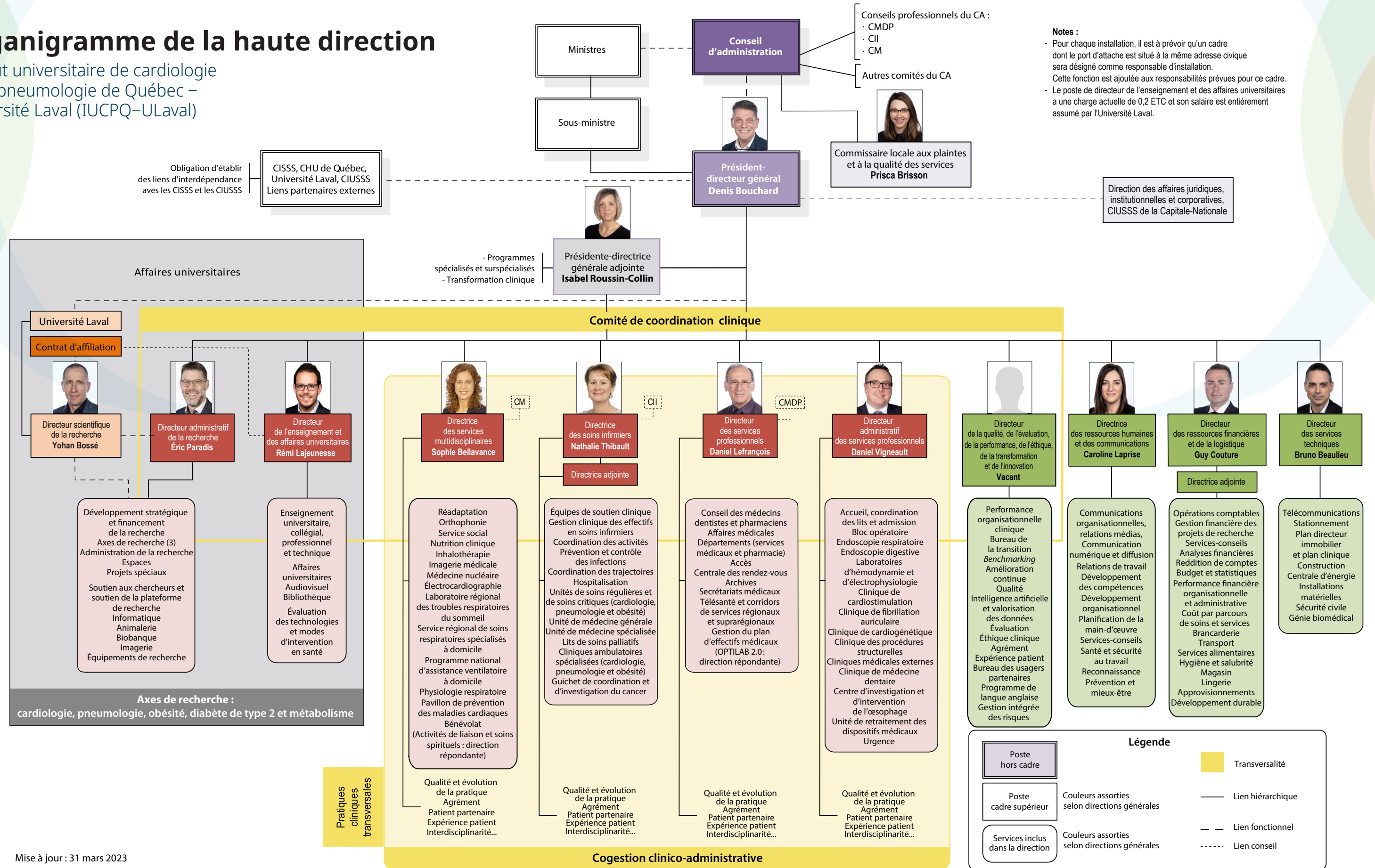


Obésité



Organigramme de la haute direction

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ–ULaval)



Notes :

- Pour chaque installation, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable d'installation.
- Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- Le poste de directeur de l'enseignement et des affaires universitaires a une charge actuelle de 0,2 ETC et son salaire est entièrement assumé par l'Université Laval.

Conseil d'administration

M. Laurent Després

Président
Membre indépendant
Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

M. Gilles Kirouac

Vice-président
Membre indépendant
Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

M. Denis Bouchard

Secrétaire
Président-directeur général

M^{me} Claudia Boulanger

Membre indépendant
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

Poste vacant

Membre indépendant
Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

M^{me} Myriam Levesque

Membre indépendant
Compétence en gouvernance et éthique

M^{me} Marie-Claude Giguère

Département régional de médecine générale

M. Marcel Pepin

Membre indépendant
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

M^{me} Julie Veillette

Membre indépendant
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

M^{me} Chantale Simard

Membre indépendant
Compétence en gouvernance et éthique

M. Marius Plante

Comité des usagers

Poste vacant

Université affiliée

M^{me} Lucie Rochefort

Université affiliée

M. Serge Simard

Conseil multidisciplinaire

M^{me} Isabelle Taillon

Comité régional sur les services pharmaceutiques

M. Bruno Laflamme

Conseil des infirmières et infirmiers
En attente de nomination

M. Robert De Larochellière

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M. Daniel Gilbert

Membre indépendant
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M. Patrick Ferrero

Membre indépendant
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines



M. Denis Bouchard, M. Gilles Kirouac, M. Laurent Després, M. Marius Plante, M^{me} Julie Veillette, M^{me} Claudia Boulanger. Deuxième rangée : M. Marcel Pépin, M^{me} Lucie Rochefort, M^{me} Isabelle Taillon, D^r Robert De Larochellière, M^{me} Myriam Levesque, M^{me} Chantale Simard, D^{re} Marie-Claude Giguère, M. Daniel Gilbert, M. Patrick Ferrero, M. Serge Simard. Absent lors de la prise de la photo : M. Bruno Laflamme

Rapport de suivi sur l'application du code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration de l'Institut

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Institut a été adopté par le conseil d'administration (CA) le 8 mai 2018. Le code est en annexe du présent document et accessible, ainsi que les formulaires issus de l'annexe du règlement 35 (R35), via le site Web de l'établissement à l'adresse suivante : bit.ly/354xokH.

Comités, conseils et instances consultatives

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

Membres

Myriam Levesque
Laurent Després
Gilles Kirouac
Marcel Pepin
Serge Simard
Denis Bouchard

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre

Représentation

Membre du CA
Président du CA
Vice-président du CA
Membre du CA
Membre du CA
Président-directeur général

Réunions

Le comité a tenu quatre réunions ordinaires au cours de l'année.

Mandat

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30), et d'assumer les fonctions qui lui sont attribuées en vertu de ce code;
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

En outre, le comité doit :

- procéder annuellement à l'évaluation du comité;
- procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS);
- participer à la démarche d'élaboration des priorités organisationnelles annuelles de l'établissement et en assurer le suivi;
- examiner toute question et exécuter tout autre mandat relevant de sa compétence que peut lui confier le conseil d'administration.

Le comité de vérification (CV)

Membres

Marcel Pepin
Julie Veillette
Myriam Levesque
Laurent Després
Denis Bouchard
Guy Couture
Julie Bérubé

Statut

Président
Membre
Membre
Invité d'office
Invité d'office
Invité permanent
Invitée permanente

Représentation

Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Président du CA
Président-directeur général
Directeur des ressources financières et de la logistique
Directrice adjointe des ressources financières et de la logistique

Réunions

Le comité de vérification a tenu sept réunions au cours de l'année.

Mandat

Le comité de vérification doit, notamment :

- s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- examiner les états financiers ainsi que le rapport d'audit avec l'auditeur indépendant nommé par le conseil d'administration;
- recommander au conseil d'administration la nomination de l'auditeur indépendant;
- veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
- formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS);
- examiner, pour recommandation au conseil d'administration, le plan de délégation de signatures et s'assurer qu'il soit respecté;
- examiner la liste des engagements et contrats financiers de 100 000\$ et plus;
- procéder annuellement à l'évaluation du comité.

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Membres

Gille Kirouac
Denis Bouchard
Claudia Boulanger
Marius Plante
Prisca Brisson

Statut

Président
Secrétaire
Membre
Membre
Membre

Invité d'office
Invité permanent
Invité permanent
Invité permanent
Invitée permanente
Invité permanent
Invitée permanente
Invitée permanente

Représentation

Vice-président du CA
Président-directeur général
Membre du CA
Membre du CA
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (commissaire)
Président du CA
Usager-ressource
Médecin examinateur
Médecin examinateur
Médecin examinateur
Médecin examinateur
Directrice par intérim à la DQEPETI
Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques (DQEPETI)

Réunions

Le CVQ a tenu cinq réunions ordinaires au cours de l'année.

Mandat

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne l'accessibilité aux services, la qualité, la pertinence, la sécurité et l'efficacité des services dispensés ainsi que le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement;
- favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- procéder annuellement à l'évaluation du comité;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Le comité des ressources humaines (CRH)

Membres

Claudia Boulanger
Daniel Gilbert
Chantale Simard
Laurent Després
Denis Bouchard
Caroline Laprise

Statut

Présidente
Membre
Membre
Invité d'office
Invité d'office
Invitée permanente

Représentation

Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Président du CA
Président-directeur général
Directrice des ressources humaines
et des communications

Réunions

Le comité a tenu quatre réunions au cours de l'année.

Mandat

Le comité des ressources humaines s'assure que les priorités et les actions retenues, qui visent le personnel et les effectifs médicaux, sont conformes aux orientations stratégiques adoptées en matière de gestion des ressources humaines. Il s'assure également que les valeurs prônées par l'établissement en cette matière et que l'engagement de l'Institut à fournir un milieu de travail humain, valorisant et stimulant pour tous, soient effectivement respectés. Il examine la gestion des ressources humaines et présente

des recommandations au conseil d'administration sur les stratégies, les initiatives et les politiques en matière de gestion des ressources humaines. Il s'assure que le conseil d'administration s'acquitte de ses responsabilités vis-à-vis les ressources humaines, particulièrement en ce qui a trait à la participation, à la motivation ainsi qu'à la valorisation du maintien et du développement des compétences.

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation (CAUI)

Membres

Chantale Simard
Lucie Rochefort
Denis Bouchard
Isabelle Taillon
Laurent Després

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre
Invité d'office

Représentation

Membre du CA
Membre du CA
Président-directeur général
Membre du CA
Président du CA

Réunions

Le comité a tenu quatre réunions ordinaires et une réunion extraordinaire au cours de l'année.

Mandat

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation s'assure de la réalisation des orientations stratégiques de chacun des volets de la mission universitaire de l'établissement, soit l'enseignement, la recherche ainsi que l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Il s'assure de l'atteinte des objectifs fixés pour chacun des volets de cette mission. Le comité

s'assure notamment de la réalisation des engagements de l'établissement en cette matière, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et l'innovation, fournir aux étudiants un encadrement et un environnement d'apprentissage qui favorisent la réussite académique ainsi que contribuer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Le comité des ressources technologiques et immobilières (CRTI)

Membres

Daniel Gilbert
Julie Veillette
Louis-Jacques Lalonde
Guy Couture

Statut

Président
Membre
Membre
Membre

Membre
Membre
Membre invité
Invité d'office
Invité d'office

Représentation

Membre du CA
Membre du CA
Directeur des ressources informationnelles
Directeur des ressources financières et de la logistique
Membre du CA
Directeur des services techniques
Adjoint au directeur des services techniques
Président du CA
Président-directeur général

Réunions

Le comité a tenu quatre réunions ordinaires au cours de l'année.

