



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL



L'INSTITUT:
*se distinguer
parmi les meilleurs*



L'INSTITUT

AGRÉMENT AVEC MENTION

En novembre 2016, l'établissement s'est vu octroyer un « agrément avec mention », décerné par Agrément Canada, avec un **taux de conformité de 96,8 %**. Cette mention couronne tous les efforts déployés par le personnel, y compris les médecins et les bénévoles, pour atteindre ce niveau d'excellence. En effet, tous ont travaillé avec rigueur et persévérance pour répondre aux plus hauts standards de qualité.

2016-2017



L'INSTITUT EN BREF...

Un Institut à dimension humaine et unique



3 500

personnes, une
équipe dévouée



15 396

admissions



122 257

visites en mode
ambulatoire



285 M\$

de budget
annuel



26 261

visites à
l'urgence



3 018

usagers ayant subi
une chirurgie
cardiaque



780

usagers ayant subi
une chirurgie
thoracique



617

usagers ayant subi
une chirurgie
bariatricque



2 022

étudiants en
enseignement



160

chercheurs



538

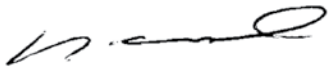
publications

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données pour l'exercice 2016-2017 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.



M. 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 2017. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet « INSTITUT » », section « Documents institutionnels », rubrique « Rapports annuels de gestion ». Sous le même onglet, vous trouverez aussi le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section « Qui sommes-nous? », rubrique « Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels ».

Note au lecteur :

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

ISSN 1920-9487 (Version imprimée)

ISSN 1920-9401 (PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

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

PRODUCTION :

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

Communications et relations publiques

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

Téléphone : 418 656-4932

Télécopieur : 418 656-4561

IUCPQ.qc.ca

IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

Graphisme : Service audiovisuel de l'IUCPQ-UL

Photo : Hélène Trudel, graphiste
et illustratrice médicale

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

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES AUTORITÉS	9
EN GUISE D'INTRODUCTION	10
L'INSTITUT : SE DISTINGUER PARMIS LES MEILLEURS	12
SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SOINS.....	14
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE	16
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION ...	19
PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES	23
CARTE STRATÉGIQUE.....	24
AXE – HABITUDES DE VIE	26
AXE – PRÉVENTION DES INFECTIONS	28
AXE – PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE	29
AXE – SERVICES SPÉCIALISÉS	30
AXE – SÉCURITÉ ET PERTINENCE.....	33
AXE – PERSONNES ÂGÉES	37
AXE – PERSONNES VULNÉRABLES	39
AXE – MOBILISATION DU PERSONNEL	40
AXE – ORGANISATION EFFICIENTE.....	46
NOTORIÉTÉ ET RAYONNEMENT	55
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE	56
DIRECTION DE LA RECHERCHE.....	57
▪ AFFAIRES UNIVERSITAIRES	57
▪ DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE.....	58
▪ PRIX ET DISTINCTIONS.....	63
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE.....	64
ÉTATS FINANCIERS	67
FONDATION IUCPQ	68
▪ MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION	68
▪ FAITS SAILLANTS.....	69
▪ SITUATION FINANCIÈRE AU 31 DÉCEMBRE 2016	71
ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT	72
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, SES COMITÉS, INSTANCES ET CONSEILS PROFESSIONNELS.....	74
▪ CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	74
▪ COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA	75
▪ COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE.....	75
▪ COMITÉ DE VÉRIFICATION.....	75

▪ COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....	75
▪ COMITÉS FACULTATIFS DU CA	75
▪ COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES	75
▪ COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES.....	75
▪ COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION	75
▪ COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES	75
▪ COMITÉS-CONSEILS DU CA	75
▪ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE	75
▪ INSTANCES	75
▪ COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE.....	75
▪ COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES.....	75
▪ PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES	75
▪ COMITÉ DE RÉVISION.....	75
▪ COMITÉ DES USAGERS.....	75
▪ CONSEILS PROFESSIONNELS	75
▪ CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	75
▪ COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP).....	75
▪ COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	75
▪ CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII).....	75
▪ CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM).....	75
▪ COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA	76
▪ COMITÉS FACULTATIFS DU CA	78
▪ COMITÉS-CONSEILS DU CA	82
▪ INSTANCES DU CA	83
▪ CONSEILS PROFESSIONNELS	87
▪ ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'INSTITUT	93
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	94
ÉTATS FINANCIERS	101
RÉFÉRENCES	123
STATISTIQUES ANNUELLES	124



MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Rangée avant (de gauche à droite) : M. Gilles Kirouac, M. Serge Simard, M^{me} Charlaïne Bouchard, M. Laurent Després, M. Marius Plante, M^{me} Claudia Boulanger

Deuxième rangée (de gauche à droite) : M. Denis Bouchard, M. Sylvain Chouinard, M^{me} Isabelle Taillon, M^{me} Kathleen Vézina, M. André Blondin, M. Daniel Gilbert

Rangée arrière (de gauche à droite) : M. Charles Morasse, M. Jean Lefebvre, M. Marcel Pepin, M^{me} Line Grisé, M^{me} Mireille Lavoie

Absents de la photo : M. Guy Bertrand, M^{me} Joanne Desjardins, M. Jean M. Gagné (membre observateur)

COMITÉ DE DIRECTION



M. Denis Bouchard
Président-directeur
général



M^{me} Isabel Roussin-Collin
Directrice générale
adjointe – santé physique
Directrice de la qualité, de
l'évaluation et de l'éthique



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



M^{me} Nathalie Thibault
Directrice des
soins infirmiers



M^{me} Nancy Boily
Directrice des services
multidisciplinaires



D^r François Aumond
Directeur des services
professionnels



M. Denis Potvin
Directeur des services
techniques



M^{me} Sylvie Thibeault
Directrice des
ressources financières
et de la logistique



D^r Denis Coulombe
Directeur de
l'enseignement et des
affaires universitaires



D^r Denis Richard
Directeur scientifique
de la recherche



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



M. Sébastien Blais
Directeur de la
performance clinique et
organisationnelle

MESSAGE DES AUTORITÉS

Québec, 19 juin 2017

L'INSTITUT : SE DISTINGUER PARMIS LES MEILLEURS

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (l'Institut) est heureux de présenter les résultats de ses opérations pour l'année 2016-2017. Ces accomplissements témoignent de l'énergie, du leadership et de la créativité de ses équipes, tant spécialisées qu'ultraspécialisées. Certains dossiers ont particulièrement retenu l'attention du conseil d'administration au cours de cet exercice. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance du contenu de ce document qui recense les principales activités réalisées. La performance et les efforts consentis par toutes les équipes ont permis l'atteinte de l'équilibre budgétaire à la fin de la période financière 2016-2017.

Cette année, la présentation de ce rapport annuel de gestion est basée sur le Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, dont la vision est d'offrir des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois. Le présent rapport est composé d'une série d'objectifs déclinés sous différents axes. Afin d'en alléger le contenu, seuls les axes qui concernent directement notre établissement ont été conservés.

C'est donc avec une grande fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion de l'Institut. Il fait état des dossiers stratégiques, des priorités d'action ainsi que des grandes réalisations de l'année.

Nous invitons également le lecteur à consulter régulièrement notre site Internet afin de suivre l'actualité de notre institution au jour le jour.

Bonne lecture!



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



M. Denis Bouchard
Président-directeur général



EN GUISE D'INTRODUCTION

L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ QUI A MARQUÉ LE 20^E SIÈCLE ET QUI CONTINUE, PAR LA QUALITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE SES SERVICES, À RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ SANS CESSER GRANDISSANTS DE LA POPULATION. L'ÉTABLISSEMENT EST UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SUPRARÉGIONAL DONT LE BASSIN DE DESSERTE DE LA CLIENTÈLE S'ÉLÈVE À PLUS DE 2 000 000 D'HABITANTS, SOIT ENVIRON 30 % DE LA POPULATION DU QUÉBEC.

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

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

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

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



L'INSTITUT : SE DISTINGUER PARMI LES MEILLEURS

MISSION

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

À titre d'institut, nous nous distinguons par :

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

VISION

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





LES COMPORTEMENTS ÉTHIQUES QUI NOUS GUIDENT

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

LES VALEURS QUI NOUS PORTENT

LE RESPECT

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

LA RECONNAISSANCE

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

LA RESPONSABILISATION

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

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT

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

SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SOINS

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

TRAJECTOIRES	COMPOSANTES	SERVICES
CHIRURGIE CARDIAQUE	Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique ambulatoire de chirurgie cardiaque • Préadmission • Préadmission à distance • Cœur mécanique • Aorte • Cardiopathie congénitale • Valves percutanées • Clinique dentaire
	Unité de chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins progressifs	
MÉDECINE CARDIAQUE	Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoire d'hémodynamie et d'électrophysiologie • Cliniques ambulatoires <ul style="list-style-type: none"> - Cardiostimulateurs - Fibrillation auriculaire, génétique - Insuffisance cardiaque - Transplantation cardiaque • Échocardiographie
	Unité de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unité coronarienne et de soins progressifs	
CHIRURGIE THORACIQUE	Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique ambulatoire de chirurgie thoracique
	Unité de chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins progressifs	
MÉDECINE PULMONAIRE	Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques spécialisées de pneumologie <ul style="list-style-type: none"> - Asthme - MPOC - Apnée du sommeil - Fibrose kystique - Bronchectasie • Guichet de coordination et d'investigation du cancer du poumon • Service ambulatoire de thérapie systémique contre le cancer (salle d'oncologie) • Endoscopie respiratoire (salle interventionnelle) • Laboratoire des troubles respiratoires du sommeil • Physiologie respiratoire
	Unité de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unité de soins intensifs	
	Service régional de soins respiratoires et de services à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national d'oxygénothérapie à domicile • Programme national d'assistance ventilatoire à domicile

TRAJECTOIRES	COMPOSANTES	SERVICES
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ	Soins ambulatoires	<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	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de soins de jour <ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Insuffisance rénale - Anticoagulothérapie - Activités de médecine de jour • Endoscopie digestive • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et soutien à l'autonomie de la personne âgée • Unité d'hospitalisation
PROMOTION DE LA SANTÉ MÉDECINE CARDIAQUE / CHIRURGIE CARDIAQUE MÉDECINE PULMONAIRE MULTITRAJECTOIRE	Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Pavillon de prévention des maladies cardiaques • Réadaptation cardiaque • Réadaptation pulmonaire • Programme d'aide à la cessation tabagique • Clinique de prévention secondaire Traité-Santé
SERVICES TRANSVERSAUX	Service de l'urgence Services diagnostiques <ul style="list-style-type: none"> • Imagerie médicale • Laboratoires de biologie médicale Services thérapeutiques <ul style="list-style-type: none"> • Bloc opératoire • Thérapie respiratoire Services de soutien clinique <ul style="list-style-type: none"> • Nutrition clinique • Pharmacie • Service social et liaison • Réadaptation 	

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

L'Institut dessert principalement la population du centre et de l'est de la province, soit de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, de la Mauricie et Centre-du-Québec, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Côte-Nord. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée selon les régions sociosanitaires reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2016-2017, 53 % de la clientèle provenait de la région immédiate de Québec tandis que 47 % était de provenance hors région.

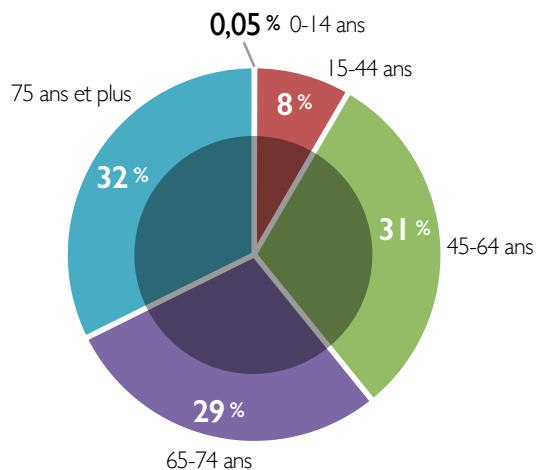
Les hospitalisations ont connu une augmentation de l'ordre de 5,5 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut a enregistré 15 396* hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,5 jours, par rapport à 14 598* en 2015-2016 dont la DMS fut de 6,5 jours. Comme par les années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se sont partagé la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 65 % et de 18 %. Quant aux autres spécialités, elles ont totalisé 17 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies reliées à l'obésité. La répartition par groupe d'âge a démontré que la clientèle la plus représentée était constituée de personnes de plus de 75 ans dans une proportion de 32 %, suivie de près par la tranche d'âge des 45-64 ans pour un taux de 31 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires ont offert différents services, tant dans les trois axes de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées tels les services dentaires curatifs et la médecine interne. Ainsi, cette année, les visites en mode ambulatoire étaient au nombre 122 257 pour 43 268 usagers, représentant une augmentation de 3 %, par rapport à 119 186 visites pour 40 751 usagers l'année précédente.