Mandat

Le comité des ressources technologiques et immobilières s'assure que l'établissement dispose des infrastructures nécessaires pour répondre à ses besoins fonctionnels actuels et futurs pour la prestation sécuritaire des soins ainsi que le soutien au développement et à la consolidation de l'offre de service. Il s'assure également de fournir au personnel, aux effectifs médicaux et aux étudiants un environnement technologique stable, sécuritaire et à la

fine pointe. Le comité s'assure donc que l'établissement possède des plans directeurs immobiliers et technologiques et que les démarches requises soient faites pour en assurer la réalisation. En lien avec ces plans, le comité est responsable d'examiner les projets de maintien des actifs et de développement ainsi que de faire les recommandations requises au conseil d'administration.

Le comité sur l'accès aux soins et aux services (CASS)

Membres

Laurent Després
Isabel Roussin-Collin
Gilles Kirouac
Marius Plante
Isabelle Taillon
Serge Simard
Bruno Laflamme
Anick Turcotte
Denis Bouchard
Daniel Lefrançois
Daniel Vigneault
Robert De Larochelière
Marie-Claude Giguère

Statut

Président
Secrétaire
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre invité
Membre
Membre
Invité permanent
Invité permanent
Invité permanent
Invitée permanente

Représentation

Président du CA
Présidente-directrice générale adjointe
Vice-président du CA
Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Usagère-ressource
Président-directeur général
Directeur des services professionnels
Directeur administratif des services professionnels
Membre du CA
Membre du CA

Réunions

Au cours de l'année, le CASS a tenu quatre réunions ordinaires.

Mandat

Le comité s'assure de l'application de l'article 105 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipulant que «L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles... L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux

qu'il dispense...». En ce sens, le CASS s'assure que les priorités, les stratégies et les actions retenues en matière d'accès aux services sont conformes aux orientations stratégiques de l'établissement et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Exerçant son mandat par délégation du comité de vigilance et de la qualité, le CASS procède à une reddition de comptes auprès de ce dernier.

Le comité d'éthique clinique et organisationnel (CECO)

Membres

Isabelle Winter
Myriam Cassard
Charles Desjardins
Alain Dompierre
Daniel Gagné
Bruno Laflamme
Rémi Lajeunesse

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre

François Simard
Laurence
Levesque-Tardif
Annie Julien
Patrick Careau
Carole Chenard

Tarek Malas
Claudia Blouin
Représentante des étudiants

Représentation

Recommandée par le conseil multidisciplinaire
Infirmière, CII
Médecin, CMDP
Intervenant en soins spirituels
Comité des usagers
Infirmier, CII
Directeur de l'enseignement
et des affaires universitaires
Infirmier, CII

Infirmière, CII
Conseillère cadre en éthique
Professionnel
Direction des ressources humaines
et des communications
Médecin, CMDP
Recommandée par le DEAU

Réunions

Le comité a tenu huit réunions ordinaires au cours de l'année.

Nouveau mandat

Grâce à la diversité de ses membres et de leur expérience, le CECO exerce un rôle-conseil en fournissant son expertise, son habileté d'analyse et son jugement éthique de manière à accompagner le demandeur ou la demandeuse dans sa requête éthique. Il soutient cette personne dans sa démarche de réflexion dans le but d'identifier la meilleure décision au regard d'enjeux ou problématiques éthiques de nature clinique, organisationnelle, liés à l'enseignement ou à la gestion.

Par ailleurs, les enjeux éthiques issus du domaine de la recherche clinique et fondamentale sont pris en charge par le comité d'éthique de la recherche et ont leurs règles de fonctionnement propres approuvées par le CA.

De plus, les enjeux éthiques relatifs aux administrateurs (membres du conseil d'administration) de l'établissement sont pris en charge par le comité de gouvernance et d'éthique. Ils sont donc exclus du mandat du comité d'éthique clinique et organisationnelle.

Le comité peut collaborer et contribuer avec l'organisation dans les efforts de développement d'une culture de l'éthique clinique et organisationnelle.

Le comité d'éthique de la recherche (CER)

Membres	Statut	Représentation
Jamila Chakir	Présidente	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Jonathan Beaudoin	Vice-président	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Andréanne Côté	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Isabelle Labonté	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Annie Lafortune-Payette	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Éric Larose	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Julie Méthot	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Annie Roy	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Frédéric Sériès	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Emmanuelle Trottier	Membre	Personne versée en éthique
Lise Couillard	Membre	Personne ayant une formation juridique
Sylvie Blais	Membre	Personne non affiliée à l'établissement
François Caron	Membre	Personne non affiliée à l'établissement
Geneviève Dion	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Nathalie Châteauvert	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Sébastien Bonnet	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Maxime Scrive	Membre suppléant	Personne versée en éthique
Johanne Dufour	Membre suppléant	Personne non affiliée à l'établissement
Suzanne Roy	Membre suppléant	Personne non affiliée à l'établissement
Andrée-Anne Therrien	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Sylvain Iceta	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Arianne Ta	Membre suppléant	Personne ayant une formation juridique
Camille		
Desaulniers-Tremblay	Membre suppléant	Personne ayant une formation juridique

Réunions

Le comité a tenu onze réunions ordinaires au cours de l'année.

Mandat

Le comité d'éthique de la recherche a pour mandat de protéger les participants à la recherche, de sauvegarder leurs droits, d'assurer leur bien-être et leur dignité ainsi que de veiller à ce que toute recherche effectuée par les chercheurs de l'établissement soit conforme aux normes scientifiques, légales et morales.

En vertu de l'article 21 du Code civil du Québec concernant la recherche sur les mineurs ou les majeurs inaptes, le CER est désigné par le MSSS. Le comité exerce donc ses responsabilités à l'égard des projets de recherche régis par le mécanisme multicentrique.

Le comité de gestion des risques cliniques (CGRC)

Membres	Statut	Représentation
Valérie Langlois	Présidente	Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques
Bruno Laflamme	Membre	Conseiller à la gestion des risques
Christiane Pereira-Martins-Casteli	Membre	Conseillère à la gestion des risques (i) (depuis août 2022)
Olivier Bouffard-Chabot	Membre	Personne possédant des compétences dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections
Cassiopée Paradis-Gagnon	Membre	Personne nommée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire
René Kirouac	Membre	Personne nommée par et parmi les membres du comité des usagers
Julie Boisvert	Membre	Personne possédant des compétences dans le domaine de l'utilisation sécuritaire des médicaments (début août 2022)
Maxime Garant	Membre	Répondant de l'établissement en retraitement des dispositifs médicaux
Michèle Therriault	Membre	Personne possédant les compétences scientifiques et technologiques touchant les équipements médicaux ainsi que la gestion des avis et des alertes
Pierre Gagnon	Membre	Usager-ressource nommé par le président-directeur général
Stéphanie Drouin	Membre	Personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers (responsable de la sécurité transfusionnelle)
Nathalie Thibault	Membre	Personne déléguée par le président-directeur général
Joey Rivière	Membre	Personne nommée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers
Claudia Leblanc	Membre	Résidente nommée par la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
Sophie Ste-Onge	Membre	Personne nommée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Valérie Caron	Membre	Personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers (personne possédant des compétences liées à la sécurité des laboratoires)

Réunions du comité de gestion des risques cliniques (CGRC)

Le comité a tenu six réunions et une réunion ad hoc au cours de l'année.

Mandat

Le comité de gestion des risques cliniques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence ;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches ;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et des accidents, et recommander au conseil d'administration de l'établissement, par l'entremise du comité de vigilance et de la qualité auquel il rend compte, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le comité de révision (CR)

Membres

Chantale Simard
Pierre Laflamme
Charles Morasse
Mario Sénéchal

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre suppléant

Représentation

Membre du CA
Désigné par le CMDP
Désigné par le CMDP
Désigné par le CMDP

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé par le médecin examinateur à l'examen de la plainte de l'utilisateur ou de toute autre personne.

La durée du mandat des membres du comité de révision est de trois ans. Malgré l'expiration de leur mandat, les membres du comité de révision demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

État de traitement des plaintes médicales transmises au comité de révision

Année	En traitement au début	Reçues durant l'exercice	Total	Conclues	En traitement à la fin
2022-2023	0	0	0	0	0
2021-2022	1	5	6	6	0

Le comité des usagers (CU)

Membres

Yves Larose
Marius Plante
Lucie Bélanger
Louise Turgeon
Daniel Gagné
Sylvie Houde
Suzanne Michaud-Belzile
Jacques Deblois
René Kirouac

Statut

Président
Vice-président
Secrétaire-trésorière
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre

Réunions

Le comité a tenu sept réunions régulières au cours de l'année, une réunion spéciale, une rencontre de planification et une assemblée générale.

Mandat

Le mandat et les responsabilités du comité des usagers lui sont dévolus directement par la loi (LSSSS, c.S4.2, art. 212). Le mandat confié par le législateur au comité et le cadre budgétaire sont limitatifs. Le comité ne peut y déroger en négligeant, omettant ou ajoutant des responsabilités. Le comité des usagers doit :

- renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- accompagner et assister sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la Loi ou en vertu de la Loi du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux.

Pour accomplir son mandat, le comité des usagers peut former un ou des sous-comités. La présidence d'un sous-comité est confiée à un membre du comité des usagers. Il incombe à la présidence d'un sous-comité de définir ses règles de fonctionnement et de nommer ses membres.

Les sous-comités formés doivent rendre compte annuellement de leurs activités dans les 30 jours qui suivent la fin de l'année financière se terminant le 31 mars.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres

Marie-Hélène LeBlanc
Marie-Claude Vézina
Nathalie Châteauvert
Victor Tremblay
Éric Dumont
Denis Bouchard
Daniel Lefrançois
Robert De Larochellière

Statut

Présidente
Vice-présidente
Secrétaire-trésorière
Premier conseiller
Deuxième conseiller
Membre
Membre
Membre

Représentation

Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Président-directeur général
Directeur des services professionnels
Membre et représentant au conseil d'administration

Réunions

Le comité a tenu neuf réunions ordinaires et une réunion extraordinaire au cours de l'année.

Mandat

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est institué dans chaque établissement en suivi de l'application des articles afférents de la LSSS. Le CMDP est responsable, entre autres, envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens, de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination. Le CMDP apprécie également les privilèges et le statut devant être accordés aux membres. Il transmet ses recommandations touchant les demandes de pharmaciens qui soumettent une demande de nomination ainsi que sur le statut à leur attribuer et de donne son avis sur les mesures disciplinaires

que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien en cas de conduite professionnelle dérogatoire. Enfin, le CMDP établit des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que sur les règles d'utilisation des médicaments applicables au sein de l'Institut et élaborées par chaque chef de département clinique. De façon complémentaire, le CMDP est responsable de définir les recommandations touchant les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste et d'élaborer les modalités des différents systèmes de garde au sein de l'établissement. Le CMDP assure aussi la création de comités sous sa régie interne et s'assure de leur bon fonctionnement. (Tiré des articles 213 et 214 de la LSSS, S-4.2)

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres

Pierre-Luc Nolet
Marianne Marcotte
Mélicca-Ève McNeil
Gabriel Labbé
Stéphanie Labrecque
Hélène Morneault
Joey Rivière
Nathalie Thibault
Denis Bouchard

Statut

Président
Vice-présidente
Secrétaire intérimaire
Agent de communication intérimaire
Agente de communication intérimaire
Agente de communication intérimaire
Agent de communication intérimaire
Membre d'office
Membre d'office

Représentation

Infirmier clinicien à la salle de réveil
Infirmière clinicienne à l'unité du C3/3SI
Assistante infirmière-cheffe en hémodialyse
Infirmier clinicien à l'unité du C3
IPSSA secteur médecine interne
Infirmière clinicienne à l'unité du D2
Infirmier à l'unité du C5
Directrice des soins infirmiers
Président-directeur général

Réunions

Le comité a tenu cinq réunions ordinaires, cinq séances de travail et une assemblée générale annuelle au cours de l'année.

Mandat

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

- d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers dans l'établissement et, le cas échéant, en collaboration avec le CMDP, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8);
- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres dans l'établissement;
- de faire à ses membres des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments dans l'établissement;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres dans l'établissement;
- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- de donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le CA.

Le CII est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Le CII peut adopter des règlements concernant la régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le CA.

Le CII doit effectuer un rapport annuel au CA concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres. Conformément aux règlements de l'établissement, le CII est, pour chaque installation exploitée par son établissement, responsable envers le CA.

Le CII nomme un membre pour siéger au CA de l'établissement.

Le CII forme un comité exécutif du CII (CECII).

Les responsabilités et les pouvoirs du CII sont exercés par le CECII.

Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres

Sylvianne Picard
Carmen Paquette
Serge Simard
Cassiopée Paradis-Gagnon
Stéphanie Drouin (CHU)
Denis Bouchard
Sophie Bellavance
Cynthia Lévesque
Julie Pouliot
Ibam Campo
Pascale Bédard

Statut

Présidente
Vice-présidente
Secrétaire
Trésorière
Membre
Membre
Membre
Membre élu
Membre élu
Membre coopté
Membre invitée

Représentation

Membre élu
Membre élu
Membre désigné par le CA
Membre élu
Membre coopté
Président-directeur général
Directrice des services multidisciplinaires

Réunions

Le comité a tenu sept sept réunions de travail et une assemblée générale annuelle.

Mandat

Le CM est responsable envers le conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration;
- de faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres.



Faits saillants

Principales réalisations liées à nos priorités organisationnelles

Poursuivre le développement de projets d'infrastructures nécessaires à la croissance de nos activités

La Direction des services techniques a été fortement sollicitée dans la dernière année afin de poursuivre le développement de projets d'infrastructures nécessaires à la croissance des activités cliniques. En ce sens, plusieurs projets ont été réalisés, tels que l'agrandissement du bloc opératoire, le réaménagement de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et le remplacement de plusieurs équipements médicaux spécialisés. De plus, l'élaboration du dossier d'affaires pour la construction d'un nouveau pavillon, où deux unités de soins de 32 lits seront aménagées, a été réalisé en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures.

Par ailleurs, la dernière année a marqué un tournant décisif dans la mise en œuvre de gestes pour le développement durable, dont l'élaboration d'un plan d'action pour la mobilité durable s'adressant à l'ensemble des membres du personnel de l'Institut. De plus, a été élaboré un plan stratégique de gestion de l'énergie et de diminution des gaz à effet de serre (GES) visant une réduction de la consommation énergétique et plus précisément, de l'empreinte carbone des bâtiments et des infrastructures. L'objectif de ce plan est de permettre à l'Institut d'avoir une ligne directrice claire lui permettant d'atteindre les cibles d'exemplarité de l'État en matière de transition énergétique et de réduction des GES.

Poursuivre le développement des technologies de l'information nécessaires à la croissance de nos activités

Durant la dernière année, les priorités de la Direction des ressources informationnelles (DRI) ont été fortement orientées par le soutien aux activités cliniques dans le cadre du plan de modernisation technologique (PMT) mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce plan de modernisation met de l'avant plusieurs projets axés sur la valorisation clinique ainsi que de nombreux projets de mise à niveau technologique, dont le PACS, et de sécurité informationnelle. À nouveau, de nombreux incidents de sécurité vécus dans d'autres établissements de santé ont incité les organismes à bonifier

les mesures de sécurité en place dans le cadre des 15 mesures de sécurité du MSSS et du Centre opérationnel de la cyberdéfense (COCD).

L'offre de service de la DRI a été bonifiée et diffusée aux intervenants de l'Institut de façon à mieux faire connaître l'apport de la Direction pour soutenir de façon proactive les activités cliniques.

Bonifier la sécurité des infrastructures dans le respect des 15 mesures de sécurité du MSSS

Depuis 2021, la DRI de l'Institut met en œuvre plusieurs activités visant à se conformer aux 15 mesures minimales de sécurité exigées par le ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN), et même à les dépasser. Parmi ces activités, un effort considérable a été effectué pour se pencher sur la mesure no 1 visant la désuétude des systèmes d'exploitation. En effet, une proportion importante de postes de travail et de serveurs sont arrivés à échéance cette année et ont été mis à niveau. Grâce à cela, l'Institut compte maintenant sur un environnement parmi les plus à niveau du réseau de la santé québécois.

En complément du logiciel de détection Microsoft EDR déployé en 2021, la DRI a entièrement remplacé l'antivirus de tous les postes de travail au profit de la solution Microsoft Defender. Ces produits permettent de déceler des tentatives de cyberattaque au sein des environnements informatiques de l'Institut. La DRI assure ainsi une conformité complète de la mesure visant la mise en place d'un antivirus à jour et moderne.

La mesure visant à effectuer des campagnes de simulation à l'hameçonnage par courriel a été réalisée également. Il s'agissait de la dernière mesure restante.

Mise à niveau du PACS

Dans le cadre du plan de modernisation technologique, le PACS de l'Institut a été mis à niveau afin de permettre une performance accrue en matière de disponibilité des données d'imagerie diagnostique. La DRI a travaillé de pair avec la Direction des services techniques et la Direction des services multidisciplinaires afin de mettre en place les infrastructures technologiques visant à permettre aux intervenants cliniques d'avoir rapidement accès aux données d'imagerie nécessaires afin de servir adéquatement la population.

Uniformiser et diffuser les processus de soutien et l'offre de service

Le centre d'assistance de la DRI a réalisé de nombreux ateliers d'amélioration en collaboration avec différentes directions de l'Institut, visant à bonifier et à diffuser l'offre de service. Cela a permis de rendre disponibles en tout temps les trajectoires de services requises permettant à chacun des intervenants de l'Institut de connaître les processus en place visant à obtenir ces services, tant technologiques qu'administratifs, allant du soutien de proximité aux divers processus d'acquisition de fournitures technologiques en passant par l'identification des pilotes applicatifs ainsi que leurs rôles et responsabilités.

Ces informations sont maintenant diffusées sur l'intranet de l'Institut, sous l'onglet **Soutien administratif, section Informatique (DRI)**, et ce, sous plusieurs formes. Cela vise à rendre l'information accessible à chacun, notamment par des capsules vidéo expliquant en détail comment faire une bonne demande d'accès.

Assurer l'attraction et la rétention des talents en quantité suffisante pour répondre aux défis actuels et futurs

La Direction des ressources humaines et des communications a participé à plusieurs activités d'attraction et de recrutement pour l'embauche de nouveau personnel, en plus de faire la promotion des différents emplois offerts à l'Institut dans plusieurs établissements d'enseignement. Comme par les années passées, un mandat a été donné à Recrutement Santé Québec pour l'embauche à l'international pour les titres d'emploi d'infirmier et infirmière, de préposé et préposée aux bénéficiaires ainsi que de technologue en imagerie médicale. Enfin, les travaux se sont poursuivis en ce qui concerne la priorité organisationnelle visant à assurer l'attraction et la rétention des talents en quantité suffisante pour répondre aux défis actuels et futurs.

Par ailleurs, à la suite des années pandémiques et à travers le déconfinement, l'équipe de prévention en santé, sécurité et mieux-être au travail (PSSMET) a repris ses activités dites normales afin d'aborder les risques pour l'ensemble du personnel. L'arrivée d'une infirmière en prévention a mené à la révision de plusieurs procédures, politiques et programmes, permettant de structurer la prise en charge et les suivis liés à diverses infections touchant le personnel.

L'équipe de PSSMET a finalisé un programme organisationnel permettant une meilleure gestion des troubles musculosquelettiques. Elle a également finalisé un programme de formation en santé, sécurité et mieux-être au travail pour le nouveau personnel et amélioré son processus de prise de rendez-vous pour la réalisation des tests d'ajustement des masques de protection.

De plus, plusieurs activités de reconnaissance sont de nouveau en présentiel afin de souligner le travail des intervenantes et intervenants de l'Institut. Parallèlement, le comité santé et mieux-être ainsi que l'équipe de soutien psychosocial et spirituel ont poursuivi leurs travaux en misant sur la santé psychologique et le développement d'une culture de bienveillance. Nous sommes ainsi à plus de 200 bienveillants au sein de l'Institut. Enfin, l'accès aux activités sportives a repris de plus belle, réunissant notre personnel dans un contexte convivial.

Que ce soit lors du recrutement, d'une mutation ou d'une promotion, l'Institut inscrit, lorsque nécessaire, une connaissance ou un niveau de connaissance d'une autre langue. Ainsi, l'Institut compte, au sein de son organisation, 12 postes comportant cette connaissance spécifique.

Collaborer avec nos usagers et leurs proches afin d'assurer des soins et des services sécuritaires et de qualité

La participation de l'utilisateur, de l'utilisatrice et de leurs proches dans le choix des traitements ainsi que dans la prise de décisions liées à leur santé constitue la pierre angulaire de l'approche patient-partenaire. Ainsi, l'Institut privilégie l'intégration de l'éthique et de l'approche de partenariat dans la prestation des soins et des services. De même, l'implication des usagers

et des utilisatrices occupe une place importante au sein de l'organisation, permettant une analyse des enjeux de sécurité, une amélioration continue de la qualité des soins et des services prodigués ainsi qu'une meilleure réponse à leurs besoins. La méthodologie pour intégrer et impliquer la clientèle à différents comités de l'Institut est maintenant bien établie.

Améliorer l'accessibilité des soins et des services par l'utilisation de pratiques pertinentes, innovantes et collaboratives

L'agilité acquise en réorganisant les unités de soins au cours des vagues d'hospitalisation liées à la pandémie de COVID-19 nous a permis de poursuivre une approche intégrant l'adaptation constante de nos lieux physiques et la révision de nos processus de travail afin de faire face aux défis d'augmentation des listes d'attente auxquels nous avons été confrontés au cours de la dernière année. La nouvelle répartition des lits et l'utilisation de nos ressources a permis d'offrir un meilleur accès, notamment en permettant un regroupement plus efficient de la clientèle de cardiologie surnuméraire au nombre de lits établis ainsi qu'à la clientèle de chirurgie cardiaque et thoracique, évitant des reports non souhaités des chirurgies planifiées.

La bonification des plages opératoires au centre médical spécialisé OPÉRA M.D. inc. a permis d'augmenter de 30 % l'accès à la chirurgie pour la clientèle souffrant d'obésité sévère et également pour celle de chirurgie générale nécessitant une chirurgie d'un jour. Considérant le succès de ce partenariat, l'amélioration de l'accessibilité à cette gamme de soins et de services spécialisés de même que la satisfaction des usagers concernés, nous analysons la possibilité de rehausser nos efforts pour ce volet.