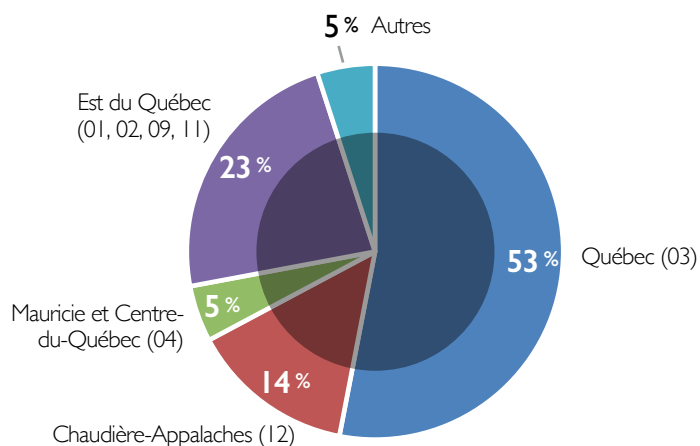
* Représente les usagers ayant **quitté** l'établissement entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017



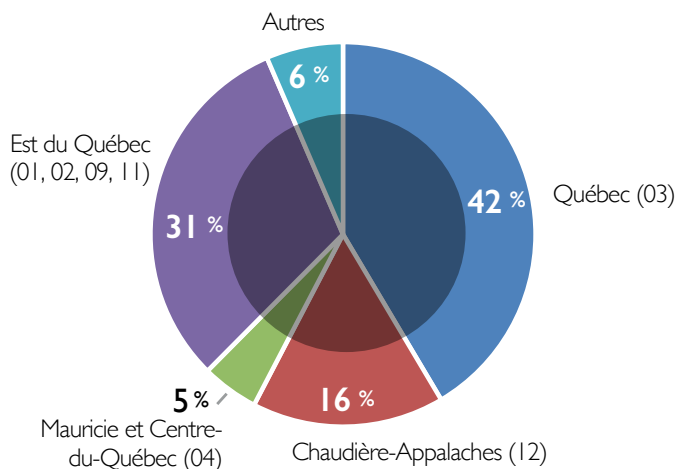
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE 2016-2017



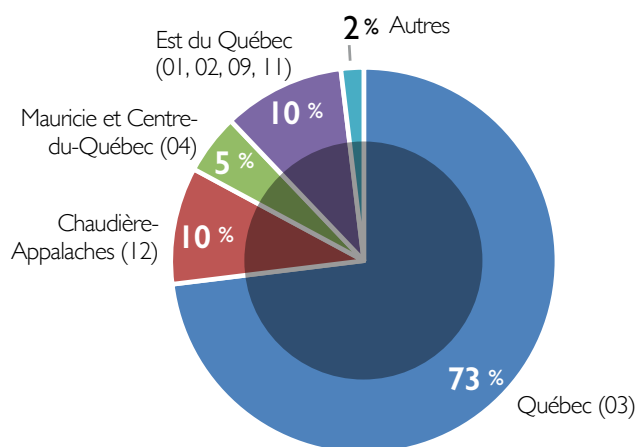
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS 2016-2017



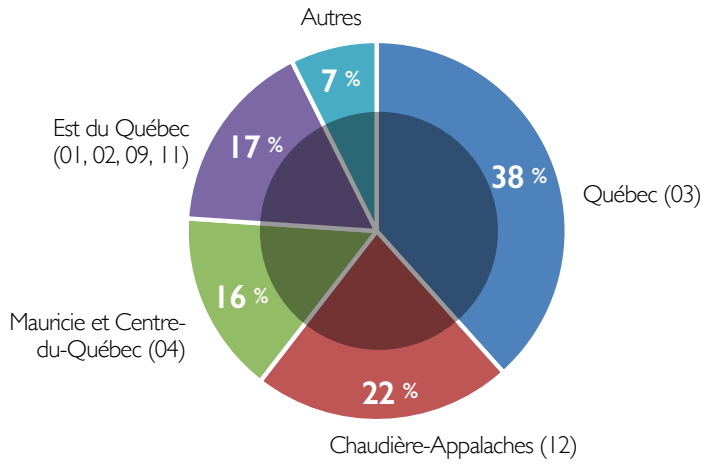
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS EN CARDIOLOGIE



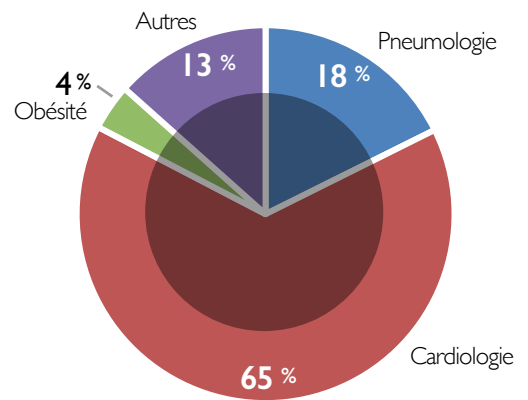
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS EN PNEUMOLOGIE



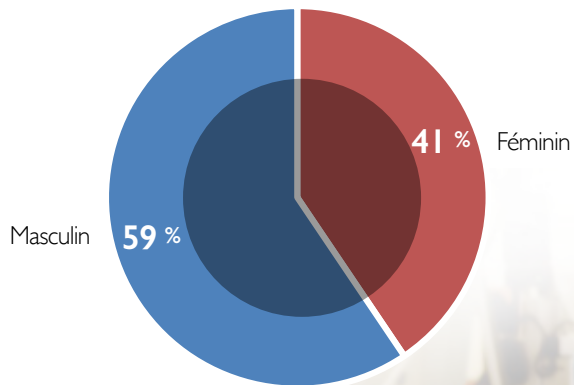
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS EN OBÉSITÉ



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR SPÉCIALITÉ 2016-2017



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS SELON LE SEXE





PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'INSTITUT SE PRÉOCCUPE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION. LES INTERVENANTS DE L'ÉTABLISSEMENT ANALYSENT LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES PAR RAPPORT À SA MISSION HOSPITALIÈRE. À TITRE D'EXEMPLE, QUELQUES CONSTATS SONT DRESSÉS CI-DESSOUS.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES¹

DÉCÈS PAR MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Toutes les sept minutes, une personne succombe à une maladie du cœur ou à un accident vasculaire cérébral (AVC) au Canada. Ces maladies représentent deux des trois principales causes de décès au pays². En 2008, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de :

- 29 % de tous les décès au Canada (69 945 décès);
- 28 % de tous les décès chez les hommes;
- 29,7 % de tous les décès chez les femmes.

Parmi tous les décès de cause cardiovasculaire :

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

COÛT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Le *Conference Board* du Canada estime que les maladies du cœur et les AVC coûtent annuellement 20,9 milliards \$ à l'économie canadienne en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité¹. Pour la seule année 2000, une étude avait déjà évalué ces coûts à 22,2 milliards de dollars³.

HOSPITALISATIONS AU CANADA

En 2005-2006, il y a eu³ :

- 160 323 hospitalisations pour cause de maladies cardiaques ischémiques;
- 60 996 hospitalisations pour cause de crises cardiaques;
- 54 333 hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque.

Références à la page 123

CRISES CARDIAQUES

On estime à 70 000 le nombre de crises cardiaques à survenir chaque année au Canada. Jusqu'à 40 000 arrêts cardiaques se produisent chaque année, c'est-à-dire un arrêt cardiaque toutes les 12 minutes¹.

FIBRILLATION AURICULAIRE

La fibrillation auriculaire affecte environ 350 000 Canadiens, dont 6 % sont âgés de 65 ans et plus¹.

INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE

On estime que 500 000 Canadiens vivent avec une insuffisance cardiaque et que 50 000 nouveaux patients sont diagnostiqués chaque année⁴.

GREFFES CARDIAQUES

En 2010, des greffes cardiaques ont été réalisées dans cinq provinces : Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse, pour un total de 167 greffes cardiaques effectuées au pays¹. À l'Institut, la moyenne annuelle est de 17 transplantations cardiaques.

PRESSION ARTÉRIELLE

Six millions de Canadiens adultes ont une pression artérielle élevée, ce qui représente 19 % de la population adulte⁵. L'enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) indique que 53 % des Canadiens âgés entre de 60 et 79 ans souffrent d'hypertension artérielle. Les femmes qui en sont atteintes courent 3,5 fois plus de risques de souffrir d'une maladie du cœur que celles dont la pression artérielle est normale⁶.

PROGRAMME DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE DE L'INSTITUT

Le programme de santé cardiovasculaire est constitué de deux trajectoires, soit la médecine cardiaque et la chirurgie cardiaque. Ces trajectoires couvrent l'épisode de soins de l'usager, tant en mode ambulatoire qu'hospitalisé. Le nombre d'hospitalisations à l'égard de cette clientèle, et ce, toutes spécialités confondues, s'élevait à 9 115 pour l'année 2013-2014, ce qui représente une augmentation de 1,39 % comparativement à l'année précédente. Ces usagers provenaient majoritairement de la grande région de Québec dans une proportion de 40,8 %, puis de la région Chaudière-Appalaches (16,3 %) et du Bas-Saint-Laurent (12,4 %).

Nos usagers hospitalisés sont, dans une proportion de 65,8 %, âgés entre 45 et 74 ans. Un taux de 27,7 % est observé chez notre clientèle de 75 ans et plus. Le développement constant de nouvelles pratiques et des modalités d'interventions contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Les nouveaux traitements disponibles améliorent la qualité de la vie de nos usagers tout en leur assurant la sécurité. Cette année, l'Institut célébrait le 20^e anniversaire de son Programme de transplantation cardiaque, avec plus de 250 transplantations réalisées depuis l'instauration du programme.

MALADIES PULMONAIRES⁷

En 2008, 21 000 décès étaient attribuables aux effets de la pollution atmosphérique au Canada. Ce nombre pourrait atteindre 90 000 en 2031⁸.

AUGMENTATION DES MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES

Chaque poumon effectue quotidiennement 17 000 respirations. Plus de 3 millions de Canadiens présentent une maladie respiratoire grave telle que l'asthme, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) comme la bronchite chronique et l'emphysème, le cancer du poumon, la tuberculose et la fibrose kystique.

ASTHME

L'asthme est la plus importante maladie respiratoire au pays. Le nombre d'asthmatiques a triplé depuis 1980. Aujourd'hui, près de 3 millions de Canadiens en souffrent, et au Québec, on estime à plus de 700 000 le nombre de personnes aux prises avec l'asthme.

MPOC

Au Canada, plus de 750 000 personnes souffrent d'une MPOC. C'est la quatrième cause de décès. Au Québec, ce nombre atteint 386 000 personnes. Une personne décède d'une MPOC toutes les heures, soit le tiers de l'ensemble des personnes qui meurent d'une maladie pulmonaire au pays. C'est au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que le taux de mortalité attribuable à une MPOC est le plus élevé. Le tabagisme est la principale cause de ces maladies, avec 90 % des cas. De 15 à 25 % des fumeurs développeront une MPOC.

CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est une maladie causée par le développement désordonné de cellules anormales dans les poumons. Ces cellules anormales, dites cancéreuses, n'accomplissent plus les fonctions de cellules normales. Les hommes du Québec affichaient le plus haut taux d'incidence du cancer du poumon au Canada en 2006, avec un taux de 95,3 pour 100 000 habitants⁹. La moyenne canadienne se situe à 69,6 pour 100 000 habitants. Les femmes du Québec se situaient au milieu du classement quant à l'incidence du cancer du poumon parmi les provinces canadiennes en 2006, avec un taux de 57,8 pour 100 000 habitants¹⁰. La moyenne canadienne se situe à 50,3 pour 100 000 habitants. Le tabac est le plus grand responsable de cette maladie. La fumée du tabac, spécialement la fumée de cigarette, est reconnue cause principale du cancer du poumon. L'inhalation de la fumée secondaire présente également un risque de cancer chez les non-fumeurs en raison de ses agents cancérogènes.

TABAGISME

La dépendance au tabac est reconnue comme une maladie chronique. Le tabagisme est l'une des principales causes d'hospitalisation et de réadmission. Environ 90 % des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme. Un fumeur actif présente un risque 20 fois plus élevé de développer un cancer du poumon qu'une personne n'ayant jamais fait usage de tabac¹¹. En 2011, 17 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus fumaient, ce qui représente environ 4,7 millions de Canadiens¹². Après un infarctus du myocarde, l'abandon du tabac diminue les risques de mortalité de plus de 50 %¹³.

DÉCÈS CAUSÉS PAR LE TABAGISME ET LA FUMÉE SECONDAIRE

Le tabagisme contribue à plus de 37 000 décès chaque année au Canada, parmi lesquels environ 11 000 se sont conclus par une maladie du cœur ou un AVC, soit 29 % de tous les décès reliés au tabagisme¹⁴. Près de 6 300 non-fumeurs meurent chaque année à cause de l'exposition à la fumée secondaire.

PROGRAMME DE SANTÉ RESPIRATOIRE DE L'INSTITUT

Près de 40 % de la clientèle de ce programme provient de l'extérieur de la région immédiate de Québec, témoignant de l'expertise unique de ses professionnels. Un peu plus de la moitié des 2 000 hospitalisations annuelles sont attribuables à un épisode aigu d'une maladie pulmonaire chronique ou à une

infection aiguë des voies respiratoires. Le cancer du poumon, responsable d'un décès par cancer sur trois sur le territoire de l'Institut, amène annuellement près de 1 000 usagers à consulter les services d'investigation. La clinique ambulatoire d'oncologie compte en tout temps entre 600 et 700 usagers inscrits et procède à 2 400 sessions de chimiothérapie à chaque année. L'équipe de chirurgie thoracique procède quant à elle à plus de 600 interventions annuellement. Le programme de santé respiratoire, c'est aussi 1 500 usagers suivis à domicile pour oxygénothérapie ou pour assistance ventilatoire, 1 656 usagers suivis en clinique pour asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, fibrose kystique, hypertension pulmonaire ou maladie interstitielle, et près de 3 000 usagers investigués et suivis pour un trouble respiratoire du sommeil.

MALADIES RELIÉES À L'OBÉSITÉ

L'obésité continue sa progression au Québec. Une étude effectuée par l'Institut national de santé publique, avec des données de 2011, révèle que 57 %¹⁵ des Québécois ont un excès de poids, 22 % sont obèses et 35 % font de l'embonpoint. De plus, on estime que les personnes souffrant d'obésité ont 94 % plus de risques d'être hospitalisées et 13 %¹⁶ plus de chances de devoir consulter un médecin. Cette situation engendre une pression importante sur le réseau de santé québécois.

COÛTS DE L'OBÉSITÉ

Selon la même étude, l'obésité coûte 1,5 milliard \$ par année au Québec. Ce montant comprend 100 millions \$ pour les consultations médicales, soit 10 % des coûts totaux, et 1,4 milliard \$ en hospitalisations. Ce montant est très conservateur puisqu'il n'englobe pas le coût de la consommation de médicaments, l'absentéisme au travail et le coût des maladies associées à l'obésité comme le cancer, l'hypertension et le diabète¹⁷.

DÉCÈS ATTRIBUABLES À L'OBÉSITÉ

Entre 1985 et 2000, 57 000 décès au Canada ont été associés au surplús de poids et à l'obésité¹⁸.

DIABÈTE

En 2008-2009, près de 2,4 millions¹⁹ de Canadiens vivaient avec un diagnostic de diabète. On estime que si les taux d'incidence et de mortalité se maintiennent, ce nombre s'élèvera à 3,7 millions d'ici 2019²³. L'Association canadienne du diabète

estime qu'environ 90 % des diabétiques souffrent de diabète de type 2. Six pour cent des Canadiennes âgées entre 46 et 64 ans ont reçu un diagnostic de diabète et cette proportion atteint 13 % chez les 65 ans et plus. Une femme atteinte de diabète de type 2 court huit fois plus de risques de maladie du cœur qu'une femme non diabétique²⁰.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Près de la moitié (49,5 %) des Canadiens âgés de 12 ans et plus reconnaissent être sédentaires³. Toutefois, la récente étude Canadian Health Measures Survey a permis d'établir à partir de mesures objectives que 85 % des adultes n'atteignent pas la recommandation de 150 minutes d'activité physique par semaine et que seulement 35 %²¹ des adultes atteignent la cible des 10 000 pas par jour²⁴. On estime que si une personne sédentaire devient active, elle peut réduire ses risques de crise cardiaque de 35 % à 55 %²².

COÛTS DE LA SÉDENTARITÉ²⁵

Une étude récente révèle qu'en 2009, les coûts directs, indirects et totaux de l'inactivité physique au Canada étaient de 2,4 milliards \$.