Considérant les enjeux démographiques et le souci de mieux répondre aux besoins de notre clientèle, l'équipe de réadaptation, en collaboration avec l'équipe des soins infirmiers, a mis sur pied un projet de dépistage systématique du déclin fonctionnel et du risque de chute au moment de l'admission pour la clientèle gériatrique. Ce dépistage, jumelé à un protocole de réentraînement,

a permis de réduire significativement la durée moyenne de séjour de près de deux jours à l'unité de courte durée gériatrique ainsi que le taux de réhospitalisation. Ces optimisations cliniques significatives ont ainsi permis d'améliorer la qualité du séjour et de rehausser l'accessibilité aux lits. Ce projet, soutenu par le MSSS, contribue également à assurer une continuité avec les trajectoires en prévention offertes par nos partenaires du réseau.

Eu égard au contexte de vieillissement de la population, d'augmentation croissante des besoins, de la nécessité de maintenir l'accès à nos services tertiaires ainsi que des enjeux de main-d'œuvre, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires ont débuté deux « projets vitrines » permettant d'optimiser la collaboration interprofessionnelle. Nous souhaitons développer un modèle de soins novateur, agile et flexible permettant d'offrir des soins ainsi que des services sécuritaires et de qualité aux usagers, tout en mettant en valeur l'expertise et la contribution de l'ensemble des professionnels. Les autres directions de l'Institut, dont la Direction des services professionnels, sont également impliquées dans ces projets.

Enfin, les travaux portant sur l'amélioration des différentes trajectoires de soins liées à nos grandes missions ont permis de maintenir un niveau optimal d'accès aux soins dans un contexte de problèmes liés à la gestion des maladies infectieuses toujours présentes et à la restriction des ressources, tant humaines que matérielles.

Améliorer l'efficacité organisationnelle en s'appuyant sur le système de gestion

L'objectif de cette priorité est de mettre en place une gestion basée sur les parcours de soins optimaux. La gestion par trajectoire est une stratégie porteuse, permettant d'améliorer la coordination des services ainsi que le partenariat entre les usagers, les intervenants et les partenaires. Des travaux ont été effectués afin

d'améliorer notre système de gestion et se poursuivront en 2023-2024. Il en va de même avec le financement axé sur le patient (FAP). Une portion importante du budget historique sera dorénavant financée en FAP dès le 1^{er} avril 2023.

Consolider les assises et le leadership de la mission universitaire en plus d'accentuer les efforts de rayonnement

Documents d'enseignement destinés aux usagers et à leurs proches

Au terme de l'année financière, 385 documents d'enseignement ont été déposés sur le portail de la bibliothèque de l'Institut. De ce nombre, 89 sont des capsules vidéo. Le portail inclut des documents d'enseignement :

- Produits à l'Institut (252);
- Produits en collaboration avec d'autres organismes (50);
- Produits à l'externe par d'autres organismes (83).

Les documents contenus sur le portail de la bibliothèque sont accessibles aux intervenants et aux usagers. Ils sont également disponibles sur le téléviseur au chevet. Ce sont 109 documents d'enseignement qui ont été créés ou mis à jour selon les nouvelles pratiques de littératie en santé de l'Institut et adaptés avec une nouvelle mise en page au goût du jour.

Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS)

L'application des recommandations formulées par l'unité ETMIS (UETMIS) aux niveaux clinique et administratif permet l'amélioration continue du bien-être des usagers et de la performance organisationnelle.

En 2022-2023, l'Institut a publié cinq rapports ETMIS :

- Réadaptation respiratoire à la suite d'une hospitalisation en lien avec un diagnostic de la COVID-19 (rapport de veille scientifique)
- Outils de dépistage de la fragilité chez les usagers subissant une intervention cardiaque nécessitant une sternotomie (rapport d'évaluation)
- Dosage de la procalcitonine afin d'optimiser l'utilisation des antibiotiques dans le traitement des infections (rapport d'évaluation)
- Les systèmes de gestion des informations en anesthésie (rapport d'évaluation)
- Réadaptation pulmonaire chez les personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Note de synthèse.

Enseignement

Afin de poursuivre le développement de sa mission universitaire et contribuer à l'amélioration des soins et services, l'équipe de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) assure des activités essentielles à la formation de la relève, par le biais d'une expérience-stagiaire de qualité. Considérant les besoins liés à la pénurie de main-d'œuvre au sein du réseau ainsi que la dimension de l'enseignement de la désignation universitaire, voici les principales réalisations en 2022-2023 :

- Développement de modèles innovants de supervision de stages par les pairs, en collaboration avec le Département de réadaptation de la Faculté de médecine et la Faculté des soins infirmiers de l'Université Laval;
- Mise en place de conditions favorables à l'augmentation des capacités d'accueil de stagiaires au sein de notre établissement, par le biais d'un financement octroyé par le MSSS dans le cadre de l'Opération main-d'œuvre visant à attirer, former et requalifier plusieurs travailleurs au Québec;
- Bonification de la structure organisationnelle de la DEAU en enseignement, favorisant le positionnement et le rayonnement auprès des partenaires externes et internes.

De plus, l'élaboration d'un plan de consolidation des actions de la DEAU a été complété et entériné par l'Institut. Ces assises représentent une opportunité unique de se doter de valeurs, d'un énoncé de mission ainsi que d'une vision transversale et intégrée de la mission universitaire, qui orienteront une première planification stratégique de la Direction au courant des prochaines années.

Rayonnement

Valorisation des plateformes de recherche du Centre de recherche

Durant la période financière 2022-2023, ce projet financé par le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie a permis de répertorier plus d'une vingtaine de plateformes technologiques disponibles au Centre de recherche de l'Institut. Plusieurs actions relatives à l'organisation et à la gestion des laboratoires précliniques de l'Institut ont été menées afin de répondre aux plus hauts standards de qualité, favorisant

ainsi la création potentielle de collaborations avec de nouveaux partenaires. Un plan de communication a été également élaboré pour assurer la promotion de l'expertise scientifique et les services mis à disposition par ces différentes plateformes : mise à jour des pages Internet de l'Institut (en version française et anglaise), création de matériel promotionnel (dépliants et vidéo).

Positionnement de la recherche et de la mission universitaire

Parmi les nombreuses activités de rayonnement, citons les journées scientifiques de la recherche de l'Institut qui étaient de retour cette année en présence uniquement. Cette année encore, cet événement favorisant les échanges entre les membres de la communauté scien-

tifique (étudiants, chercheurs, cliniciens) de l'Institut et de l'Université Laval a connu un grand succès, En effet, plus de 400 personnes étaient présentes, dont la directrice scientifique du Fonds de recherche du Québec – Santé, M^{me} Carole Jabet, à titre de conférencière invitée.

Positionner l'Institut auprès de ses différents partenaires et de la population

L'Institut est chef de file dans le traitement des maladies chroniques sociétales et à ce titre, il est un établissement reconnu mondialement pour ses missions de soins, de recherche, d'enseignement ainsi que d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Pour les années 2020-2023, l'Institut visait à poursuivre le développement de stratégies de rayonnement afin de se positionner davantage auprès de ses partenaires

et de la population. La réalisation des objectifs poursuivis par cette priorité organisationnelle se traduit par une meilleure reconnaissance du fleuron québécois que constitue l'Institut.

Au cours de la dernière année, un plan d'action a été élaboré par le comité rayonnement. Un sondage a également été réalisé et les résultats ont été présentés aux instances concernées.



Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Jours/stage
2022-2023

Programme de formation universitaire

Médecine

Introduction à l'externat	0
---------------------------	---

Externat

Cardiologie	505
Chirurgie cardiaque	100
Chirurgie générale	680
Chirurgie thoracique	110
Gériatrie	1 150
Médecine interne	1 190
Pathologie	60
Pneumologie	285
Psychiatrie	190
Radiologie diagnostique	760
Soins intensifs	390
Urgence	400
ORL	20
Anesthésiologie	30

TOTAL	5 870
--------------	--------------

Résidence

Anesthésiologie	900
Cardiologie	5 500
Chirurgie cardiaque	560
Chirurgie générale	160
Chirurgie thoracique	160
Gériatrie	460
Infectiologie et microbiologie	40
Médecine familiale et urgence	200
Médecine interne	4 300
Pathologie	520
Pneumologie	2 940
Psychiatrie	660
Radiologie diagnostique	1 100
Soins intensifs	1 400
Urgence	580

TOTAL	19 480
--------------	---------------

Moniteurs cliniques - Fellows (Médecin en stage de perfectionnement universitaire)

Cardiologie	1 940
Chirurgie cardiaque	720
Chirurgie bariatrique	340
Chirurgie thoracique	320
Pneumologie	200

TOTAL	3 520
--------------	--------------

Jours/stage
2022-2023

Pluridisciplinaires

Programme de formation universitaire	
Ergothérapie	80
Kinésiologie	300
Maîtrise en administration des affaires	0
Maîtrise en science de l'orientation	0
Maîtrise en science de la gestion	90
Nutrition	1 051
Orthophonie	8
Perfusion extracorporelle	185
Pharmacie	1 595
Physiothérapie	125
Prévention et contrôle des infections (PCI)	16
Science de l'orientation	62
Sciences infirmières	2 808
Sciences religieuses	6
Service social	108
Sciences de la consommation	30
TOTAL	6 464
Programme de formation collégiale	
AEC Spécialisation technique en intelligence artificielle	0
Archives médicales	105
Gestion de commerces	20
Médecine nucléaire	2
Prévention des incendies	36
Retraitement des dispositifs médicaux	67
Soins infirmiers	5 328
Soins préhospitaliers d'urgence	40
Techniques d'électrophysiologie médicale	147
Techniques d'inhalothérapie	731
Techniques de comptabilité et de gestion	20
Techniques de diététique	55
Techniques de la logistique du transport	0
Techniques de physiothérapie	34
Techniques de radiodiagnostic	644
Techniques d'éducation spécialisée	0
Techniques en bureautique	0
Technologie de l'électronique industrielle	60
Technologie de l'échographie médicale	151
TOTAL	7 439

Jours/stage
2022-2023

Programme de formation secondaire

Assistance à la personne en établissement de santé	66
Assistant technique en pharmacie	24
Comptabilité	15
Cuisinier	6
Hygiène et salubrité	30
Massothérapie	0
Mécanique de machines fixes	40
Santé, assistance et soins infirmiers	66
Secrétariat	28
Secrétariat médical	25
Soutien administratif AEP	20
TOTAL	320

Direction de la recherche universitaire

Un centre de recherche de référence en cardiologie, en pneumologie et en obésité

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

Nouveaux chercheurs

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche a eu le plaisir d'accueillir le Dr Fernando Forato Anhô, qui a rejoint l'axe de recherche obésité, diabète de type 2 et métabolisme, ainsi que les Drs Philippe Després, Paul BL George et André Côté qui ont rejoint l'axe de pneumologie. De plus, cinq professionnels de la santé, membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, ont amorcé leur programmation de recherche au Centre, soit les docteurs Marie-Hélène Denault dans l'axe de recherche en pneumologie; Isabelle Giroux et Mélanie Lavallée dans l'axe obésité, diabète de type 2 et métabolisme; ainsi que les docteurs Benoît M-Labbé et Anthony Poulin dans l'axe cardiologie.

Nomination du docteur Yohan Bossé à titre de directeur de la recherche universitaire

Menant depuis plus de 15 ans sa carrière scientifique à l'Institut et détenteur d'un poste de professeur titulaire au Département de médecine moléculaire de l'Université Laval, le 1^{er} avril 2022, le docteur Yohan Bossé a pris la relève à la tête de la direction du Centre de recherche, pour un mandat de quatre ans. Ses recherches sur les maladies cardiaques et respiratoires orientées sur les axes de recherche du Centre représentent un atout important pour la poursuite du développement scientifique des missions de l'Institut.

Création d'une plateforme de formation en recherche sur l'obésité et le diabète

Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, la plateforme de formation et de mentorat pan-canadienne «Maximise ta Recherche sur l'Obésité et le diabète» (MaROute), chapeautée par le Dr André Tchernof, regroupe un consortium de huit universités canadiennes et plus d'une dizaine d'autres organisations à travers le pays. Cette plateforme de recherche a pour mandat d'optimiser l'accès à différents parcours de formation individuelle, au développement professionnel et à l'apprentissage par l'expérience pour les étudiantes et étudiants aux cycles supérieurs ainsi qu'aux chercheuses et chercheurs en début de carrière dans le domaine de la recherche sur l'obésité et le diabète.

L'expertise de nos chercheurs reconnue internationalement

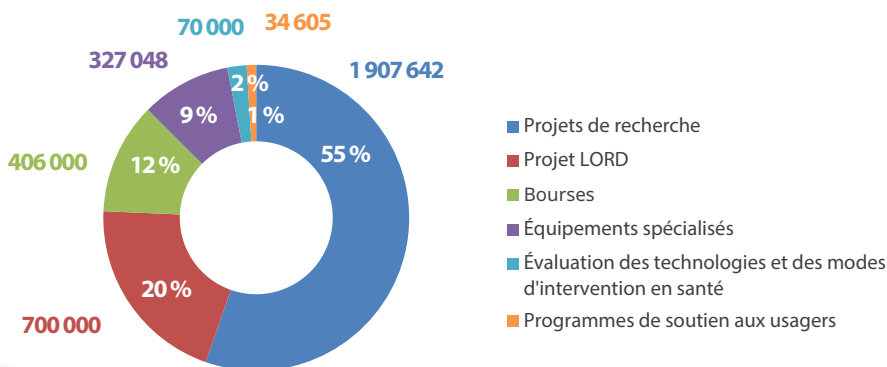
Félicitations à la Dre Caroline Duchaine qui se positionne en seconde place sur la liste mondiale générée par Expertscape dans le domaine de la microbiologie de l'air et aux Drs Vincenzo Di Marzo et Philippe Pibarot qui figurent cette année encore dans le prestigieux palmarès 2022 des chercheurs les plus cités de *Clarivate Analytics*. Cette reconnaissance internationale démontre l'excellence de la recherche menée à l'Institut et la très grande qualité de nos chercheurs!

Fondation IUCPQ

Contribuer à la pérennité de l'Institut

La Fondation IUCPQ est fière de s'engager à être, pour l'Institut, un partenaire de premier plan afin de lui permettre de maintenir son rôle de chef de file international dans ses domaines d'expertise. Grâce à la générosité de ses donateurs et de ses partenaires, la Fondation a pu remettre en 2022 une somme importante à l'Institut afin de soutenir la médecine de demain, maintenant.

3 445 295 \$
remis à l'Institut*



1 907 642 \$ ont permis de soutenir divers projets de recherche réalisés à l'Institut. De ce montant :

- **913 412 \$** ont été octroyés pour appuyer des projets de recherche qui permettent aux chercheurs et chercheuses de l'Institut de continuer de se démarquer aux quatre coins du globe.
- **864 230 \$** ont été remis à 34 chercheurs dans le cadre du concours annuel de recherche.
- **130 000 \$** ont permis d'appuyer la biobanque, une ressource unique au monde qui favorise la progression de la recherche sur les maladies cardiovasculaires, respiratoires et reliées à l'obésité.

700 000 \$ ont servi à appuyer le projet LORD (Lung Oncology Research and Discovery), un projet de recherche de trois millions de dollars en oncologie pulmonaire qui soutient le développement de thérapies ciblées et personnalisées, en plus de contribuer à améliorer le traitement des usagers et usagères de même qu'à sauver plus de vies.

406 000 \$ ont été remis en bourses à des médecins et chercheurs de l'Institut :

- **286 000 \$** ont été remis en bourses d'excellence à des chercheurs de l'Institut pour permettre la réalisation de projets de recherche.
- **120 000 \$** ont été octroyés en bourses de *fellowship* à cinq médecins de l'Institut afin qu'ils puissent entreprendre une formation supplémentaire à l'extérieur de la province et ainsi acquérir une expertise unique auprès de sommités mondiales.

327 048 \$ ont servi à l'achat d'équipements spécialisés pour l'Institut afin qu'il demeure à la fine pointe de la technologie.

70 000 \$ ont permis l'ajout d'une deuxième ressource au sein de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Cet ajout augmente la capacité d'analyse, la capacité de production et le nombre de projets réalisés.

34 605 \$ ont été octroyés dans divers programmes de soutien aux usagers et usagères, notamment au groupe de soutien en obésité et métabolisme, aux soins palliatifs, à la clinique d'insuffisance cardiaque et à la médecine interne.

*Année de référence : du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion)

Chapitre III: Attentes spécifiques

Tableau: Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	Implanter une nouvelle solution informatisée de la collecte de données sur les décès	R
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	Assurer les bonnes pratiques pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	R
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	Rendre accessible la politique de lutte contre la maltraitance sur le site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Déployer les formations en maltraitance selon les cibles	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)	Consolider les leviers organisationnels nécessaires pour que l'AAPA devienne partie intégrante de la culture d'établissement ainsi que des soins et services offerts aux aînés	R
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Favoriser le déploiement de la télésanté en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat	R
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	Élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche	R
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	Se doter d'un plan de modernisation technologique décentralisé	R

R : réalisée

NR : non réalisée

Chapitre IV : Engagements annuels

Tableau : Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

* Les résultats tiennent compte de la troisième année consécutive de pandémie de COVID-19. Un plan de rétablissement hospitalier a été mis en place.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2023-2024
Santé publique				
1.01.26 – EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains (HDM) dans les établissements	64,5 %	80 %	58,2 %	N/D
<p>Commentaires : L'année financière se termine légèrement sous la moyenne des résultats obtenus au cours des trois dernières années. Un plan d'action organisationnel incluant plusieurs mesures structurantes a été mis en place, notamment des actions intensives de rétroaction de l'HDM qui ont été effectuées auprès de quatre équipes de soins (pneumologie, soins intensifs de chirurgie cardiaque, gériatrie et en chirurgie de l'obésité) pour les mois de février et mars 2023. Cette stratégie a permis d'atteindre un taux d'observance de l'HDM de 79 % au mois de mars 2023. Fort de cette expérience, un plan de déploiement pour l'ensemble de l'organisation est en cours.</p>				
Santé physique - Urgence				
1.09.01 – PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,67 heures	11,5 heures	12,76 heures	12,1 heures
1.09.16 – PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	129 minutes	106 minutes	148 minutes	106 minutes

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2023-2024
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.01 : Pour une 4^e année consécutive, la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière pour les usagers et usagères se maintient autour de la cible de 2022-2023, et ce, malgré la 7^e vague de la pandémie (été et automne) où l'impact chez les usagers, les usagères et le personnel a été significatif à l'Institut. Les actions structurantes mises en place pour le désengorgement du Service de l'urgence et l'application de la politique relative à l'amélioration du cheminement des usagers et usagères, de leur arrivée à l'urgence jusqu'à l'obtention de leur congé, ont permis d'assurer une fluidité hospitalière. Ces stratégies sont suivies régulièrement dans les caucus matinaux et lors des rencontres du comité de coordination clinique.</p> <p>Notons une hausse de 12 % du taux d'occupation sur civière, une augmentation de 11 % d'usagers et d'usagères de 75 ans et plus ainsi qu'un accroissement de 8 % d'arrivée en ambulance. Le nombre de jours-présence d'utilisation en lits de débordement a quasi doublé cette année comparativement à l'année dernière.</p> <p>1.09.16 : Une légère hausse est observée pour la prise en charge de la clientèle en mode ambulatoire liée notamment à une hausse de 7 % d'usagers et d'usagères venant consulter en mode ambulatoire comparativement à l'an passé. Les efforts se poursuivent afin de réorienter la clientèle de priorité 4 et 5 vers les services de première ligne. Cette année, plus de 332 usagères et usagers ont été réorientés, soit une augmentation de 7% par rapport à l'année dernière. Un suivi périodique des délais de prise en charge médicale pour le volet ambulatoire est discuté lors des rencontres de département du Service de l'urgence et un plan d'action régional concerté a été mis en place avec nos partenaires.</p>				
Santé physique – Chirurgie				
1.09.32.00 – EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	24	0	14	0
1.09.32.10 – PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	280	170	199	N/D
<p>Commentaires : Conformément à la demande ministérielle, un plan d'action a été rédigé et des actions structurantes soutiennent l'amélioration de la trajectoire chirurgicale.</p> <p>Notons une diminution de 41 % du nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an et une diminution de 28 % du nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois est observée. Aussi, il faut souligner une augmentation de 14 % du nombre de chirurgies générales et bariatriques réalisées comparativement à l'année dernière. Ce nombre de chirurgies dépasse le volume pré-pandémique et nous sommes confiants qu'avec les efforts mis de l'avant, l'Institut atteindra la cible 2023-2024.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2023-2024
Santé physique – Cancérologie				
1.09.33.01 – PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	92,3 %	90 %	74,1 %	80 %
1.09.33.02 – EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	99,1 %	100 %	98,5 %	N/D
<p>Commentaires : L'écart à la cible des usagères et usagers traités dans un délai de 28 jours a légèrement augmenté en raison du nombre croissant de références et la présence de 50 % des effectifs médicaux : les résultats quant aux délais d'accès à la chirurgie oncologique à l'intérieur de 28 jours ont connu une diminution de l'accès qui s'est faite particulièrement ressentir pour les périodes 11 (27,5 %), 12 (53,7 %) et 13 (73,3 %). Par ailleurs, nous avons maintenu une excellente performance pour le délai de traitement de 56 jours. Cette performance s'explique par les nombreuses mesures déployées et priorisées dans l'établissement, notamment une vigie hebdomadaire des usagers et usagères en attente, l'application de la politique de l'accès aux services et l'implication des équipes médicales dans un mode de cogestion clinico-médico-administrative.</p>				
Santé physique – Imagerie médicale				
1.09.34.00 – EG2 Pourcentage d'exams électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	85,2 %	90 %	67,3 %	N/D
1.09.34.08 – EG2 Pourcentage d'exams électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries (TDM)	96,1 %	100 %	91,8 %	N/D