PROGRAMME DE CHIRURGIE BARIATRIQUE DE L'INSTITUT²⁶

L'obésité représente un problème majeur au Québec, considérant que les personnes obèses souffrent aussi de comorbidités associées à l'excès de poids. En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec, la proportion d'adultes obèses est passée de 13 à 22 %, soit une augmentation de 9 % entre 1990 et 2004. Plus de un adulte sur cinq a un indice de masse corporelle (IMC) de 30 et plus. Dans la région de la Capitale-Nationale, l'excès de poids touche un adulte sur deux et la littérature indique qu'environ le quart de la population est sédentaire. Pour les autres régions desservies par le programme de chirurgie bariatrique de l'Institut, la prévalence du surpoids est plus élevée dans les régions de la Côte-Nord (5 %) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (4 %). Plus de 50 % des usagers ayant subi une chirurgie bariatrique à l'Institut proviennent de l'extérieur de la région immédiate de Québec.

FACTEURS RELIÉS AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Dans le contexte du vieillissement de la population, il est impératif que les soins et les services offerts dans les centres hospitaliers de courte durée répondent le plus adéquatement possible aux besoins de cette clientèle fragile aux conséquences iatrogéniques de l'hospitalisation. Le rapport publié en 2014 par l'Institut de la statistique du Québec prévoit une hausse progressive des personnes de 65 ans et plus. En termes relatifs, ce groupe d'âge représentait, en 2011, 15,7 % de la population et devrait atteindre 28,5 % en 2061. Cette croissance rapide est associée au passage des « *baby-boomers* » dans le groupe des 65 ans et plus. De plus, on prévoit une augmentation spectaculaire du groupe des 75-89 ans qui passera de 510 100 personnes en 2011 à plus de 1,3 million en 2061, surpassant ainsi le groupe des 65-74 ans, et ce, dès 2034. À l'Institut, les personnes de 75 ans et plus ont généré 4 412 admissions (28,5 % des admissions).

MALADIES CHRONIQUES

Les principales maladies chroniques de la population des régions desservies par l'Institut sont l'arthrite (11,1 %), le diabète (6 %), l'hypertension (20,7 %) et le cancer colorectal (69 cas pour 100 000 habitants). Le taux d'incidence des cancers dans la région de la Capitale-Nationale est de 544 pour 100 000 habitants alors qu'il est de 531 pour le Québec. De par sa mission, l'Institut regroupe en soins palliatifs une clientèle principalement de cancer du poumon dans une proportion de 39 %, mais aussi une forte proportion d'une clientèle non oncologique.





PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

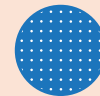
- ACCÈS AUX SERVICES DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE
- ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE THORACIQUE
- ÉLABORATION DU PLAN CLINIQUE DE L'INSTITUT
- AGRANDISSEMENT EN FAÇADE
- TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE GESTION
- MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE CENTRE DU SAVOIR
- VISITE D'AGRÉMENT CANADA

CARTE STRATÉGIQUE

PLAN STRATÉGIQUE 2014-2017 ORIENTATIONS

**NIVEAU GLOBAL DE RÉALISATION DES
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2014-2017**

82 %



1 Accroître l'accessibilité et la continuité
des soins et des services

75 %



2 Confirmer notre leadership régional, national
et international dans nos domaines d'expertise

82 %



3 Atteindre les plus hauts standards de
qualité, de sécurité et de performance

85 %



4 Cultiver un milieu de travail humain,
valorisant et stimulant

92 %



5 Se doter des infrastructures nécessaires
à la réalisation et au développement
de nos activités

75 %



LÉGENDE :



= atteint à 100 %



= % de réalisation
entre 75 % et 100 %



= % de réalisation
entre 50 % et 74 %



= % de réalisation
entre 25 % et 49 %



= % de réalisation
entre 1 % et 24 %



= 0 % de réalisation
(non débuté)

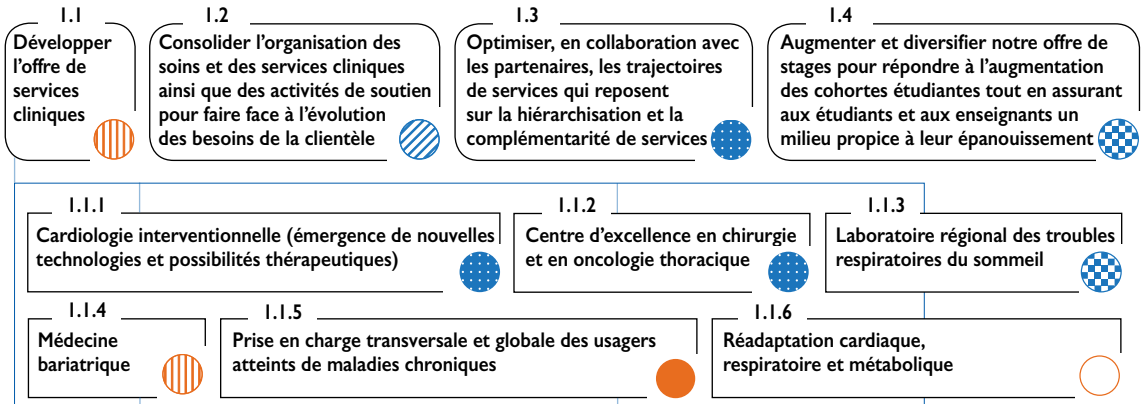
R = Risque

PLAN STRATÉGIQUE 2014-2017 OBJECTIFS

ORIENTATIONS

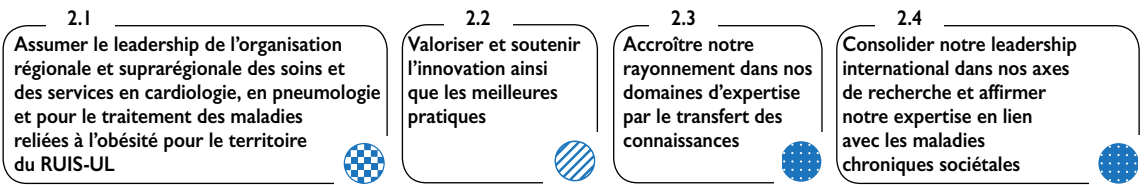
Accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services

75 %



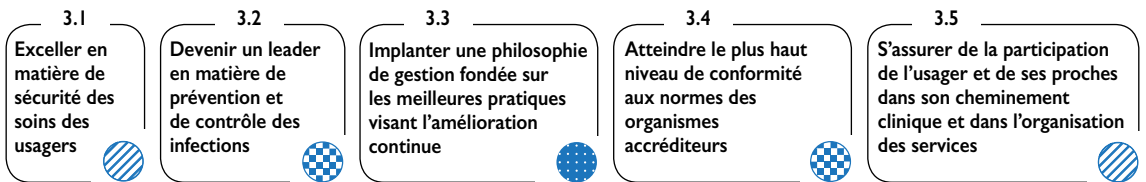
Confirmer notre leadership régional, national et international dans nos domaines d'expertise

82 %



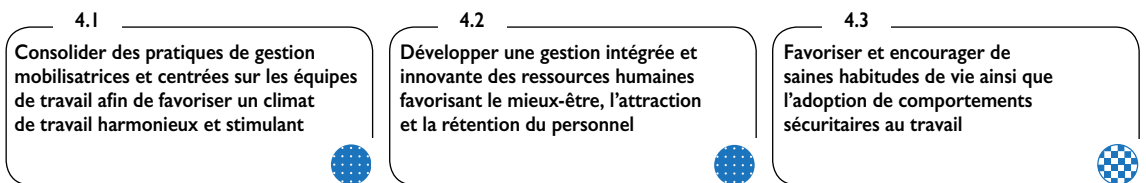
Atteindre les plus hauts standards de qualité, de sécurité et de performance

85 %



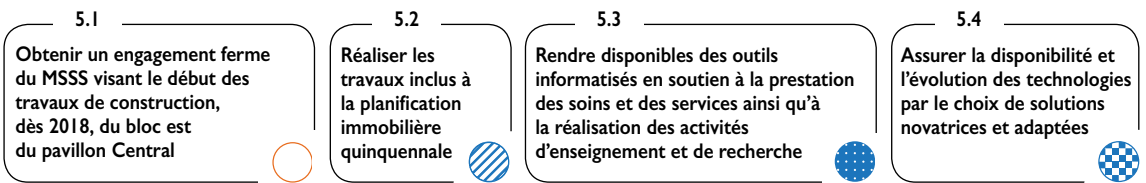
Cultiver un milieu de travail humain, valorisant et stimulant

92 %



Se doter des infrastructures nécessaires à la réalisation et au développement de nos activités

75 %





Le présent rapport annuel de gestion a été élaboré selon le modèle du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Afin d'en alléger le contenu, seuls les axes qui touchent directement notre établissement ont été conservés.

AXE – HABITUDES DE VIE

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

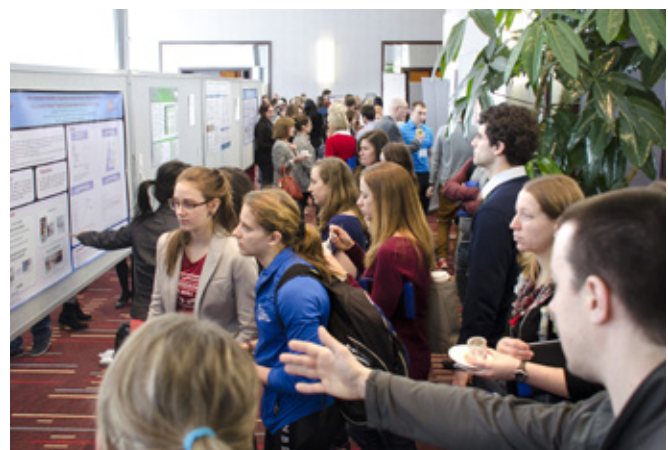
- *Proportion de fumeurs actuels chez les 12 ans ou plus. Cible : 16 %*

PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CARDIAQUE ET RESPIRATOIRE

Une augmentation de 6 % des activités des programmes de réadaptation cardiaque et respiratoire du Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) a été observée en 2016-2017. Le PPMC a également collaboré à l'organisation du 2^e Symposium en réadaptation cardiorespiratoire, tenu en février 2017 à Québec. Plus de 285 participants des régions du Québec ont assisté à cet événement bisannuel.

LUTTE AU TABAGISME

Depuis huit ans, l'Institut s'engage dans la lutte au tabagisme, et son Programme d'aide à la cessation tabagique a permis, cette année, de rencontrer plus de 430 usagers hospitalisés. De ce nombre, 323 ont obtenu un suivi dans la communauté, 173 ont été référés au Centre d'abandon du tabac et 150 ont bénéficié du système d'appel automatique TelAsk. Le taux d'abandon de ces usagers après six mois était de 53 %, un excellent résultat qui confirme la nécessité de ce programme. Également, plus de 1 700 usagers ont bénéficié d'une aide pharmacologique pour réduire les symptômes de sevrage à la nicotine.



SAINES HABITUDES DE VIE

Les axes de recherche de notre centre se situent au cœur des priorités mondiales dans le domaine de la santé et représentent une force stratégique majeure pour freiner la progression de maladies chroniques sociétales et les cancers. Voici quelques exemples survenus au cours de la dernière année.

- Publication d'ouvrages : *Comment faire mieux? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité, La vérité sur le sucre et Taxing Soda for Public Health: a Canadian Perspective.*
- Activités des chaires de recherche, dont la Chaire internationale sur le risque cardiométabolique et la Chaire de transfert de connaissances cœur/poumon.
- Publications de plusieurs études, dont : 1) Étude de l'impact des habitudes de vie sur le risque de maladies cardiovasculaires chez les patients avec facteurs de risque génétiques de ces maladies; 2) Étude sur une intervention qui marie médecine, nutrition et kinésiologie et qui améliore la condition de personnes atteintes du syndrome métabolique; 3) Étude sur les risques du vapotage chez les personnes atteintes de maladies pulmonaires.
- En collaboration avec les cofondateurs du Grand Défi Pierre Lavoie, l'Institut a donné naissance au Grand Défi Entreprise dont les objectifs s'arriment à nos priorités de recherche dans le domaine de la prévention cardiovasculaire.
- Mise sur pied d'études innovantes : plusieurs études scientifiques démontrent que les programmes de réadaptation pulmonaire incluant un programme d'exercice peuvent réduire les symptômes reliés à la MPOC et améliorer la qualité de vie des patients ayant une MPOC. Par exemple, le *taï chi*, un art martial d'origine chinoise qui associe des mouvements lents du corps avec la respiration, est de plus en plus utilisé comme modalité d'intervention en réadaptation. Par contre, cette intervention a rarement été comparée avec les programmes de réadaptation habituellement offerts aux patients atteints d'une MPOC en Amérique du Nord. Une étude a pour but d'investiguer les effets du *taï chi* sur la MPOC. Le but principal de cette étude est d'évaluer les effets d'un programme de réadaptation pulmonaire de 12 semaines incluant des séances de *taï chi* et de les comparer avec un programme de réadaptation pulmonaire incluant un programme d'exercice usuel. Ces chercheurs veulent aussi quantifier la réponse cardiorespiratoire et le degré d'essoufflement engendré par une séance de *taï chi* chez les patients ayant une MPOC.

D^r Pierre Voisine, chirurgien cardiaque et chercheur à l'Institut, et M. Alexandre Tremblay, double greffé cardiaque, lors du Cyclo Défi de la Fondation IUCPQ 2016

CRÉATION D'UNE NOUVELLE CHAIRE D'EXCELLENCE EN RECHERCHE DU CANADA

Quatorze professeurs et médecins sont actuellement titulaires de chaires de recherche. Celles-ci créent l'environnement nécessaire à la réalisation de travaux de recherche de qualité. Elles permettent l'accélération du transfert des connaissances de la recherche vers les soins et offrent des expériences d'apprentissage et de formation de premier ordre aux étudiants. Au cours de l'année, une nouvelle chaire de recherche a été créée au Centre de recherche, soit la **Chaire d'excellence en recherche du Canada sur l'axe microbiome-endocannabinoïdome dans la santé métabolique**, dirigée par le **D^r Vincenzo Di Marzo**. Cette chaire unique au monde contribuera à générer de nouvelles approches thérapeutiques et à concevoir des stratégies nutritionnelles et médicales novatrices pour maintenir la santé et prévenir les complications métaboliques de l'obésité, une maladie multifactorielle considérée comme l'un des plus importants enjeux sociétaux du 21^e siècle.

MOBILISATION DE L'INSTITUT POUR FAVORISER DE SAINES HABITUDES DE VIE

Les médecins, professionnels de la santé, chercheurs et employés de l'Institut s'impliquent régulièrement dans de multiples événements de promotion de la santé et des saines habitudes de vie, notamment le Cyclo-Défi de la Fondation IUCPQ, le Défi Entreprises, le Pentathlon des neiges et le Grand Défi Pierre Lavoie. De plus, au cours de la dernière année, plusieurs de nos experts ont participé à des projets événementiels tels que les marches hebdomadaires Ça marche Doc! ou dans le cadre du Cyclo-Défi, Je roule avec mon doc, qui visent à faire connaître les multiples liens causaux qui existent entre la santé, les saines habitudes de vie et l'aménagement urbain.



JOURNÉE MONDIALE DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

En marge de la *Journée mondiale de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*, qui a eu lieu en novembre dernier, l'Institut a tenu à présenter des conférences ainsi que des kiosques destinés aux personnes atteintes de cette maladie chronique, de même qu'aux professionnels œuvrant auprès de cette clientèle. Environ une soixantaine d'utilisateurs se sont déplacés pour cette journée, majoritairement en provenance de la clinique MPOC de l'Institut, mais également du Service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD). Les conférences présentées portaient, entre autres, sur les nouveaux développements en matière de traitement de la MPOC, sur la gestion du stress et de l'anxiété par la respiration, l'activité physique au quotidien, la conservation de l'énergie et la rigolothérapie.



Comité organisateur : 1^{re} rangée - Cynthia Lévesque, Mylène Bélanger, Christine Ouellet, Francine Careau. 2^e rangée - Lina Tremblay, Chantale Girard.



AXE – PRÉVENTION DES INFECTIONS

ACCROÎTRE LA VACCINATION GRIPPALE CHEZ LES MALADES CHRONIQUES

- **Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18-59 ans vivant en ménage privé.**
Cible : 80 %

VACCINATION DES USAGERS DE L'INSTITUT CONTRE L'INFLUENZA

Encore une fois cette année, les équipes cliniques ont été au rendez-vous pour vacciner les usagers. Au total, 1 515 individus ont subi une évaluation à l'admissibilité à la vaccination et 428 vaccins ont été administrés en suivi de ces évaluations. En 2015-2016, 3 057 évaluations avaient été effectuées et 531 vaccins avaient été administrés. La diminution constatée cette année est étroitement liée à la durée de la campagne de vaccination provinciale qui a été exceptionnellement courte, soit de novembre 2016 à janvier 2017.



AXE – PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE

RÉDUIRE LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

- **Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h. Cible : 85 %**
- **Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h. Cible : 85 %**
- **Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence. Cible : 12 h**

CIBLES ET PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE

Au cours de l'année, le Service de l'urgence a réussi à maintenir la durée moyenne de séjours (DMS) pour les usagers non admis, soit 6,9 heures. Toutefois, la DMS des usagers admis a subi une hausse de 1,6 heure, ce qui a porté la durée moyenne de séjour à l'urgence de la clientèle sur civière à 13,25 heures, comparativement à la cible de 12 heures. Le taux d'occupation moyen a été de 96,77 % (cible : 100 %). L'augmentation de la durée de séjour pour la clientèle de l'urgence en attente d'un lit s'est inscrite dans le contexte d'une augmentation marquée de la production chirurgicale et donc, de l'occupation des lits. C'est ainsi que, malgré un effort organisationnel quotidien, 1 855 des 26 261 patients de l'urgence ont vécu un séjour sur civière de plus de 24 heures. Actuellement, des actions concrètes sont en place à tous les niveaux de l'organisation, en collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSS-CN) et avec le programme Alliance, afin de pouvoir dispenser les services les mieux adaptés, au bon moment et au meilleur endroit.



AXE – SERVICES SPÉCIALISÉS

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

- **Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois. Cible : 100 %**
- **Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an. Cible : 0**

AMÉLIORATION DES DÉLAIS D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS GRÂCE À L'INSTAURATION DU CENTRE DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES DE LA CAPITALE-NATIONALE (CRDS-CN)

Dans la foulée de l'orientation ministérielle de l'Accès priorisé aux services spécialisés, un consensus s'est dégagé entre les trois établissements de la région, soit le CIUSSS-CN, le CHU

de Québec et l'Institut, avec la mise en place du *Centre de répartition des demandes de services de la Capitale-Nationale*. En fonction depuis le 1^{er} novembre 2016, le CRDS-CN a reçu 23 185 demandes d'utilisateurs dont 56 % d'entre eux ont obtenu un rendez-vous dans l'un ou l'autre de ces centres hospitaliers ou dans des cliniques médicales.

Ainsi, au 31 mars 2017, l'Institut a traité 661 demandes en cardiologie, 332 en ORL et 72 en néphrologie. La clientèle provenant du CRDS-CN a été vue par les spécialistes de l'Institut dans le respect des délais demandés par les médecins de famille, conformément aux orientations ministérielles. La planification des rendez-vous issus de *l'Accès priorisé aux services spécialisés* s'est intégrée tout naturellement dans la gestion globale des rendez-vous médicaux et pour certains services diagnostiques, assurée par la Centrale des rendez-vous de l'établissement dont le fonctionnement est en mode d'amélioration continue afin d'offrir un service à la clientèle toujours meilleur.

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX

L'Institut a amélioré l'accès à ses services spécialisés, qui constitue une priorité stratégique. En **chirurgie cardiaque**, les efforts organisationnels se poursuivent afin de diminuer la liste d'attente qui a atteint un sommet inégalé en 2016-2017. En haussant la productivité chirurgicale, 2 979 usagers ont pu bénéficier d'une chirurgie cardiaque, ce qui représente 396 interventions additionnelles comparativement à l'exercice 2015-2016. En **chirurgie thoracique**, les cibles d'accès à la chirurgie oncologique ont été nettement améliorées, voire presque atteintes, avec 84,9 % des chirurgies réalisées dans un délai de 28 jours (cible du MSSS : 90 %) et 98,9 % accomplies dans un délai de 56 jours (cible du MSSS : 100 %). En **chirurgie bariatrique**, 617 chirurgies ont été effectuées, soit 37 chirurgies additionnelles.

D'autre part, un poste de coordonnateur à la gestion des lits et aux activités chirurgicales a été créé au sein de la Direction des services professionnels afin de concerter les besoins sur le plan des admissions urgentes et électives, tant pour la clientèle médicale que pour celle nécessitant des interventions chirurgicales, hémodynamiques ou électrophysiologiques, en collaboration avec chacun des départements médicaux.



REPLACEMENT DE L'APPAREIL D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Le Département d'imagerie médicale a récemment fait l'acquisition d'un nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique doté d'un aimant de 3 tesla (T) produisant un champ magnétique encore plus puissant. Conformément à la vision de l'Institut quant au maintien de l'excellence dans ses soins et ses services, cette nouvelle acquisition, à *la fine pointe de la technologie*, permet une meilleure qualité globale des examens. L'équipement offre une vaste gamme de nouvelles

séquences et donne une plus grande latitude de manœuvre, requérant une expertise et des connaissances accrues de la part des équipes techniques et médicales. Bien que le temps d'acquisition d'images soit comparable à celui de l'appareil d'IRM 1,5 T, ce nouvel outil offre plus de confort aux usagers dans son fonctionnement, favorisant ainsi leur collaboration. Les travaux d'immobilisation réalisés dans la foulée de ce remplacement améliore la fluidité du travail, accroît la prévention des infections, limite l'accès aux espaces sécurisés et assure aux usagers une « expérience patient » rehaussée.

PLAN CLINIQUE 2017 : « L'INSTITUT 2.0 »

La planification des besoins immobiliers est un exercice « structurant » qui permet à l'organisation et aux instances gouvernementales de prendre des décisions éclairées. Nous estimons que non seulement la poursuite mais aussi le développement des activités de l'Institut nécessiteront dès 2020 des investissements importants. C'est dans cette volonté d'obtenir un engagement de la part du MSSS d'ici 2018, afin de concrétiser un projet de construction d'envergure, que l'organisation a débuté la rédaction de son *Plan clinique*, étape préalable à la révision du Plan directeur immobilier (PDI).

Pour y arriver, quatre activités ont été identifiées (ci-dessous), dont trois ont été réalisées au cours de l'année :

- **l'activité 1** portant sur la « vision » a permis de dégager six principes directeurs;
- **l'activité 2** a permis de cartographier nos principaux « parcours patients » et a mis en lumière les difficultés actuelles rencontrées;
- **l'activité 3** portait sur la définition d'un « modèle d'organisation ajusté aux besoins de la clientèle » sur un horizon de 15 ans;
- **l'activité 4** sera réalisée en mai 2017 et abordera la « solution immobilière appropriée ».



Ce projet mobilisateur a permis de rassembler les principaux leaders médicaux, cliniques et administratifs de l'Institut autour de cet enjeu majeur, de même que les membres du conseil d'administration, les représentants des conseils professionnels, les syndicats, les partenaires de notre organisation ainsi que des représentants des usagers.

NOUVEAU PLAN D'ORIENTATION ET DE SIGNALISATION

Notre organisation a vécu de nombreux changements au cours des dernières années, tant à l'égard de ses installations physiques que des services qu'elle dispense, ayant rendu nécessaire la révision de la signalisation interne. C'est dans ce contexte que la Direction des services techniques a amorcé une réflexion quant à la façon la mieux adaptée de renseigner et de diriger adéquatement sa clientèle et les divers intervenants y œuvrant. Ces travaux ont mené à la conception d'une nouvelle signalisation dont le déploiement est déjà amorcé et sera complété au cours de l'année 2017.

SYSTÈME DE TRANSPORT PNEUMATIQUE

En 2015, l'Institut a procédé à une étude de faisabilité visant « l'expansion » de son système de transport pneumatique. Une première phase a été réalisée lors du réaménagement du Service de l'urgence. Par la suite, en 2016, le déploiement de ce système s'est poursuivi dans la foulée du projet d'agrandissement en façade qui a nécessité le déplacement du Centre des prélèvements. La mise en œuvre de cette nouvelle portion du réseau de transport pneumatique, comparative-ment aux transports manuels des échantillons, a eu pour effet de réduire de façon significative les délais de transmission des résultats d'analyse.



AMÉLIORER LA SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

- **Pourcentage des personnes de 50-74 ans dépistées pour le cancer colorectal au cours des 2 dernières années. Cible : 40 %**
- **Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours. Cible : 90 %**
- **Taux de mortalité due au cancer colorectal. Cible : diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants**

OFFRE DE SERVICE EN CANCÉROLOGIE

Des travaux ont été faits tout au long de l'année pour améliorer l'accessibilité aux soins des patients atteints de cancer, tant sur le plan des services diagnostiques et du traitement médical que du traitement chirurgical. En particulier, outre sa mission première en cancérologie thoracique, avec son rôle de leader pour les cancers de l'œsophage et du poumon, l'Institut, en partenariat avec le CHU de Québec, participe au Programme de dépistage du cancer colorectal.

L'unité d'endoscopie, qui regroupe la bronchoscopie diagnostique, la bronchoscopie d'intervention, les échographies endobronchiques, la physiologie œsophagienne et l'endoscopie digestive haute et basse, offre depuis peu le traitement de lésions précancéreuses de l'œsophage par radiofréquences en sus de toutes ses autres activités, et s'inscrit dans la mise à niveau des unités d'endoscopie prévue au *Plan de dépistage du cancer colorectal du Ministère*. La mise en place d'une « gouvernance de projet » a permis d'harmoniser et d'optimiser la pratique de la coloscopie au secteur de l'endoscopie digestive selon les standards de qualité et d'accessibilité. En avril 2017, nous avons atteints 95 % des normes cliniques et organisationnelles obligatoires, et d'autre part, des comités de niveau stratégique et opérationnel demeurent actifs pour poursuivre les travaux d'amélioration.

Par ailleurs, l'optimisation de la planification chirurgicale, jumelée à une augmentation des plages opératoires, a permis d'augmenter de façon notable le nombre de chirurgies oncologiques thoraciques. Soixante et onze chirurgies de plus ont été faites comparativement à l'an passé, soit une augmentation de 11 %. Soulignons également que 84 % de notre clientèle a été opérée dans un délai inférieur ou égal à 28 jours et 98,8 % de celle-ci a été opérée à l'intérieur du délai de 56 jours.

RECHERCHE EN ONCOLOGIE PULMONAIRE À L'INSTITUT

Les chercheurs de l'Institut font progresser les connaissances dans le domaine du cancer du poumon et leurs travaux changent la pratique médicale au bénéfice des patients atteints de cancer. La mise sur pied du *Groupe de recherche en cancer du poumon*, réunissant plusieurs disciplines, permet un effort concerté et collaboratif de la part des chercheurs fondamentaux et des cliniciens afin de faire avancer les connaissances dans les domaines du diagnostic et du traitement du cancer du poumon. L'Institut contribue aussi à l'avancée des connaissances en oncologie pulmonaire par sa participation à l'Association internationale pour l'étude du cancer du poumon.

AXE – SÉCURITÉ ET PERTINENCE

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

- **Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis.**
Cible : 95 %
- **Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements.**
Cible : 80 %

GESTION DE LA SITUATION (RAPPEL DE PATIENTS) PROVOQUÉE PAR LA CONTAMINATION EN USINE DES GÉNÉRATEURS THERMIQUES UTILISÉS EN CHIRURGIE CARDIAQUE

Plus de 2 500 usagers par année bénéficient d'une chirurgie cardiaque à l'Institut. Les cinq salles d'opération dédiées à ces chirurgies sont équipées d'un circuit complet d'appareils permettant la circulation extracorporelle, dont un **générateur thermique**. Or, ces appareils ont été visés par un rappel en



raison d'une **contamination en usine au *Mycobacterium chimaera***. L'entretien régulier des générateurs thermiques de l'Institut a toujours été fait selon les modalités recommandées par le fournisseur.

Le 28 septembre, le médecin-chef du *Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)* a écrit aux directeurs de santé publique et aux infectiologues pour leur demander de rapporter les cas de contamination, de suggérer des prélèvements et de s'assurer de la disponibilité du LSPQ pour la surveillance environnementale. Parallèlement, le MSSS adressait la même demande simultanément à l'ensemble des établissements effectuant de la chirurgie cardiaque. Dès lors, l'Institut a décidé de recenser toute sa clientèle opérée depuis le 1^{er} novembre 2011, de resserrer les mesures de nettoyage et de désinfection et de procéder à la divulgation du risque auprès de ces patients.

Dans ces circonstances, les mesures prises ont été les suivantes :

- mise en place du fichier contenant plus de 10 000 usagers opérés en chirurgie cardiaque entre le 1er novembre 2011 et le 28 octobre 2016;
- envoi massif des lettres d'information aux 9 575 usagers encore vivants le 31 octobre;
- mise en place le 2 novembre d'un centre d'appels confié à des infirmières dûment formées pour répondre aux questions de la clientèle;
- au total, près de 800 appels ont été reçus et 50 patients furent évalués; heureusement, aucun d'eux n'a fait l'objet d'une suspicion d'infection au *Mycobacterium chimaera*.

Des mesures ont aussi été prises à l'égard des appareils tenant compte des recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), des recommandations du fabricant, de leur vétusté et des données scientifiques. Des mesures de mitigation du risque pour les équipements en salle d'opération ont également été mises de l'avant et un réaménagement des locaux a été fait pour favoriser l'amélioration des procédures de retraitement. Enfin, un processus de remplacement de l'ensemble des générateurs thermiques utilisés dans les circuits de circulation extracorporelle a été entrepris au cours de l'exercice.