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2023-2024
1.09.34.09 – EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques (IRM)	100 %	90 %	61,3 %	N/D
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.34-00 : Malgré l'augmentation du nombre d'examens dans presque toutes les modalités diagnostiques, on observe une détérioration de 12 % de l'indicateur occasionnée par une forte augmentation de la demande pour des examens cardiaques (TDM, IRM et échographies) attribuable à l'augmentation des activités en cardiologie tertiaire. Une entente télésanté avec l'Hôpital régional de Portneuf pour les échographies cardiaques permettra de mieux répondre aux besoins de cette région.</p> <p>1.09.34.08 : Bien que l'on note une augmentation de 1 820 examens par rapport à 2021-2022, cette détérioration s'explique par une forte croissance des demandes d'examens TDM cardiaques afin de soutenir l'augmentation des interventions en cardiologie tertiaire. Un projet est en cours afin d'optimiser les plages d'examens selon les priorités cliniques. La reconnaissance par le MSSS du besoin clinique pour un 2^e TDM témoigne de la nécessité d'obtenir un 2^e appareil afin de soutenir la croissance de nos activités.</p> <p>1.09.34.09 : La détérioration de cet indicateur s'explique par deux éléments : une pénurie ponctuelle de technologues spécialisés en IRM et une très forte hausse des demandes d'examens IRM cardiaques afin de soutenir l'augmentation des interventions en cardiologie tertiaire. 100 % des examens hors délais concerne des examens IRM cardiaques. Puisque chaque examen d'IRM cardiaque monopolise une heure de l'appareil, cette forte croissance a un impact direct sur la capacité à respecter les délais. Des actions ont été réalisées afin de moduler les plages horaires en réponse aux besoins cliniques et d'assurer la pertinence des demandes. Une démarche de collaboration avec le Centre de recherche est en cours afin d'analyser l'option de mutualisation de sa plateforme d'imagerie.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2023-2024
Ressources humaines				
3.06.00 – PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0 %	0,01 %	1,59 %	N/D
3.05.03 – PS Ratio de présence au travail	90,21 %	90,21 %	91,09 %	N/D
3.01.02 – EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »		100 %	100 %	100 %
<p>Commentaires : L'Institut n'a pas eu recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) pour l'équipe soignante en 2022-2023 et ne prévoit pas y avoir recours en 2023-2024. Le pourcentage inscrit au tableau reflète l'utilisation de la MOI pour les agents de sécurité.</p> <p>La performance de l'Institut s'est maintenue pour le ratio de présence au travail en 2022-2023 par rapport à l'année précédente. Cette performance s'explique par la mise en place des mesures suivantes : déploiement d'un programme psychosocial pour les personnes employées; inclusion d'éléments favorisant la qualité de vie personnelle dans le programme entreprise en santé; augmentation de la présence d'intervenants et intervenantes en ressources humaines sur le terrain pour soutenir le personnel et mise en place de la politique de télétravail pour favoriser l'équilibre travail-vie personnelle. L'Institut est très fier de mentionner que 100 % de ses intervenantes et intervenants ont été formés sur la sensibilisation aux réalités autochtones.</p>				

Légende

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

Diminuer le temps d'attente à l'urgence

L'Institut a mis à jour son plan d'action concernant l'optimisation de la gestion des hospitalisations en soins de courte durée en y ajoutant des mesures structurantes dès l'arrivée de l'utilisateur au Service de l'urgence, et ce, en respect des recommandations du MSSS. Plusieurs de ces recommandations visant à améliorer l'accès lors d'achalandages de plus de 140 % étaient d'ailleurs déjà inscrites à la «Politique relative à l'amélioration du cheminement des usagers (DSP-043)» de l'Institut et mises en application. Toutefois, quelques recommandations sont toujours en analyse, requérant des travaux préalables à leur implantation.

Malgré l'augmentation de plus de 900 visites à l'urgence mineure, nous avons maintenu notre délai moyen avant l'évaluation initiale de l'infirmière au triage à moins de cinq minutes, grâce notamment à l'ouverture d'une deuxième salle de triage en février 2023. Ce délai de prise en charge infirmière est également respecté pour les usagers dirigés vers l'aire des civières. Nous poursuivons notre travail de réorientation systématique vers les

groupes de médecine familiale pour les usagers ayant un niveau de triage P4 – P5 (échelle canadienne de triage) consultant en urgence mineure. L'ajout de plages de réorientation au CIUSSS de la Capitale-Nationale permettra à l'Institut d'atteindre la cible souhaitée tout en permettant à la clientèle de consulter la ressource répondant le plus adéquatement à sa problématique de santé.

En complément, et bien que nous ayons accueilli 680 usagers supplémentaires sur civière par rapport à l'an dernier, le travail de l'équipe multidisciplinaire gravitant autour du Service de l'urgence a permis le maintien d'une durée moyenne de séjour globale sous la barre des 14 heures attendue par le MSSS. Cette réalité prend toute son importance considérant que le taux d'occupation des civières est passé de 85% en 2021-2022 à 97% pour l'année qui s'est terminée au 31 mars 2023. Fier de son résultat de 12,8 heures d'un séjour moyen global, l'Institut se situe au premier rang provincial des urgences desservant une clientèle adulte générale et tertiaire.



Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Suivi de la visite d'Agrément Canada



À la suite de sa visite en octobre 2021, Agrément Canada avait ciblé des pistes d'amélioration pour lesquelles des mesures de suivi devaient d'être mises en place par l'Institut au plus tard en octobre 2022.

Le résumé des travaux réalisés en cours d'année a été transmis auprès de l'organisme d'accréditation et les résultats de l'évaluation des exigences requises ont été reçus à la fin mars 2023. C'est avec fierté que l'Institut a obtenu une rétroaction positive de la part d'Agrément Canada pour l'ensemble des travaux accomplis. Dans le cadre de

certaines travaux présentés, l'organisme demande de lui transmettre des informations complémentaires en lien avec les preuves soumises comme des résultats d'audits. Ces résultats incluent les améliorations qui en découlent ainsi que les stratégies mises en place pour atténuer le risque de chute jusqu'à ce que les travaux de réaménagement en cours soient réalisés pour les services ambulatoires ciblés.

Dans le cadre de la démarche d'agrément, la clientèle ayant bénéficié des soins ou services à l'Institut entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2022 a été invitée à participer à un sondage en ligne dont l'objectif initial était d'obtenir une mesure organisationnelle de référence quant à l'expérience des usagers et usagères. En somme, c'est près de 700 personnes qui ont contribué à cette démarche d'amélioration continue. Parmi les résultats obtenus, 95% des répondantes et répondants ont exprimé avoir eu une expérience positive de soins ou de services à l'Institut! Cet excellent résultat témoigne de l'effort collectif du personnel pour le bien-être de tous et toutes.

Sécurité et qualité des soins et des services

Actions réalisées pour promouvoir de manière continue la déclaration ainsi que la divulgation des incidents et des accidents de même que la culture de sécurité :

- Activités de promotion menées dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des usagers sous le thème Amélioration de la sécurité des soins aux personnes âgées par la discussion et l'action
- Formation sur la déclaration, la divulgation ainsi que la culture de sécurité à près de 623 nouvelles personnes employées dans le cadre de leur accueil
- 24 séances d'information sur la déclaration et la culture de sécurité auprès de groupes de résidents et résidentes lors de leur journée d'accueil ou de leur réunion de stages de nuit
- Promotion de deux nouvelles formations sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage portant sur la divulgation et les fondements de la prestation sécuritaire de soins et de services
- Création d'outils de gestion des risques cliniques automatisés (Power BI) destinés à l'ensemble des directions pour une meilleure lecture des événements déclarés. Ces outils serviront à suivre et anticiper des tendances, prévoir et évaluer des risques et ainsi soutenir les responsables des milieux de soins et de services dans la gestion autonome et proactive des risques de leurs secteurs.
- Activités de promotion et de sensibilisation aux réalités que peut vivre notre clientèle en contexte de prestation de soins ou de services, notamment concernant les limitations fonctionnelles au quotidien pouvant avoir un impact dans les soins ou les services rendus.

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

Cette année, 3 277 événements* ont été déclarés, dont 87,5% n'ont eu aucune conséquence pour les usagers et usagères (indices de gravité A à D).

* Données disponibles en date du 28 avril 2023

Nature des trois principaux types d'incidents et d'accidents

Le système de surveillance a permis de mettre en évidence les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) et d'accidents (indices de gravité C à I).

INCIDENTS (indices de gravité A et B)*			
Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médication	198	45 %	6 %
Autres**	109	25 %	3 %
Traitements	41	9 %	1 %

* Nombre total d'incidents = 438. Les trois principaux types d'incidents totalisent 348

** Catégorie Autres - trois principales circonstances : décompte chirurgical inexact ou omis, lié à l'identification, erreur liée au dossier

ACCIDENTS (indices de gravité C à I)*			
Principaux types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médication	1 495	53 %	46 %
Chute	556	20 %	17 %
Traitement	266	9 %	8 %

* Nombre total d'accidents = 2 839. Les trois principaux types d'accidents totalisent 2 317

Actions entreprises en lien avec les principaux risques d'incidents et d'accidents

Médication

- En imagerie médicale
 - Amélioration des processus entourant la rédaction des ordonnances et l'administration des médicaments
 - Révision de la procédure pour la cessation de la médication préexamen et promotion des bonnes pratiques entourant la double vérification indépendante pour les médicaments de niveau d'alerte élevé
- Uniformisation de la pratique entourant l'initiation de l'administration d'héparine lors des procédures d'hémodynamie

Décompte chirurgical inexact ou omis

- Respect de la procédure par les équipes afin de compléter le formulaire de décompte au dossier de l'usager et ainsi éviter le risque d'oubli de matériel
- Lors d'un décompte inexact, réalisation d'un examen en imagerie médicale pour la recherche de corps étranger (ex. : radiographie, échotransthoracique, angiotomodensitométrie)
- Évaluation de l'examen d'imagerie médicale documenté par le radiologiste

Chute

- Réalisation d'audits sur l'évaluation du risque de chute des usagers, sa documentation au dossier et le port d'un bracelet en présence d'un risque élevé
- Mise en place d'une nouvelle règle de soins infirmiers sur la prévention, l'évaluation et le suivi postchute
- Révision de l'algorithme d'évaluation des usagers à risque de chute au Service de l'urgence
- Intégration d'une pharmacienne spécialisée en gériatrie et en soins palliatifs dans la composition du comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle et sur les stratégies de prévention des chutes

Événements sentinelles

- Déclaration et analyse de quatre événements sentinelles par le comité de gestion des risques cliniques, dont les recommandations et les mesures de suivi ont été présentées au comité de vigilance et de la qualité

Retraitement des dispositifs médicaux

- En collaboration avec le service de formation continue d'un collège de la région de Chaudière-Appalaches, élaboration d'une formation pour les nouveaux préposés en retraitement des dispositifs médicaux sur le retraitement des dispositifs médicaux et les normes en vigueur
- La mise aux normes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux s'est poursuivie avec le projet visant l'agrandissement. Ces travaux impliquent également la centralisation des activités satellites des unités de retraitement des dispositifs endoscopiques, améliorant ainsi la qualité et la sécurité des soins et services avec le regroupement de ce travail spécialisé à un seul endroit

Hygiène des mains

Le taux d'observance de l'hygiène des mains (HDM) pour l'année 2022-2023 est de 58 %. Au cours de l'année, plus de 2500 observations d'HDM ont été effectuées au Service de l'urgence et aux différentes unités de soins. Le taux d'HDM au moment n° 1 (avant le contact avec les usagers ou leur environnement) est de 48 % et au moment n° 4 (après le contact avec les usagers ou leur environnement) de 67 %. La méthodologie demandée par les instances gouvernementales est respectée dans la réalisation des audits. Cette année, comme projet-pilote, des rétroactions continues de l'HDM ont été effectuées quotidiennement auprès des intervenants travaillant dans quatre unités de soins. Les résultats obtenus à l'audit d'HDM suivant cette pratique ont démontré des résultats prometteurs, soit une augmentation d'observance de 22 % (57 % à 79 %). Cette stratégie sera poursuivie au cours de la prochaine année.