L'épisode des générateurs thermiques contaminés nous a permis de revoir notre *procédure de réception et de gestion de l'ensemble des alertes provenant des fournisseurs ou des fabricants*, de raffermir la culture de gestion des risques, de mettre à jour l'ensemble de nos procédures de nettoyage/désinfection et d'instaurer progressivement un processus de traçabilité pour l'ensemble des appareils utilisés dans le cadre d'une chirurgie. Notre bloc opératoire, dont le local nécessiterait d'être rénové, a présenté un défi notable pour y adapter des mesures de mitigation du risque, mais l'expertise de notre Service de génie biomédical a permis de mettre en place des mesures qui réduisent le risque à un niveau jugé « très faible ».

HYGIÈNE DES MAINS

Encore une fois cette année, l'équipe de prévention et contrôle des infections a déployé beaucoup d'énergie afin d'accroître le taux d'hygiène des mains chez les intervenants de l'établissement. Dans ce contexte, la *Journée de l'hygiène des mains* a été soulignée et des audits ont été réalisés aux deux mois comparativement à une fois par année antérieurement. La diffusion des résultats détaillés s'est effectuée au moyen d'un rapport

bimestriel et, récemment, deux infirmières auxiliaires formées ont effectué des rétroactions en temps réel auprès des intervenants. Ainsi, le taux d'observance moyen pour l'année est de 44 %. Toutefois, il est intéressant de souligner qu'une hausse de 27 % du taux d'observance moyen est survenue à la suite des rétroactions faites par les infirmières auxiliaires. Pour la prochaine année, la cible à atteindre sera de 70 % et nous redoublerons d'efforts pour atteindre cet objectif dans le but d'accroître la sécurité de nos usagers.

RECHERCHE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

L'équipe du Service de prévention et de contrôle des infections de l'Institut a réalisé au cours de la dernière année une avancée majeure dans la lutte contre la bactérie de *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Cette avancée se démarque par une *approche innovante* en matière de dépistage systématique de cette bactérie et ce, dès l'admission des patients. En sus de plusieurs projets de recherche, une équipe de chercheurs a également organisé un « minisymposium » sur les bioaérosols et les virus respiratoires, une activité de transferts de connaissance dans le but de mieux comprendre les potentielles voies de transmission et d'en contrôler la propagation.

BILAN DES INFECTIONS DE SITES CHIRURGICAUX EN CHIRURGIE CARDIAQUE

En décembre dernier, un certain nombre d'usagers ont développé une infection de site chirurgical « sternal ». En effet, le taux d'infection moyen est passé de 1,3 % à plus de 5 % en cours d'année. Cette situation anormale et préoccupante a incité le *groupe de travail des infections de site chirurgical* à élaborer un plan d'action comprenant « 22 mesures » touchant l'ensemble de la trajectoire de chirurgie cardiaque. En voici quelques-unes :

- la réalisation du rasage dans les 2 heures précédant l'opération;
- la création d'une ordonnance collective de décolonisation du *Staphylococcus aureus*;
- la révision des pratiques d'asepsie, tant dans les unités de soins qu'au bloc opératoire;
- l'amélioration de la fixation du drain « J-Pratt ».

Depuis, pour les mois de février et mars 2017, les taux de ces infections ont été abaissés respectivement à 1,1 % et à 0,5 % grâce à ces interventions. Quelques actions élaborées par le groupe de travail sont toujours en cours en vue de réduire encore le risque de développer ce type d'infection chez notre clientèle.

RÉSULTATS DE LA VISITE D'AGRÉMENT CANADA ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

En novembre dernier, l'Institut s'est vu décerner un « **Agrément avec mention** » à la suite de la visite d'Agrément Canada. En effet, l'établissement a obtenu la note de **96,8 %**, c'est-à-dire que 2 270 critères ont été jugés conformes sur un total de 2 344. Depuis, un suivi attentif a été apporté à tous les critères jugés non conformes. En effet, tous les intervenants sont déjà à pied d'œuvre afin de mettre en place les mesures d'amélioration identifiées dans le rapport de visite. Six critères feront l'objet d'un suivi selon l'échéancier prescrit par Agrément Canada. Il s'agit de l'identification de l'utilisateur, de l'évaluation de l'efficacité de l'approche de prévention des chutes, dont les travaux sont déjà amorcés, et de quatre critères touchant les analyses de biologie délocalisées. Le rapport complet est d'ailleurs disponible pour consultation sur le site Internet de l'Institut dans la section « Institut », « Qualité et performance », « Agrément ».

Laboratoires : gestion en temps réel des non-conformités au moyen de la plateforme intelligente « Kiwi-Hoop »

Également, soulignons que l'Institut a reçu depuis peu une autre confirmation d'Agrément Canada, cette fois-ci attestant que la « **Maîtrise réelle des non-conformités par l'utilisation d'une plateforme intelligente** » a été reconnue comme « **Pratique exemplaire** ». En effet, les non-conformités, qui sont des événements indésirables ayant pour conséquence d'augmenter la charge de travail des laboratoires, représentent un risque pour la sécurité des usagers, et leur gestion entraîne des coûts additionnels pour l'Institut. L'introduction de la plateforme intelligente Kiwi-Hoop, à la fois chef d'orchestre, guide et informateur, a permis d'optimiser le processus de gestion de ces événements et d'atteindre une qualité accrue et plus sécuritaire pour nos usagers. Qui plus est, les résultats obtenus confirment des économies considérables puisqu'une **diminution de plus de 65 % de ces événements a été observée**.

Cette reconnaissance est le fruit de la créativité et du travail acharné du personnel des laboratoires pour améliorer constamment la qualité et la sécurité des soins et des services, et ce, à meilleur coût.



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

■ **Nombre de domaines d'examens ou traitements ayant fait l'objet d'une évaluation de pertinence et pour lesquels un plan d'action a été produit. Cible : 12 en 2017 (cible pour 2020 à déterminer)**

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

En tant qu'institut universitaire, notre établissement se voit confier quatre grandes missions : les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

L'unité ETMIS (UETMIS), de la Direction des services professionnels de l'Institut, a poursuivi son partenariat avec les professionnels en ETMIS du CHU de Québec, sous la direction scientifique du Dr Yves Lacasse. Ainsi, l'Institut a pu produire deux nouvelles publications, soit :

- 1) « *Les stratégies de conservation sanguine en chirurgie cardiaque : le thromboélastogramme et le thromboélastomètre rotatoire pour la surveillance de l'hémostase en chirurgie cardiaque* »;
- 2) et « *L'évaluation des technologies permettant l'induction d'une hypothermie thérapeutique chez les patients ayant subi un arrêt cardiaque* ».

Soulignons qu'une troisième étude est en cours de rédaction, soit « *L'utilité d'un appareil d'assistance à la toux pour la clientèle souffrant d'insuffisance respiratoire d'origine neurologique à domicile* ».

Au cours des dernières années, cette collaboration a permis de développer une véritable « culture » d'évaluation des modes d'intervention en santé, en partenariat avec les différents départements médicaux. Cette culture permettra l'essor d'une UETMIS autonome, au bénéfice de la clientèle de l'Institut, du RUIS-Laval et du Québec, notamment par la diversification des modes d'évaluation et la collaboration avec les autres UETMIS québécoises et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux.

SERVICE DE RÉADAPTATION : PROJET D'AMÉLIORATION CONTINUE

Nouveau système de gestion des prêts de matériel

Depuis l'introduction d'un nouveau mode de gestion des prêts de surfaces pneumatiques, nous avons réussi à contrer, voire éliminer les fréquentes pertes de matériel pour lesquelles des coûts annuels de près de 3 500 \$ étaient encourus. Des méthodes de sensibilisation, tel le remplacement d'onglets de prêt sur le dossier de l'usager, associées à ce nouveau système seront également mises en place pour l'ensemble des équipements du Service de réadaptation.

RECHERCHE DE POINTE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Dans le cadre de différents projets de recherche, les chercheurs de l'Institut sont amenés à développer de nouvelles technologies et des modes d'intervention en vue d'améliorer l'offre de traitements aux patients. L'implantation par cathéter d'un nouveau dispositif représente un exemple d'une nouvelle option de traitement pour les patients souffrant de défaillance cardiaque avancée.

D'ailleurs, au cours de la dernière année, le Centre de recherche a reçu l'autorisation d'acquiescer un appareil ultrasécialisé pour l'implantation d'un laboratoire de *cathétérisme en recherche fondamentale*. Cette plateforme permettra la création de nouveaux partenariats en soutien au développement d'études de phase I « *first in man* » dans ce secteur d'activité.

D'autres importants projets sont en voie de réalisation, dont la création d'un nouveau dispositif d'optimisation de l'oxygénothérapie ainsi que l'examen détaillé de l'impact des chirurgies bariatriques couramment pratiquées sur la rémission du diabète. Ce dernier projet met en lumière le potentiel de transformer la pratique bariatrique en fournissant les outils nécessaires au choix de la meilleure approche chirurgicale pour chaque patient.

CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

À l'Institut, une démarche rigoureuse d'évaluation et de suivi quotidien de la surveillance constante des usagers est établie dans chacune des unités de soins et dans certains services. Les constats annuels reposent sur l'ensemble des mesures mises en place pour assurer le suivi régulier des mesures de contrôle. Ces différentes mesures sont :

- l'évaluation de la condition clinique de l'usager faite par l'infirmière à chaque quart de travail;
- l'application d'approches alternatives ou de mesures de remplacement et l'implication de la famille et des proches de l'usager afin de limiter l'utilisation des mesures de contrôle;
- l'utilisation d'un algorithme décisionnel par le personnel soignant afin de le guider dans l'application judicieuse des mesures de contrôle;
- le soutien de l'équipe de soins assuré par des infirmières ayant une expertise spécifique pour les usagers présentant des facteurs de risques imminents pour leur sécurité ou celle d'autrui;
- la prestation de formations au personnel soignant afin d'actualiser et de développer des connaissances et des habiletés au regard de l'application des mesures de contrôle;
- la réalisation d'audits afin d'assurer un suivi et de faire état de la situation quant au recours à des mesures de contrôle dans les unités de soins intensifs;
- le suivi clinique des usagers à chaque quart de travail s'il y a présence d'une mesure de contrôle dans une unité de soins, et ce, à l'aide d'un rapport écrit;
- la rédaction de rapports périodiques pour l'ensemble des surveillances constantes effectuées dans l'ensemble des unités de soins.



AXE – PERSONNES ÂGÉES

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

- **Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale. Cible : 80 %**
- **Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée. Cible : 70 %**

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE (AAPA)

Formation

Des activités de communication et de formation ont été réalisées au cours de l'année. Notamment, les kiosques sur l'AAPA pour le personnel et la famille ont été présentés en octobre 2016. Les conférences sur le syndrome d'immobilisation et l'insuffisance cardiaque chez la personne âgée ont

été données par le Dr Jean-Pierre Beauchemin à l'ensemble du personnel soignant de l'Institut. Ces activités sont réalisées dans le but de promouvoir l'apprentissage, le développement et le maintien des connaissances sur l'AAPA. Par ailleurs, grâce à la subvention du comité des usagers, deux chariots d'activités occupationnelles ont été conçus. Sachant qu'il est important de préserver l'autonomie fonctionnelle, physique et cognitive des usagers hospitalisés, l'Institut peut maintenant offrir différents articles d'activités multisensorielles aux personnes âgées.



Intégration

À la fin de l'année 2016, toutes les unités de soins généraux, incluant l'urgence, ont finalisé l'intégration de l'AAPA. De plus, des audits ont été réalisés au cours de l'année afin d'assurer un suivi de qualité et pour maintenir la pérennité des acquis au sein de ces unités. Quant aux unités des soins intensifs, l'intégration de l'AAPA se terminera au printemps 2017.

PROJET RÉGIONAL À L'ÉGARD DE LA CLIENTÈLE REQUÉRANT UN NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS (NSA)

On qualifie d'alternatif le niveau de soins d'un usager qui ne requiert plus de soins spécialisés, mais qui ne peut cependant retourner à domicile. L'attente d'usagers requérant un niveau de soins alternatifs à l'Institut est la résultante d'un problème complexe, systémique, récurrent et coûteux, dont la résolution constitue une priorité du MSSS et de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Afin d'apporter une solution durable aux défis que pose la présence de ces usagers dans ses lits de soins actifs, l'Institut assume un leadership régional en lançant un projet pilote conjointement avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CHU de Québec. Ce projet vise à diminuer substantiellement les délais d'évaluation, d'orientation et de sortie de l'usager vers un milieu adapté aux besoins spécifiques de la clientèle NSA et devrait donner des résultats tangibles dès l'automne 2017.



AXE – PERSONNES VULNÉRABLES

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

- **Nombre d’usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Cible : augmentation de 15 %**

LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Au cours de l’année, plusieurs formations à l’égard des *modalités de la Loi concernant les soins de fin de vie* ont été dispensées au personnel soignant afin d’assurer l’administration de soins de qualité auprès des usagers en soins palliatifs et de fin de vie. C’est ainsi que l’outil d’*Évaluation de la douleur et de la sédation* a été créé et mis en place dans une unité pilote dans le but d’assurer une surveillance optimale des usagers recevant une sédation palliative continue. Cet outil permet de répondre aux exigences de surveillance comme l’ont formulé le Collège des médecins du Québec et l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

La formation générale ministérielle regroupant quatre modules a débuté en mars et se poursuivra au cours de l’année. Conformément à la Loi, l’Institut offre les meilleurs standards de pratique à l’égard de la clientèle nécessitant des soins palliatifs et qui désire une sédation palliative continue ou exprimant la volonté d’obtenir l’aide médicale à mourir. La qualité des actes médicaux et des soins offerts est évaluée périodiquement par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l’établissement. Un rapport semestriel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l’Institut.

PERSONNES MISES SOUS GARDE

Durant l’année, un total de huit gardes préventives ont été demandées et aucune garde en établissement.

- **Pourcentage de décès à domicile chez les personnes suivies par une équipe en soins palliatifs et en soins de fin de vie. Cible : à déterminer en 2017**
- **Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie. Cible : 1 par 10 000 de population**

Activités	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	618
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	24
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d’aide médicale à mourir formulées	26
	Nombre d’aides médicales à mourir administrées	12
	Nombre d’aides médicales à mourir non administrées et motifs*	14

Rapports couvrant la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016.

* Données extraites du CMDP et de la base de données IUCPQ-UL pour les soins palliatifs et de fin de vie :

- 3 demandes non administrées, car usager devenu inapte (état confusionnel, délirium);
- 4 demandes (SPC) non administrées, car usager devenu en détresse avec déclin très rapide;
- 5 demandes non administrées, car usager a changé d’idée;
- 1 demande non administrée, car critères d’admissibilité non rencontrés;
- 1 demande non administrée, car en cours de réalisation.

Note au lecteur : Les données présentées dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016. Elles sont reprises à nouveau dans le rapport annuel de gestion 2016-2017.



AXE – MOBILISATION DU PERSONNEL

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

ACTIVITÉS DE RECONNAISSANCE

Gala reconnaissance

Le jeudi 21 mai 2016 avait lieu la 7^e édition du *Gala reconnaissance* où plus de 300 invités ont pu assister au dévoilement des personnes et des équipes en nomination et des lauréates des 15 catégories. Inspirée de l'émission *En mode Salvail*, l'animation s'est terminée par la présentation de quatre vidéos présentant des équipes de l'Institut. Le public a souligné la qualité de la vidéo de l'équipe de chirurgie bariatrique lors du vote final. Pour couronner cette soirée, le *Prix d'excellence* a été décerné aux infirmières praticiennes spécialisées qui célébraient leur 10^e année de pratique au sein de l'Institut.

- *Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail.*
Cible : 80 %
- *Taux de mutation. Cible : 6 %*
- *Certification Entreprise en santé Élite maintenue.*
Cible : annuellement



En route vers le centenaire...

Dans le cadre du centenaire de l'établissement, qui aura lieu en 2018, un comité interne est chargé d'identifier et de réaliser des activités pour faire reconnaître publiquement :

- le caractère unique de l'Institut;
- la qualité des soins et des services offerts;
- l'expertise de son personnel et des médecins;
- son positionnement à l'échelle provinciale et canadienne;
- la consolidation du sentiment d'appartenance vécu à l'interne.

Soirée Hommage aux personnes ayant atteint 25 ans de service et aux personnes retraitées

L'édition 2016 de la soirée *Hommage aux personnes ayant 25 ans de service et aux personnes retraitées* a eu lieu le 26 octobre. Sous le thème « Les étoiles », choisi pour étayer le rayonnement d'une carrière à l'Institut, le concept avait pour but que chaque personne invitée soit l'étoile de la soirée. Ce fut l'occasion de féliciter et de remercier les personnes ayant apporté leur contribution à l'excellence des soins et des services dispensés par l'Institut et de rendre hommage à leur dévouement au fil du temps. Un total de 78 personnes ont atteint 25 années de service ou ont pris leur retraite en 2016. Ce fut une soirée fortement appréciée des personnes présentes.

Soirée Hommage aux bénévoles

En novembre dernier, l'Institut a tenu une soirée *Hommage aux bénévoles* afin de souligner l'engagement et l'apport précieux des bénévoles oeuvrant au sein de l'organisation. L'Association des bénévoles compte près de 100 bénévoles, présents chaque jour pour soutenir les usagers et leurs proches, ainsi que le personnel lors de certaines activités. Cette soirée a permis à l'Institut de démontrer sa gratitude en offrant l'épinglette du *Mérite bénévole* à ceux et celles qui ont accompli 5, 10, 15, 20, et même 30 ans de bénévolat dans l'établissement.



Lors de la soirée *Hommage aux bénévoles*, le prix *Charlotte-Martin-Métivier* a été remis à M^{me} Berthe Vaillancourt.

CLIMAT DE TRAVAIL

Politique concernant la prévention et la gestion des situations conflictuelles visant à contrer le harcèlement ou la violence en milieu de travail (DRH-507)

Dans le cadre de l'application de la politique DRH-507, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCA) procède à la compilation du nombre d'interventions réalisées par la personne responsable de cette politique. C'est à ce titre que la conseillère stratégique en développement et en santé organisationnels a réalisé 25 interventions au cours de l'année auprès d'individus ou d'équipes de travail. Concernant les dossiers individuels, chacun a été traité en mode résolution de conflit afin de favoriser l'amélioration des relations professionnelles misant sur le respect, la considération et la civilité. Seule une plainte formelle a été déposée et s'est avérée non recevable.

ENTREPRISE EN SANTÉ

Comité santé et mieux être



Le comité santé et mieux-être (CSME) a accompli différents projets au cours de l'année :

- ajout de catégories reconnaissant chacune des sphères de la norme lors du Gala reconnaissance;
- révision de l'offre de fruits et de légumes à la cafétéria;
- audit aux fins du maintien de la certification *Entreprise en santé*;
- administration d'un troisième sondage auprès du personnel;
- élaboration d'un nouveau plan d'action pour 2016-2018.

Lors de l'audit pour le maintien de la norme, il nous a d'ailleurs été souligné que l'Institut favorisait la santé et le mieux-être en réalisant plusieurs actions liées à chacune des quatre sphères. Pour poursuivre ses activités et être davantage visible au sein de l'Institut, le CSME s'est élargi. Il compte maintenant des membres du secteur de la recherche afin de couvrir tous les besoins.



Séance de travail pour l'élaboration du code de conduite.

CODE DE CONDUITE

Le conseil d'administration a adopté le nouveau *Code de conduite* de l'Institut en février 2016. Élaboré par les membres du personnel et les partenaires, ce code, basé sur les quatre valeurs de l'Institut, se veut un outil de référence pour l'ensemble des intervenants de l'organisation. Il est l'expression des comportements que tous désirent vivre et partager pour faire de notre milieu un endroit accueillant, attractif, où tous se sentent impliqués dans le bien-être des usagers et dans le développement de l'Institut. Pour appuyer ce message, une capsule vidéo est diffusée depuis décembre 2016 à tous les intervenants, illustrant les comportements appropriés et la responsabilité de chacun à l'égard du maintien d'un climat de travail sain et harmonieux.

SYSTÈME DE GESTION RENOUVÉLÉ

À l'été 2015, l'Institut a effectué une démarche diagnostique sur ses pratiques de gestion auprès d'une équipe de 45 cadres intermédiaires *ceintures vertes ou noires LEAN Six Sigma*. Cette initiative, dont le président-directeur général

était le promoteur, a permis une réflexion en profondeur et le développement d'un système de gestion renouvelé.

Les principaux leviers mis en place sont les suivants :

- agenda standardisé pour les réunions;
- animation de la **salle de pilotage stratégique** et de **stations visuelles tactiques et opérationnelles** permettant une gestion à l'aide d'indicateurs;
- animation de **caucus** à tous les niveaux de l'organisation pour favoriser la gestion de proximité et l'amélioration continue;
- évolution des **comportements et des compétences de gestion** (accompagnement et *coaching* de chercheurs de l'Université Laval dans un programme intégré);
- mise en place de **Gemba** pour développer des comportements visant à « aller voir » où la valeur se crée pour nos patients et nos employés pour une meilleure compréhension des processus et des enjeux vécus par les équipes de travail.

Jusqu'à maintenant, on observe que :

- la communication est plus fluide;
- la présence d'une plus grande sensibilité organisationnelle aux indicateurs de performance se révèle;
- l'organisation est plus agile;
- les employés s'impliquent davantage dans l'amélioration continue.

Fait intéressant, l'Institut a reçu le *prix Coup de cœur* pour son système de gestion renouvelé (parmi 40 projets présentés) dans le cadre du *Rendez-vous de l'amélioration continue* (rencontre provinciale) tenu à Sherbrooke en mai 2017.

IMPLANTATION D'UN NOUVEAU SYSTÈME DE GESTION

CONTEXTE

À l'été 2015, l'ICUPO-L a effectué une démarche diagnostique sur ses pratiques de gestion auprès d'une équipe de 45 cadres intermédiaires *ceintures vertes ou noires LEAN Six Sigma*. Cette initiative, dont le PDG était le promoteur, a permis une réflexion en profondeur et le développement d'un système de gestion renouvelé.

APPROCHE UTILISÉE : 5 ateliers de travail répartis sur 4 mois

CINQ LEVIERS DE CHANGEMENT CULTUREL

AGENDA STANDARD

CAUCUS ET STATIONS VISUELLES

- Formation pratique sur l'animation des caucus et des stations visuelles pour l'ensemble des gestionnaires (comportements, jeux de rôle)
- Caucus de comité de direction : 2 caucus de 30 minutes par semaine, animés dans la salle de pilotage stratégique
- Caucus cliniques : 1 caucus de 30 minutes aux 2 semaines diffusant tous les cadres cliniques de l'établissement
- Premier mandat du comité
 - Finaliser la proposition de la prochaine visite d'ajustement de façon très proactive. Depuis le dernier ajustement, le comité concentre ses actions sur l'amélioration continue des soins et des services
- Utiliser des sondages *SurveyMonkey* pour le suivi d'initiatives et d'outils faits par les cadres intermédiaires
- Caucus administratifs : 1 caucus de 30 minutes aux 2 semaines diffusant tous les cadres administratifs de l'établissement
- Sondage et réflexion sur la qualité des services de soutien auprès de l'ensemble des cadres
- Attribution de 2 caucus pour chaque direction, ainsi que pour le comité de direction
- Qui sont ces caucus?
 - Questionnaires *ceintures vertes* ou *ceintures noires* de l'établissement
 - Ont participé à la réflexion relative au système de gestion
 - Ont reçu une formation de 3 jours en communication mobilisatrice
 - Ont participé à des stations de co-développement avec leurs pairs
- Qui est leur rôle?
 - Accompagner les gestionnaires dans la transformation de leurs comportements de gestion, dans la mise en place de leur station visuelle et dans la formation de leurs caucus

PROBLÉMATIQUES

Principales problématiques identifiées dans le cadre du diagnostic

- Gestion « par décisions »
- Gestion « en silos »
- Situations d'urgence observées dans la gestion quotidienne
- Tendance à la microgestion
- Présence de fausses contributions auprès des gestionnaires

SALLE DE PILOTAGE ET CASCADE D'INDICATEURS

OBJECTIFS

- Dresser le portrait le plus précis possible du système de gestion actuel, tant de ses forces que de ses faiblesses
- Imaginer la solution idéale du point de vue des gestionnaires
- Développer une stratégie d'implantation des principaux éléments du système de gestion souhaité
- Modifier les comportements de gestion

COMPORTEMENTS DE GESTION

- Les gestionnaires sont accompagnés par une équipe de chercheurs de l'université Laval. Dans un premier temps, cette équipe a dressé un portrait global de nos gestionnaires.
- À partir de ces résultats, chaque gestionnaire sera rencontré de façon individuelle pour être accompagné dans l'évolution des comportements de gestion ou faire des ateliers.
- Le mode d'évaluation et de développement des cadres est en transformation : introduction progressive d'évaluation 360.

PROFIL DES COMPÉTENCES MANAGÉRIALES

RÉSULTATS EN COURS

- Le nouveau système de gestion est encore jeune. Malgré cela :
 - la communication est plus fluide;
 - la présence d'une plus grande sensibilité organisationnelle aux indicateurs de performance se révèle;
 - l'organisation est plus agile;
 - les employés s'impliquent davantage dans l'amélioration continue.

LEÇONS APPRISSES ET IMPACTS

- Un changement de cette envergure requiert du temps et de la patience. Il est nécessaire de procéder par étapes. Tout être en même temps serait trop lourd à porter pour les gestionnaires et les employés.
- Le président-directeur général, tout comme la haute direction de l'établissement, s'est donné à 100 % à ce changement et a démontré beaucoup de leadership en étant le premier à modifier ses comportements.
- Un défi de taille demeure : impliquer le corps médical dans cette grande transformation. Plus l'initiative est transparente, plus les chances de succès sont grandes.

Prix Coup de cœur dans le cadre du Rendez-vous de l'amélioration continue

SOCIÉTÉ DE FORMATION ET D'ÉDUCATION CONTINUE (SOFEDUC)

L'Institut, membre de la SOFEDUC, a accrédité plus de 14 formations cette année. De ces formations, plusieurs ont été offertes en mode présentiel, mais les employés ont pu également accéder à plus de 36 formations en ligne l'aide de la plateforme régionale de formation Multi-accès (MultiaccèsLMS). En effet, le déploiement de cet outil va bon train puisque 1931 inscriptions à des formations en ligne ont eu lieu cette année pour nos employés, notamment les infirmières, les inhalothérapeutes et les physiothérapeutes. Un total de 2 031 unités d'éducation continue a été émis pour le personnel de l'Institut et a pu être comptabilisé à même les heures de formation exigées par les différents ordres professionnels. De plus, Multi-accès permet aux employés d'accéder à des formations en tout temps et fournit aux gestionnaires une traçabilité sur la formation faite par les employés.

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

- **Taux d'heures supplémentaires.**
Cible : 3,00 (diminution de 4,8 %)
- **Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.**
Cible : 2,25 (diminution de 5,1 %)
- **Ratio d'heures en assurance-salaire.**
Cible : 5,90 (diminution de 0,5 %)

RECRUTEMENT

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques a pour mandat de produire un *Plan d'action triennal des effectifs* afin de dégager différentes stratégies en matière de recrutement compte tenu des défis rencontrés pour certaines catégories d'emploi. Ce plan d'action est soumis au MSSS chaque année. Dans ce contexte, l'équipe de recrutement a effectué plusieurs activités au cours de l'année, notamment des *journées carrières* et des *visites dans les maisons d'enseignement*. Elle a rencontré plus de 733 candidats en entrevues externes, témoignant d'une augmentation de 53 % par rapport à l'année dernière, et réalisé 21 entrevues à l'interne, le tout pour une embauche globale de 302 personnes. L'année a été marquée par un accroissement des besoins d'embauche, entre autres, pour les titres d'emploi d'infirmière, de préposé aux bénéficiaires et d'agent administratif.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Le ratio d'assurance salaire se chiffre à 5,38 % alors qu'il était à 5,39 % l'an dernier. Dans le cadre des ententes de gestion, la cible d'assurance salaire déterminée par le MSSS pour l'exercice était de 5,49 % et elle a été atteinte.

Comparaison des ratios d'assurance salaire sur 4 ans

Ratio assurance salaire	2016-2017	2015-2016	2014-2015	2013-2014
IUCPQ-UL	5,38	5,39 %	5,43 %	5,44 %
Capitale-Nationale	N/D	N/D	5,90 %	5,94 %
National	6,94	6,29 %	6,09 %	6,11 %

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST)

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, 95 dossiers ont été acceptés par la CNESST comparativement à 54 pour l'année 2015. Toutefois, l'indice de gravité (durée) de ces lésions est moindre que par les années antérieures, ce qui limitera l'impact sur les taux futurs. Le taux personnalisé de l'Institut demeure inférieur à celui de l'unité, ce qui indique une meilleure performance de notre établissement que celle des secteurs d'activité de même catégorie. Le taux personnalisé de 2016 de l'Institut est à 1,13 \$ alors que le taux de l'unité est à 1,33 \$. Référence : www.cnesst.qc.ca, avril 2017.

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

Les activités réalisées au cours de la dernière année visaient principalement l'actualisation des matrices des risques, c'est-à-dire l'identification et l'évaluation des risques ainsi que l'élaboration des plans d'action (mise en place de mesures correctives et préventives) dans différents secteurs d'activité. Les activités de formation se poursuivent en lien avec la prévention des troubles musculosquelettiques.