Surveillance et contrôle des infections nosocomiales

En 2022-2023, les différentes actions dans le cadre de la gestion de la pandémie relative à la COVID-19 ont été poursuivies. Au total, 36 éclosions de COVID-19 impliquant différents secteurs cliniques ont été répertoriées à l'Institut. Par ailleurs, trois éclosions d'influenza, deux éclosions de gastroentérite et une éclosion d'entérobactéries productrices de carbapénémases ont été signalées au cours de l'année. En ce qui concerne la surveillance du SARM, l'Institut a obtenu le plus bas taux jamais observé depuis le début de la surveillance épidémiologique, soit un taux à 0,8/10 000 jours-présence. La même situation est observée pour la surveillance du C. difficile, soit un taux de 1,5/10 000 jours-présence comparativement à 2,0/10 000 jours-présence en 2021-2022.

Évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Le comité interdisciplinaire sur la réduction des mesures de contrôle et sur les stratégies de prévention des chutes a tenu sept réunions ordinaires au cours de l'année 2022-2023. Durant cette période, les contentions ont été appliquées à 50 usagers. Une formation obligatoire portant sur le règlement 18 «Règlement relatif à l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques» et ses modifications a été rendue disponible dès octobre 2022. L'utilisation des mesures de

contrôle demeure une option de dernier recours auprès de notre clientèle et de nombreuses mesures alternatives sont utilisées au préalable. La Direction des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec le comité interdisciplinaire, assure un suivi régulier du plan d'action annuel. Ce plan contient des objectifs et des activités planifiées qui assurent la mise en place des pratiques exemplaires sur l'utilisation des mesures de contrôle. De plus, le nombre de contentions utilisées par période pour chaque unité de soins fait partie des indicateurs de qualité suivis par la DSI.

Mesures d'amélioration mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Pour l'année 2022-2023, l'équipe du commissariat aux plaintes a traité 304 dossiers. L'ensemble de ces insatisfactions représente 363 motifs analysés. Cette donnée est, par ailleurs, interdépendante de l'augmentation significative des activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire. Malgré le nombre de motifs à la hausse, nous soulignons l'amélioration globale de la performance face au respect des délais moyens d'examen dans les dossiers de plainte et de plaintes médicales.

Exemples de mesures d'amélioration mises en place en 2022-2023

Motif	Organisation du milieu et ressources matérielles\Hygiène\Salubrité\Désinfection\Lieux
Action	Engagement de l'instance
Mesure	Communication\Promotion
Précision de la mesure	Le gestionnaire a fait un rappel à l'ensemble de son équipe sur les devis techniques liés à l'entretien ménager dans les secteurs cliniques (chambres des usagers)
Réalisée	

Motif	Soins et services dispensés\Continuité\Coordination entre les services\Réseau
Action	Engagement de l'instance
Mesure	Élaboration\Révision\Application
Précision de la mesure	Dans une logique d'amélioration de la qualité des services offerts, le gestionnaire a effectué un rappel à son personnel sur les attentes concernant l'hygiène des mains
Réalisée	

Motif	Droits particuliers\Droit à l'information\Sur les services et modes d'accès
Action	Engagement de l'instance
Mesure	Information et sensibilisation des intervenants
Précision de la mesure	Afin de s'assurer que ce type d'événements ne soit pas récurrent, le gestionnaire du Service de l'urgence effectuera un rappel lors d'un caucus sur la démarche à suivre lorsqu'un usager quitte en transport adapté dont il doit assumer les frais. Il est essentiel d'informer l'utilisateur des frais, des options qui s'offrent à lui et les notes au dossier ainsi que le formulaire « Déplacement de l'utilisateur » doivent le démontrer
Réalisée	

Motif	Soins et services dispensés\Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)\Respect du code des professions concernées
Action	Engagement de l'instance
Mesure	Encadrement de l'intervenant
Précision de la mesure	Mesure disciplinaire en vertu de l'article 37 de la LSSSS
Réalisée	

Mesures et recommandations formulées par la commissaire

Motif	Soins et services dispensés Traitement Intervention Services (action faite) Interventions
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Protocole clinique ou administratif
Recommandation	Prévoir un échéancier pour dispenser de la formation sur le règlement relatif à l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques sur l'ensemble des unités des soins incluant le Service de l'urgence et s'assurer de la mise à jour de l'information
Réalisée	

Motif	Relations interpersonnelles\Communication\Attitude\Manque de compréhension
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Information et sensibilisation des intervenants
Recommandation	Élaborer un plan d'action pour sensibiliser les usagers et le personnel à l'importance de la qualité de la relation entre eux. Le tout considérant que la qualité de la relation usager/équipe de soins a pour assise la responsabilisation de chacun, le respect des droits des usagers ainsi que le respect du droit à un milieu de travail et de stage sains, empreint de civilité et exempt de toute forme de harcèlement et de violence
Réalisée	

Motif	Droits particuliers\Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte\Confidentialité	
Action	Recommandation d'ordre systémique	
Mesure	Politiques et règlements	
Recommandation	Prendre les mesures nécessaires pour rappeler à l'ensemble du personnel les règles qui encadrent l'accès au dossier des usagers. Il est important de les informer des impacts et des sanctions que le non-respect des règles d'accès au dossier de l'utilisateur peut entraîner	
	Quatre directions	En attente
	Trois directions	Réalisée

Motif	Aspect financier\Processus de réclamation	
Action	Recommandation d'ordre systémique	
Mesure	Protocole clinique ou administratif	
Recommandation	Procéder à la réévaluation de la politique relative aux réclamations en cas de dommage, perte de bien d'un usager, d'un visiteur, d'un bénévole ou de toute personne œuvrant à l'Institut, le tout avec le support des services juridiques de l'organisation	
		En attente

Motif	Droits particuliers\Droit à l'information\Sur les services et modes d'accès	
Action	Recommandation d'ordre systémique	
Mesure	Ajustement des activités professionnelles	
Recommandation	En collaboration avec le Service de médecine et de chirurgie dentaire, qu'une procédure soit mise en place afin que l'information sur les services non assurés par le réseau public soit clairement communiquée aux usagers qui reçoivent des soins dentaires à l'Institut. Ladite procédure devra être rédigée en fonction des orientations ministérielles qui seront déposées en cours d'année 2023	
		Acceptée

La maltraitance

Au cours de l'année 2022-2023, 12 dossiers concernant des cas de maltraitance ont été reçus par la commissaire aux plaintes. Le délai moyen pour conclure un dossier est de 16 jours. Nous tenons à souligner la collaboration diligente de nos partenaires dans le traitement de ces situations qui sont, dans la plupart des cas, réorientées vers le commissariat aux plaintes du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Dossiers reçus concernant des cas de maltraitance

Type de dossier	Motif
Assistances (3)	▪ Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Violence
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance matérielle ou financière\Négligence
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Maltraitance organisationnelle (Soins et services)\Négligence
Consultations (4)	▪ Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Maltraitance organisationnelle (Soins et services)\Négligence (2)
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Maltraitance organisationnelle (Soins et services)\Négligence
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Violation des droits\Négligence
Interventions (5)	▪ Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Violation des droits\Négligence
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance matérielle ou financière\Négligence (2)
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Violence
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Violation des droits\Négligence
	▪ Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Maltraitance organisationnelle (Soins et services)\Négligence

Protecteur du citoyen

Au cours de l'exercice 2022-2023, un dossier a été transmis au Protecteur. Ce dernier a procédé à la fermeture du dossier avec recommandations.

Recommandations émises par le protecteur du citoyen

Motif	Soins et services dispensés\Traitement\Intervention\Services (action faite)\Interventions
Recommandation	R1. Rappeler aux membres du personnel concerné l'importance de rechercher les causes sous-jacentes aux comportements à risque afin de déterminer les interventions
Suivi de l'organisation : Réalisée	

Motif	Soins et services dispensés\Traitement\Intervention\Services (action faite)\ Plan de services ou plan d'intervention\Application\Suivi
Recommandation	R2. Rappeler au personnel infirmier concerné l'importance de compléter adéquatement et en temps opportun le plan thérapeutique infirmier
Suivi de l'organisation : Réalisée	

Motif	Soins et services dispensés\Traitement\Intervention\Services (action faite)\ Surveillance
Recommandation	R3. Rappeler aux membres du personnel concerné leurs obligations relatives à la surveillance constante et les aspects qui doivent faire l'objet d'une mention détaillée dans le dossier de l'utilisateur, et ce, conformément à la Procédure relative à la surveillance constante par un préposé aux bénéficiaires ou agent de sécurité pour des usagers présentant des facteurs de risque
Suivi de l'organisation : Réalisée	

Motif	Soins et services dispensés\Traitement\Intervention\Services (action faite)\ Coordination des acteurs
Recommandation	R4. Prendre les mesures nécessaires afin que la surveillance constante ne soit jamais interrompue, et cela, sans compromettre la capacité du personnel en place à répondre aux besoins des autres personnes séjournant sur l'unité
Suivi de l'organisation : Réalisée	

Motif	Soins et services dispensés\Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)\Présence de formation
Recommandation	R5. S'assurer que la formation obligatoire portant sur le règlement relatif à l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques soit suivie par l'ensemble du personnel de l'unité
Suivi de l'organisation : Réalisée	

Autres instances

Les médecins examinateurs exercent des fonctions liées à l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident. Pour l'exercice qui se termine, 29 dossiers de plaintes médicales ont fait l'objet d'examen.

Exemples de mesures correctrices recommandées et mises en place en 2022-2023

Mesures et recommandations formulées par le médecin examinateur

Motif	Soins et services dispensés\Décision clinique\Evaluation et jugement professionnels	
Action	Recommandation d'ordre systémique	
Mesure	Élaboration\Révision\Application	
Recommandation	Procéder à l'évaluation de l'épisode de soins de l'utilisateur afin de dégager des pistes d'amélioration en ce qui a trait à la pratique médicale	
	Comité de l'acte médical	Réalisée

Motif	Relations interpersonnelles\Communication\Attitude\Refus de s'identifier	
Action	Mesure corrective	
Mesure	Encadrement de l'intervenant	
Recommandation	Créer un comité de discipline afin de prendre position sur les composantes reliées au devoir du professionnel visé	
	CMDP	Acceptée

Motif	Relations interpersonnelles\Communication\Attitude\Manque d'information	
Action	Recommandation d'ordre systémique	
Mesure	Ajustement des activités professionnelles	
Recommandation	Le Service de chirurgie cardiaque, en collaboration avec la Direction des services professionnels, s'assure qu'un patient référé en chirurgie cardiaque est évalué par un chirurgien cardiaque avant d'être inscrit sur la liste d'attente de chirurgie	
		Acceptée

Procédure d'examen des plaintes

Lors d'insatisfaction, un usager ou son représentant peut formuler une plainte concernant les services reçus, à recevoir ou requis d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des soins et des services, l'Institut peut compter sur la collaboration de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, des médecins examinateurs et d'une technicienne en administration. Cette équipe reçoit et traite, avec diligence et en toute confidentialité, les différents dossiers d'insatisfaction formulée à l'endroit de l'organisation. Des dépliants sur le régime d'examen des plaintes sont disponibles sur les différentes unités de soins. De plus, le site Internet de l'établissement contient toutes les informations nécessaires sur les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes.

L'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services poursuit sa philosophie en privilégiant les mesures correctives plutôt que l'imposition de recommandations, permettant ainsi d'obtenir des résultats rapides et concrets, le tout ayant comme levier le bien-être des usagers. En ce sens, les résultats décrits dans le rapport annuel témoignent d'une implication continue et proactive de toutes les directions pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet de l'Institut: iucpq.qc.ca/fr/institut/qualite-et-performance/gestion-des-plaintes

Nombre de personnes mises sous garde

	Établissement missions CH
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	13
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	()
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()

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

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

En conformité avec la *Loi concernant les soins de fin de vie*, l'Institut offre les meilleurs standards de pratique à l'égard de la clientèle nécessitant des soins palliatifs ou exprimant le désir d'obtenir une sédation palliative continue ou une aide médicale à mourir. La qualité de ces deux actes médicaux est évaluée par un comité spécial du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

de l'établissement. Pour les besoins du présent rapport, le bilan des soins de fin de vie illustré dans le tableau ci-après prend en compte les données du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023. Un rapport annuel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l'Institut.