L'Institut poursuit l'implantation d'un système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST) débutée en 2009. Cette norme est un processus d'amélioration continue qui offre une certification volontaire menant à l'obtention d'une reconnaissance de la qualité de la gestion de la santé et de la sécurité du travail. Par cette démarche, l'Institut désire offrir un milieu sain et sécuritaire au personnel, favorisant ainsi une prestation sécuritaire des soins et des services. Notre taux de conformité s'élève à **77 %** comparativement à **69 %** l'an dernier. Nous poursuivons nos efforts afin d'atteindre les exigences demandées en vue d'obtenir cette certification.

TABLEAU DES EFFECTIFS – RESSOURCES HUMAINES

<i>Effectifs de l'établissement au 31 mars 2017</i>		
Tranches d'âge	Cadres	Employés
Moins de 30 ans	3	716
30-39 ans	24	721
40-49 ans	26	460
50-54 ans	18	288
55 et plus	19	304
SOUS-TOTAL	90	2 489
TOTAL	2 579	

<i>Portrait des embauches/départs</i>	
Embauches	302
Départs à la retraite	50
Départs	237
Total (départs)	287

<i>Personnel d'encadrement</i>	
Permanent temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	84
Permanent temps partiel	6
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0

<i>Employés réguliers</i>	
Permanent temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 260
Permanent temps partiel (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 228
Sécurité d'emploi	1

<i>Employés occasionnels (OCC) incluant les statuts temps complet temporaire (TCT) et temps partiel temporaire (TPT)</i>	
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 353 799
Équivalent temps complet	741

TABLEAU DES EFFECTIFS – MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS*

L'Institut a déposé au MSSS son portfolio organisationnel et a contribué à la cartographie des services surspécialisés du RUIS-Laval, travaux qui permettront de définir un plan des effectifs médicaux de l'Institut pour les différentes spécialités médicales, dont la médecine de famille, afin de répondre toujours mieux à la clientèle de nos missions de soins secondaires et tertiaires. Les dentistes et pharmaciens, qui ne font pas l'objet d'un plan d'effectifs précis, sont au cœur des services médicaux offerts à la clientèle de l'Institut. Au 31 mars 2017, les effectifs de l'Institut se déclinent comme suit.

DÉPARTEMENTS	STATUTS		Total
	Actifs	Associés	
Département d'anesthésiologie	18	1	19
Département multidisciplinaire de cardiologie	53	13	66
Département de chirurgie générale et bariatrique	8	1	9
Département de médecine générale	3	12	15
Département de médecine spécialisée	12	19	31
Département de médecine d'urgence	17	1	18
Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique	28	16	44
Département de pharmacie	24	4	29
Département de psychiatrie	3	1	4
Département d'imagerie médicale	12	7	19
Département des soins intensifs	11	4	15
Département des laboratoires de biologie médicale	11	18	29
Nombre de membres du CMDP de l'Institut	175	90	265

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





AXE – ORGANISATION EFFICIENTE

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

- *Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance. Cible : 2016*
- *Nombre de cadres en équivalent temps complet. Cible : réduction de 1 300 d'ici 2017-2018*

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017

	Nombre	Valeur
Contrats de services auprès de contractants autres qu'une personne physique	38	6 232 192 \$

CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMME-SERVICES			
Exercice terminé le 31 mars 2017 - Non audité	31-03-2017	31-03-2016	Écart
Santé publique	406 426 \$	494 851 \$	(88 425) \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	92 014	100 802	(8 788)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	502 106	728 647	(226 541)
Santé mentale	178 917	128 432	50 485
Santé physique	184 769 021	182 310 584	2 458 437
Administration	11 757 496	13 564 248	(1 806 752)
Soutien aux services	17 193 791	16 628 241	565 550
Gestion des bâtiments et des équipements	17 428 584	17 327 753	100 831
Grand total par programmes-services	232 328 355 \$	231 283 558 \$	1 044 797 \$

GOUVERNANCE ET ENCADREMENT

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

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – UL		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	171 547	0	171 547	93	105
	2015-16	149 947	20	149 967	82	102
	2016-17	147 703	1	147 703	80	90
	Variation	(13,9 %)	0,0 %	(13,9 %)	(13,7 %)	(14,3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	264 164	1 208	265 372	144	189
	2015-16	255 583	1 196	256 779	139	196
	2016-17	217 920	1 611	219 531	118	164
	Variation	(17,5 %)	33,3 %	(17,3 %)	(18,0 %)	(13,2 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 531 080	30 911	1 561 991	808	1 091
	2015-16	1 483 773	39 831	1 523 604	783	1 011
	2016-17	1 482 706	50 399	1 533 106	782	1 033
	Variation	(3,2 %)	63,0 %	(1,8 %)	(3,2 %)	(5,3 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	1 641 378	34 521	1 675 899	905	1 292
	2015-16	1 630 415	39 086	1 669 501	900	1 307
	2016-17	1 632 141	45 721	1 677 862	900	1 294
	Variation	(0,6 %)	32,4 %	0,1 %	(0,5 %)	0,2 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	353 090	2 048	355 137	180	350
	2015-16	348 422	1 816	350 238	177	327
	2016-17	352 956	2 457	355 412	179	313
	Variation	0,0 %	20,0 %	0,1 %	(0,2 %)	(10,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 455	13	10 468	6	28
	2015-16	8 171	4	8 174	5	23
	2016-17	7 744	7	7 751	4	24
	Variation	(25,9 %)	(43,4 %)	(26,0 %)	(25,9 %)	(14,3 %)
Total du personnel	2014-15	3 971 714	68 700	4 040 414	2 136	2 915
	2015-16	3 876 310	81 952	3 958 263	2 084	2 819
	2016-17	3 841 169	100 196	3 941 365	2 065	2 798
	Variation	(3,3 %)	45,8 %	(2,5 %)	(3,3 %)	(4,0 %)

Cible 2016-2017 en heures rémunérées

3 958 263

Écart par rapport à la cible - en heures

(16 898)

La cible qui nous a été allouée par le MSSS a été respectée. Nos variations indiquent une réduction de 2,5 % pour le total d'heures rémunérées, de 3,3 % pour le total des postes équivalents temps complet et de 4,0 % pour le nombre d'individus.

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

- **Pourcentage des établissements ayant mis en place annuellement au moins 10 projets de services cliniques et au moins 5 projets administratifs. Cible : 100 %**
- **Pourcentage des projets réussis. Cible : 70 %**



EFFET-RH

Dans le cadre du développement continu des compétences des gestionnaires de l'organisation, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, la Direction de la performance clinique et organisationnelle ainsi que la Direction des ressources financières et de la logistique ont uni leurs efforts pour offrir un programme de formation axé, entre autres, sur le nouveau système de gestion et sur la gestion des ressources humaines. Sous le thème des trois dernières années, soit « L'EFFET-RH », neuf formations, dont six nouvelles, ont été offertes et ont connu un franc succès. Parmi ces formations, notons la formation *Caucus et station visuelle*, la formation *Politique et procédures d'approvisionnement* et celle qui portait sur les *nouvelles conventions collectives 2016-2020*.



OPTIMISATION DE LA TRAJECTOIRE DE SERVICE EN MÉDECINE NUCLÉAIRE
LA MOBILISATION ET LA RESPONSABILISATION DES RESSOURCES ASSURENT L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DE LA PERFORMANCE

LEAN OPÉRATION BONS COUPS

De gauche à droite : Équipe de projet : Stéven DuFour, Justine St-Onge, Dr Misoel Trotter, bobé Lean Charlotte, bobé Léon Thomas, Nancy Boly, Sandra LaFrance, Paul Lesard et Nathalie Lemay. Absents lors de la photo : Isabelle Rivard - Promotrice du projet / Mireille Ouellet

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Réduction du délai d'attente estimé de 6 mois à 2 semaines pour l'obtention d'un rendez-vous
- Ajout de 7 examens par semaine sans ajout de ressources humaines supplémentaires
- Modification de la technique d'examen du MIBI à l'effort, favorisant le déplacement autonome de l'usager sans le support du Service de brancarderie
- Réalisation en continu des examens grâce à un aménagement 3P, améliorant le flux de travail, la confidentialité et permettant la diminution du délai d'attente pour l'usager durant l'examen

UN DÉFI RELEVÉ EN ÉQUIPE, AU BÉNÉFICE DE TOUS. FÉLICITATIONS!

Témoign ou auteur de bons coups? Ne soyez pas les seuls à en profiter. Partagez-les!
Écrivez-nous à l'adresse suivante : BonsCoups@ssgouvqc.ca
Ou visitez l'intranet dans la section [intranet/bons coups](#)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CANCÉROLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

LABO LAVAL

Entreprise en santé CERTIFIÉE PAR LE ISO 9001

UTILISATION ET GESTION OPTIMALE DU MATÉRIEL DE SOINS
UN PROJET TRANSVERSAL QUI A CRÉÉ UN RÉEL SOUCI POUR LA GESTION DES ESPACES, EN PLUS DE RÉDUIRE LES COÛTS DE LOCATION : **LE PARC CENTRALISÉ**

LEAN OPÉRATION BONS COUPS

De gauche à droite : Bernard Guérin, Patrick Vézic, Myrse Villeneuve, Sébastien Blais, Johanne Houde, Chloé Lefebvre, Hélène Boudreau, Denis Martineau, Erick Plourde, Réjean Couture et Philippe P. Bélanger. Absents lors de la photo : Annie Desrosiers, Chloé Plante, Olivier Pignon, Robitaille, Stéven Boisjoly, Alain Bureau, Stéven Gagnon. Promoteurs du projet : Hélène Lacroix, Françoise Dubé, Nathalie Thibault.

La révision du processus de gestion du matériel de soins en location est un franc succès. Les solutions mises en place par les membres de l'équipe en collaboration avec le personnel auront permis :

- une réduction majeure du délai de nettoyage des thérapies à pression négative de 7 jours à 30 minutes
- une réduction des coûts de location de 90 % (140 000 \$ annuellement) pour les thérapies à pression négative et de 90 % (150 000 \$ annuellement) pour les surtapes thérapeutiques
- une gestion informatisée de plus de 800 items en inventaire (GLPI)
- un accès 24 h au matériel de soins du parc centralisé de matériel

FÉLICITATIONS À TOUS POUR CES EFFORTS QUI ASSURENT UNE MEILLEURE UTILISATION DU MATÉRIEL!

Témoign ou auteur de bons coups? Ne soyez pas les seuls à en profiter. Partagez-les!
Écrivez-nous à l'adresse suivante : BonsCoups@ssgouvqc.ca
Ou visitez l'intranet dans la section [intranet/bons coups](#)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CANCÉROLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

LABO LAVAL

Entreprise en santé CERTIFIÉE PAR LE ISO 9001



PROJETS LEAN *complétés et en voie de réalisation*

SERVICES/SECTEURS	NOM DU PROJET
Recherche universitaire	Processus de gestion financière des projets de recherche (convenance)
Laboratoire d'hématologie	Optimisation de la trajectoire des échantillons au laboratoire d'hématologie
Secteurs cliniques	Processus d'utilisation de matériel de soins à usage unique
Archives médicales	Processus de gestion de la correspondance
Soins infirmiers	Processus de révision des dossiers d'usagers par l'infirmière de nuit
Chirurgie bariatrique	Optimisation de la trajectoire de médecine et de chirurgie bariatrique
Soins infirmiers /	Étudiants et stagiaires
Hygiène et salubrité	Optimisation de la gestion des matelas des lits
Travail social	Optimisation du suivi psychosocial des patients en chirurgie bariatrique
Soins infirmiers	Processus de planification des cardioversions
Pharmacie	Optimisation de la distribution des médicaments à la pharmacie
Échocardiographie	Optimisation du délai de prise en charge des patients en échocardiographie
Audiovisuel	Optimisation du processus de gestion des demandes au Service audiovisuel
Accueil et admission	Optimisation de la saisie des différentes responsabilités de paiement des usagers (perception des revenus)
Laboratoire de biochimie	Processus de planification de la production (3P) pour la réfection du laboratoire de biochimie
Logistique hospitalière	Optimisation de la gestion des chaises roulantes (entretien et disponibilité)
Urgence et unités de soins	Optimisation de la fluidité des activités de transfert des patients en provenance de l'urgence vers les unités de soins
Unités de soins et secteurs	Optimisation de la gestion du matériel de soins (révision des doubles casiers)
Centrale des rendez-vous	Optimisation de l'organisation de la Centrale des rendez-vous dans le contexte de la mise en place de la Centrale de répartition des demandes de services (CRDS intégré)
Ressources humaines	Optimisation du processus d'affectation des infirmières (liste de rappel)
Ressources humaines	Cartographie des processus de l'affectation des employés polyvalents (SCFP)
Buanderie et lingerie	Optimisation de la gestion des uniformes
Recherche universitaire	Processus de planification de la production (3P) pour l'agrandissement du Centre de recherche (secteur animalerie)



ENTENTE DE GESTION

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL

ENTENTE DE GESTION 2016-2017				
INDICATEURS/SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE 2016-2017	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2016-2017	2015-2016	
MAIN-D'ŒUVRE				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et celui des heures travaillées	5,49	5,38	5,39	Le cible est atteinte.
Taux d'heures supplémentaires	2,75	3,54	2,98	Malgré la non-atteinte de la cible, les résultats atteints constituent un tour de force pour nos équipes de gestion dans un contexte d'absence de main-d'œuvre indépendante au sein de l'établissement (à l'exception des agents de sécurité). À cet égard, l'augmentation du volume des activités en chirurgie cardiaque a généré des heures supplémentaires pour le personnel infirmier au bloc opératoire et sur la trajectoire de chirurgie cardiaque. Cette même situation est observée chez les préposés aux bénéficiaires. Une mise à jour des plans d'effectifs va permettre de réduire les écarts observés et fait l'objet d'une démarche d'envergure pour le personnel infirmier.
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,91	0,81	0,78	La cible est atteinte.
SERVICE D'URGENCE				
Séjour moyen sur civière	12 h	13,24 h	12,74 h	La cible est atteinte à près de 90,6 %. L'Institut affiche des taux d'occupation importants de ces lits dans un contexte d'intensification de sa production chirurgicale au cours des derniers 18 mois, tant en chirurgie cardiaque qu'en chirurgie thoracique. De plus, 4 lits ne sont plus disponibles présentement en raison de travaux de rénovation, ce qui réduit la fluidité des trajectoires actuelles. Par conséquent, un chantier organisationnel étoffé (plan d'action de plus de 35 activités) est en cours pour réduire les délais d'accès aux lits sur les étages d'hospitalisation compte tenu que l'analyse poussée de nos données dénote des délais importants entre le moment de l'octroi d'un lit à un patient à l'urgence et le moment de son admission à l'unité de soins. Néanmoins, nous observons que la DMS pour la clientèle non admise et pour le séjour sur civière en pré-demande d'admission s'est améliorée d'approximativement 30 minutes. Un projet LEAN en vue de restreindre ces lacunes est en cours de déploiement dans l'ensemble des unités de soins.
Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	75 %	67,8 %	69,2 %	La cible est atteinte à 90,4 %. Nous avons donc maintenu notre performance observée dans les dernières années. Actuellement, les effectifs médicaux ne permettent pas de mettre en tout temps, le jour et le soir, un deuxième médecin à l'urgence majeure, ce qui cause des délais significatifs lors de périodes de pointe ou lors d'épisodes de réanimation prolongée. Les initiatives en cours dans le plan détaillé de l'urgence vont permettre une transformation des pratiques en cours.
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	70 %	57,3 %	58,3 %	La cible est atteinte à 81,2 %. Un plan d'action est élaboré et devait être mis en action, mais il a été retardé pour prioriser les actions visant à atteindre rapidement les cibles de « zéro 24 h », « DMS de 12 h » et « moins de 100 % d'occupation ».