Bilan des soins de fin de vie

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	697
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	33
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	82
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	61
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées Motifs :	
	Ne répond pas aux critères 5 A cessé de répondre aux critères en cours de processus..... 1 Retrait de la demande 2 Transfert vers un autre établissement..... 1 Décès avant la fin de l'évaluation..... 9 Décès avant l'administration 0 Demande toujours en évaluation..... 3	21



Ressources humaines

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

	Nombre d'emplois au 31 mars 2023			Nombre d'ETC en 2022-2023		
		COVID	TOTAL		COVID	TOTAL
1- Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	1 264	14	1 278	1 035	8	1 043
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	623	17	640	448	8	456
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	413	7	420	340	4	344
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	298	11	309	244	6	250
5- Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	36	-	36	27	-	27
6- Personnel d'encadrement	86	1	87	81	-	81
7- Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	-	-	-	-	-
Total	2 720	50	2 770	2 175	26	2 201

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

Nombre d'emplois : Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalent temps complet (ETC) : L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

Source : Banque de données R25, MSSS

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

	Comparaison sur 364 jours pour 2022-2023		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	157 066	194	157 260
2 – Personnel professionnel	291 532	3 423	294 956
3 – Personnel infirmier	1 766 427	54 118	1 820 545
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	1 593 349	46 919	1 640 268
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	363 255	8 289	371 544
6 – Étudiants et stagiaires	12 147	47	12 194
Total 2022-2023	4 183 774	112 991	4 296 765
Total 2021-2022			4 250 620
		Cible 2022-2023	4 291 105
		Écart	(5 661)
		Écart en %	(0,1 %)

En 2022-2023, notre établissement a légèrement dépassé la cible en heures rémunérées concernant la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs*, atteignant un total de 4 296 765, ce qui représente un écart de 0,1 % par rapport à la cible.

Source : MSSS

Ressources financières

L'établissement bénéficie d'un budget annuel total de 363 810 485 \$. Au cours de l'exercice financier 2022-2023, la partie du budget allouée pour les activités principales a été utilisée selon le tableau suivant.

Répartition des charges brutes par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Exercice courant	
	Dépenses \$	%	Dépenses \$	%	Variation \$	Variation %
Programmes-services						
Santé publique	2 363 423	0,75	2 868 005	0,87	(504 582)	(17,59)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	596 605	0,19	315 285	0,10	281 320	89,23
Santé mentale	263 405	0,08	285 664	0,09	(22 259)	(7,79)
Santé physique	246 422 178	78,07	259 594 826	78,84	(13 172 648)	(5,07)
Programmes-soutien						
Administration	18 799 357	5,96	16 957 114	5,15	1 842 243	10,86
Soutien aux services	24 679 571	7,82	25 461 710	7,72	(782 139)	(3,07)
Gestion des bâtiments et des équipements	22 501 550	7,13	23 777 426	7,22	(1 275 876)	5,37
Total	315 626 089 \$		329 260 030 \$		(13 633 941) \$	(4,14) %

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

L'équilibre budgétaire

L'établissement présente au 31 mars 2023 un surplus de 17 624 949 \$ composé d'un surplus de 1 228 537 \$ pour le fonds d'exploitation et d'un surplus de 16 396 412 \$ pour le fonds d'immobilisations. Ainsi, l'établissement s'est conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

Les contrats de services

Le tableau suivant dénombre les contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	105	20 474 426,54 \$

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Année xxxx- xxxx	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
Dans le cadre du renouvellement des conventions collectives des employés de l'État, le gouvernement a déposé publiquement, à la date des états financiers, des offres salariales comprenant une indexation des salaires et des montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif. Ainsi, le dépôt de ces offres entraîne la comptabilisation d'un passif au 31 mars 2021. À la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux de comptabiliser centralement une provision pour tous les établissements, l'entité n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec ces offres, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2020-2021	0500 Réserve	L'entité a comptabilisé la dépense associée aux nouvelles conventions collectives au cours de l'année 2021-2022, conformément à la directive du MSSS.	0600 Régulé
Dans le cadre de l'application au 1 ^{er} avril 2022 du chapitre SP3280, «Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations», du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, l'entité a comptabilisé, au 31 mars 2023, un passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations. En lien avec la comptabilisation du passif au titre des obligations à la mise hors service d'immobilisations, l'entité a comptabilisé une subvention à recevoir. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé et les informations fournies sur les obligations.	2022-2023	0500 Réserve	L'entité a suivi les directives du MSSS, aucune mesure corrective n'est à apporter relativement aux montants déterminés et aux informations fournies.	0620 Non réglé
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
Aucun élément signalé		0		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
Aucun élément signalé				
Rapport de la gouvernance				
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux fonds de partenariat.	2014	0510 Observation	Une clause a été ajoutée dans l'ensemble des renouvellements de tous les contrats générant des soldes aux anciens fonds de partenariat. Cette clause permet à l'établissement de reporter les soldes d'un exercice à un autre : « La partie non utilisée des contributions reçues au cours d'un exercice sera utilisée dans les prochains exercices pour le financement de futures activités tel que décrit au paragraphe précédent ».	0610 Partiellement réglé

Ressources informationnelles

La Direction des ressources informationnelles (DRI) poursuit le développement des projets qui favorisent l'amélioration des services et la croissance de nos activités cliniques et administratives tout en s'assurant du maintien, de l'évolution et de la sécurité des infrastructures technologiques. Voici un sommaire des réalisations annuelles en lien avec les enjeux technologiques ainsi que les priorités organisationnelles.

Création d'une équipe de pointe spécialisée en cyberdéfense

- Bénéfice : Au sein du Service de la sécurité informatique, une équipe spécialisée en cyberdéfense a été constituée. Composée de jeunes talents, cette équipe a comme mandats la surveillance proactive de l'environnement, la détection des vulnérabilités et l'adaptation des mesures de sécurité afin de faire face aux nouvelles menaces.

Mise à niveau de nombreux serveurs Windows 2008 et Windows 2012

- Bénéfice: La DRI a mis à niveau le système d'exploitation désuet de 33 serveurs afin d'éviter les vulnérabilités d'un produit en fin de vie et sans soutien du manufacturier. En l'absence de soutien Microsoft, et donc de rustines (patches) mensuelles comme il est le cas pour les systèmes d'exploitation Windows 7 et Windows 2008, le système devient à risque et il pourrait devenir la cible de tiers mal intentionnés (piratage) ou de virus informatiques tels qu'un rançongiciel.

Mise à niveau de nombreuses stations de travail Windows 7 vers Windows 10

- Bénéfice: La DRI a finalisé la mise à niveau du système d'exploitation désuet des 2096 stations de travail de l'Institut afin d'éviter les vulnérabilités d'un produit en fin de vie tel que mentionné pour le volet des serveurs.

Mise à niveau de la suite Office 2013 vers Office 2016/2019

- Bénéfice: Cette mise à niveau permet d'améliorer l'expérience client dans l'utilisation des produits de cette suite bureautique et d'éviter les vulnérabilités d'un produit en fin de vie.

Mise à niveau de l'environnement de virtualisation VMWare

- Bénéfice: Ce passage à la dernière version de l'environnement de virtualisation des salles des serveurs apporte les derniers correctifs et les fonctionnalités de sécurité nécessaires à la continuité des activités, et ce, en parallèle avec le remplacement de nombreux serveurs plus performants et pris en charge par les manufacturiers.

Remplacement des commutateurs d'accès

- Bénéfice: Tous les commutateurs d'accès de l'Institut ont été remplacés par des modèles de dernière génération, permettant ainsi une stabilité accrue, une continuité des activités et la mise en place des rustines de sécurité recommandées par les manufacturiers.

Restructuration de toute la programmation des réseaux internes

- Bénéfice: Cette restructuration permet d'avoir une plus grande stabilité et une grande performance entre toutes les salles de distribution réseautique à l'intérieur de l'Institut en assurant la connectivité avec le nouveau cœur de réseau diversifié mis en place au cours de l'exercice précédent.

Mise à niveau du système TDHC

- Bénéfice: Le remplacement des serveurs désuets et la mise à niveau du système TDHC sur l'ensemble des postes informatiques permettent d'améliorer la stabilité et la performance de l'application. Cette mise à niveau permet également aux intervenants de l'Institut de bénéficier des plus récentes améliorations du produit.

Implantation de la solution Interall (système de GMAO)

- Bénéfice: Cette implantation permet à l'Institut de retirer un système en fin de prise en charge et de se doter de la même solution que celle offerte au CHU de Québec – Université Laval, afin de permettre un partage des connaissances techniques, d'optimiser l'entretien du système ainsi que de favoriser le développement de pratiques et d'expertises partagées entre les deux établissements. L'harmonisation du système entre les services de génie biomédical et des installations matérielles à l'Institut favorise la coordination de la gestion et de l'entretien des équipements devant être gérés conjointement par les deux services.

Intégration des données du logiciel de pharmacie (GespharRx), volet Oncologie, au DSQ

- Bénéfice : Cette intégration favorise le continuum de soins en permettant aux intervenants autorisés de l'Institut d'accéder à un profil pharmacologique plus complet en intégrant au domaine Médicament du DSQ l'ajout des médicaments délivrés en cliniques externes d'oncologie.

Mise à niveau de deux salles multifonctionnelles

- Bénéfice : Cette mise à niveau favorise les téléconsultations et les téléformations. Elle permet de créer une proximité entre les clientèles gériatriques et l'équipe médicale afin d'échanger avec la famille sur l'état de l'utilisateur.

Mise à niveau technologique de salles au Pavillon des préventions des maladies cardiaques avec un tableau blanc

- Bénéfice : Cette mise à niveau favorise l'enseignement auprès de l'utilisateur par la téléadaptation et la téléformation avec les kinésithérapeutes, les cardiologues et les pneumologues.

Divulgations obligatoires

Divulgence des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans l'établissement.

Code d'éthique et de déontologie

En ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, aucun cas traité ni manquement n'a été constaté au cours de l'année.

Annexe : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration

Préambule

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

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

Le *code d'éthique et de déontologie des administrateurs* :

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

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

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

Dans le cas des conjoints de fait:

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

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

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

Entreprise: constitue l'exploitation d'une entreprise, l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à

caractère commercial, consistant dans la production ou la réalisation de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services.

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

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

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

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

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

Personne indépendante: tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Champ d'application

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

Disposition finale

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

Diffusion

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

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

Règles de déontologie

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

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

Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.

- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

Respect et loyauté

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

Impartialité

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

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.

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

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) de voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) de réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

- h) de retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) d'assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et faire rapport au conseil d'administration.

Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

Le comité doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre

connaissance des documents faisant partie du dossier du comité, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou une

révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'**annexe II** du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

Obligations en fin du mandat

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

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

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



L'Institut
30 ans

du programme de transplantation cardiaque

L'Institut, présent dans sa communauté et sur les médias sociaux



IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Par souci écologique, ce rapport annuel est publié en version électronique seulement.
Notre institution agit pour protéger l'environnement.