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL

ENTENTE DE GESTION 2016-2017				
INDICATEURS/SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE 2016-2017	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2016-2017	2015-2016	
ACTIVITÉS CHIRURGICALES				
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours	90 %	85 %	62 %	Bien qu'étant au cumulatif global à 85,3 %, le pourcentage de patients opérés en 28 jours a été corrigé et maintenu au-dessus de 90 % à partir de septembre 2016 à la suite de l'ouverture d'une priorité opératoire additionnelle de chirurgie thoracique, de l'arrivée d'un chirurgien thoracique supplémentaire et d'une modification de la procédure de planification chirurgicale. Près de 99,1 % des usagers avec cancer sont d'ailleurs traités à l'intérieur d'un délai de 56 jours au cumulatif de la P13. Sur une base périodique, le nombre de patients « hors délai » est d'environ 4-6 patients. Dans le contexte de ressources financières et matérielles limitées avec un seul appareil pour conjuguer la TEP oncologique et la TEP cardiaque, notre salle de pilotage permet d'assurer une gestion proactive du dossier, notamment lorsque deux délais restent à être améliorés, soit celui entre la suspicion de cancer du poumon et la référence en spécialité, et celui de l'obtention de l'examen de tomographie par émission de positrons. Malgré des efforts soutenus, l'atteinte de la cible demeura un défi en 2017-2018 en raison de l'accès limité aux plateaux techniques et du temps opératoire alloué. Cependant, la chirurgie oncologique sera parmi les 8 priorités organisationnelles pour l'exercice 2017-2018.
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	100 %	99 %	89,9 %	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	5	0	La cible est presque atteinte en 2016-2017 puisque seulement 5 usagers ont vécu une attente de plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique. Nous avons procédé, au cours de la dernière année, à l'évaluation du cheminement de la demande chirurgicale et avons également révisé le processus de planification chirurgicale.
Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de 1 an - chirurgie en hospitalisation	0	0	0	La cible est atteinte.
IMAGERIE MÉDICALE				
Pourcentage des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	90 %	100 %	100 %	La cible est atteinte.
Pourcentage des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90 %	95 %	98 %	La cible est atteinte
Pourcentage des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	90 %	100 %	98 %	La cible est atteinte
Pourcentage des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomographies	90 %	99 %	97 %	La cible est atteinte

Imagerie médicale, suite page suivante

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL

ENTENTE DE GESTION 2016-2017				
INDICATEURS/SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE 2016-2017	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2016-2017	2015-2016	
Pourcentage des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle électorale en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90 %	68 %	88 %	La cible est atteinte à 76 %. Cependant, cette moyenne globale est fortement affectée à la baisse par les résultats en résonance magnétique cardiaque (C-, C+), examens que nous sommes les seuls à faire régionalement. Les examens de résonance magnétique cardiaque constituent la majorité des examens de résonance magnétique en attente. Il est important de spécifier que dans les 18 derniers mois, le nombre de chirurgies cardiaques a augmenté de près de 20 %, et ce, sur une base hebdomadaire. Le tout a donc eu un impact sur notre capacité de réalisation des examens de résonance magnétique dans les délais prescrits. Durant une période de 6 mois, nous avons fait le remplacement de l'appareil de résonance magnétique. Le nouvel appareil a une séquence plus lente lors de la réalisation des examens, qui réduit le débit, pour une même plage de travail, de 6 à 5 par jour (donc 5 par semaine).
SÉCURITÉ ET CONTRÔLE DES INFECTIONS				
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	100 %	100 %	La cible est atteinte.
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	100 %	100 %	100 %	La cible est atteinte.
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	100 %	100 %	100 %	La cible est atteinte.
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ				
Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	Au moment de la production du présent rapport, il y avait quelques surfaces dont l'entretien n'était pas encore pris en charge : poignées des armoires de doubles-casiers (réapprovisionnement), claviers et souris, et pales des ventilateurs. Nous travaillons actuellement avec la DSI et la DRFL pour terminer l'attribution des responsabilités de désinfection et ainsi éliminer ces zones grises. Par ailleurs, il faut comprendre que la note de 91,67 % est erronée, car il y a plus de 300 surfaces répertoriées dans notre inventaire et seulement 3 sont en traitement, soit 1 % au plus. Puisque le formulaire ne fonctionne qu'en termes d'unités de soins, on a inscrit 11/12 équivalant à 91,67 %. Mais la vraie note est 99 %.

Pour consulter les Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques du chapitre III de l'entente de gestion et d'imputabilité, vous référer à partir de la page 117 située en annexe.

IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES SELON LE FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

- **Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient. Cible : 80 %**

FINANCEMENT AXÉ SUR LA PATIENT

Le financement axé sur le patient est une méthode d'attribution des budgets aux établissements mise de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux selon laquelle les budgets sont alloués en fonction des cas traités. De façon simple, on peut dire que le financement axé sur le patient établit un lien direct entre les soins prodigués et leur financement. Dans le cadre des travaux d'identification de la solution provinciale permettant la reconstruction des « parcours patients » et des coûts par parcours de soins et de services, l'Institut a été l'hôte du banc d'essai du logiciel sélectionné grâce à la présence des expertises en place.

De plus, une démarche structurée de comparaison interétablissements des coûts unitaires (*benchmarking*), touchant l'ensemble des secteurs de notre établissement, sert actuellement aux travaux préparatoires à cette nouvelle approche d'allocation. Il s'agit d'un levier de réflexion sur la performance et l'amélioration continue de l'ensemble des secteurs cliniques et administratifs permettant également une meilleure compréhension des coûts globaux des soins et des services rendus.

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

- **Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques. Cible : 5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2016-2017**

- **Pourcentage des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du Dossier Santé Québec (DSQ). Cible : 100 %**

NOUVELLE BASE DE DONNÉES EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

Suite à un développement informatique qui s'est échelonné sur plus de deux ans et à la retranscription manuelle des données de plus de 6 000 usagers qu'a exigée la création de la nouvelle base de données de la chirurgie bariatrique, celle-ci a vu le jour en avril 2016 où elle est devenue opérationnelle. Le « parcours bariatrique » s'est ainsi ajouté à la plateforme Cristal-Net et permet le suivi à long terme de la clientèle ayant subi une chirurgie de l'obésité à l'Institut. L'outil de suivi poursuit son développement, et à terme, il permettra de communiquer de l'information aux médecins de famille des usagers et d'extraire des données à des fins de recherche clinique.





et des cliniciens des établissements de santé et de services sociaux de la grande région de Québec, dont l'Institut, ainsi que leurs partenaires (Université Laval, centres de recherche, entreprises et milieu municipal) ont notamment participé à des activités préparatoires en vue du développement d'un projet concret et structurant, soit **le projet de plateforme collaborative de recherche et d'intervention en santé durable**. À terme, cette plateforme collaborative deviendra un puissant outil de création de savoir et d'aide à la décision pour les chercheurs, les décideurs et la population.

ALLIANCE SANTÉ QUÉBEC (AsQ)

L'année 2016-2017 a marqué le déploiement d'actions stratégiques pour informer et mobiliser des acteurs clés de l'écosystème de la recherche et de l'innovation de la grande région de Québec autour d'un concept rassembleur : *la santé durable*. À cet égard, des gestionnaires, des chercheurs



SYMPOSIUM DES INFIRMIÈRES EN CHIRURGIE THORACIQUE

Le 22 octobre 2016 s'est déroulé le premier *Symposium des infirmières en chirurgie thoracique*, qui avait pour objectif d'offrir une formation en chirurgie thoracique de qualité et accréditée à l'intention des infirmières. Cent soixante-dix participants provenant de diverses professions en santé (infirmières auxiliaires, infirmières, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, gestionnaires en santé et médecins) y ont participé.

L'événement a contribué à faire rayonner l'Institut, et plus particulièrement ses équipes de chirurgie thoracique, à l'échelle de la province. Le podium a vu défiler des chirurgiens thoraciques, des oto-rhino-laryngologistes (ORL), des infirmières et infirmiers des cliniques externes et des soins intensifs, ainsi qu'une orthophoniste. Deux présentations effectuées par des représentantes de la Société canadienne du cancer et du Centre de soins de jour de la Maison Michel-Sarazin ont suscité un vif intérêt.





NOTORIÉTÉ ET RAYONNEMENT

La notoriété d'une organisation et son rayonnement dans l'espace public passent, entre autres, par une image corporative forte. L'établissement doit se distinguer en faisant valoir ses spécificités ainsi que la compétence de son personnel, de ses médecins et de ses chercheurs pour rehausser son rayonnement.

Grâce à sa notoriété acquise au cours des 99 dernières années, à ses services ultraspecialisés et à son caractère suprarégional, l'Institut est un centre hospitalier d'envergure, reconnu non seulement au Québec mais aussi sur la scène nationale et internationale. C'est un établissement de santé bien implanté dans la communauté sociale et économique de sa région. Bien que sa réputation ne soit plus à faire, il est primordial de maintenir son image de marque, d'abord par souci de transparence en faisant connaître à la population l'expertise et le savoir de haut niveau qui s'y trouvent, et également pour élargir ses horizons. Ce souci de parfaire son image est primordial puisqu'il permet d'accroître sa visibilité et sa crédibilité auprès de ses clientèles, de ses partenaires et de ses subventionnaires.

ACTIVITÉS MÉDIATIQUES

Dans cette optique, les activités médiatiques augmentent le rayonnement de l'organisation et de sa grande expertise, reflétant également son souci d'être au service de la communauté. Grâce aux médias sociaux, l'Institut est plus que jamais un centre attractif pour de nouvelles recrues et stimulant pour son personnel. Afin de démontrer, notamment, le leadership

et les pratiques médicales novatrices exercés par notre institut, plusieurs activités médiatiques ont été organisées en cours d'année. En voici quelques-unes.

- L'Institut est agréé « avec mention » par Agrément Canada
- Percée scientifique sur l'aspect génétique des maladies cardiovasculaires
- L'excellence de la cardiologie à l'Institut reconnue à l'échelle internationale
- Les établissements de santé de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches unissent leur force pour améliorer l'offre alimentaire à la clientèle
- L'Institut : leader mondial en santé cardiorespiratoire
- D^r Denis Richard, lauréat du prestigieux prix Armand-Frappier
- L'Institut avise ses patients opérés pour une intervention chirurgicale cardiaque, entre le 1^{er} novembre 2011 et le 28 octobre 2016, d'un faible risque d'infection
- D^r Jean-Pierre Després, récipiendaire du Prix d'excellence en recherche de la Société canadienne de cardiologie
- Déconstruction du pavillon Rousseau
- Un pas vers la prévention de la mort subite inexpliquée d'origine cardiaque
- Lancement du projet événementiel « Ça marche Doc! »

- Nouvelle étude d'envergure en cardiologie interventionnelle sur la survenue d'une endocardite suite à un remplacement valvulaire aortique par cathéter
- Nouvel ouvrage sur la taxation des boissons sucrées : analyse de sa pertinence dans une perspective canadienne
- 2^e édition du Congrès de chirurgie thoracique de Québec : innovation et nouvelles technologies pour le traitement du cancer du poumon
- Création de la Chaire d'excellence en recherche du Canada, la première chaire au monde à se consacrer à l'étude intégrée du microbiome intestinal
- Lancement de deux ouvrages de la collection « Le patient expert » : pour une participation active dans la prise en charge de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique
- Les ministres Barrette et Charlebois dévoilent les lauréats des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux : une mention d'honneur pour l'Institut
- Le Baromètre mondial des ventes de boissons sucrées de la Chaire internationale sur le risque cardiometabolique (ICCR) met en évidence des différences marquées à travers le monde
- Congrès international en chirurgie bariatrique : l'expertise de l'Institut contribue à l'avancée médicale!
- Inauguration de la phase IV d'agrandissement du Centre de recherche et lancement de la Chaire de recherche et d'innovation en imagerie cardiovasculaire
- Percée majeure dans la lutte contre la bactérie C. difficile : une équipe de l'Institut réalise une première mondiale!
- Implantation de plus de 50 cœurs mécaniques : une performance remarquable de l'équipe de cardiologie de l'Institut!
- Contribution exceptionnelle à la recherche en cardiologie interventionnelle : l'Institut confirme son expertise dans le traitement des maladies cardiaques
- Lancement de l'ouvrage Comment faire mieux? – L'expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité : 50 pistes d'actions pour améliorer la santé de la population
- Prévention des maladies cardiovasculaires chez des hommes de 55 ans et plus et des femmes de 65 ans et plus : l'Institut collabore à une nouvelle étude internationale majeure.



SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Interrogés au moyen d'un **sondage** qui leur a été expédié à la suite de leur hospitalisation, **2 623 usagers** ont fait connaître leur opinion sur la qualité des soins et des services reçus lors de leur séjour à l'Institut entre le 1^{er} février 2016 et le 1^{er} février 2017. Globalement, il en est ressorti que la clientèle hospitalisée est satisfaite des services reçus, le **taux de satisfaction exprimé atteignant 89 %**. L'analyse des résultats a également permis d'identifier des *objectifs d'amélioration pour la prochaine année*. Vous pouvez consulter le rapport complet sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet « Institut », section « Qualité et performance », rubrique « Sondage de satisfaction de la clientèle ».



AFFAIRES UNIVERSITAIRES

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

Unique au Canada, le Centre de recherche de l'Institut regroupe sous un même toit des axes de recherche en cardiologie, en pneumologie et en obésité-métabolisme, trois 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.

Mission

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

Vision

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

Infrastructures de recherche

Dans le cadre du programme du Fonds d'investissement stratégique innovant (FIS), lancé par le gouvernement du Canada en avril 2016, le Centre de recherche s'est vu attribuer

une importante subvention qui permettra la **construction de nouveaux espaces de recherche (3 200 m²)** à l'Institut. Ce projet permettra l'expansion des activités de recherche en constituant un puissant incitatif de rétention et de recrutement de chercheurs exceptionnels, une composante essentielle au développement et au maintien de l'excellence et de la compétitivité internationale de l'IUCPQ-UL. Cet agrandissement permettra notamment d'accueillir le titulaire de la Chaire d'excellence en recherche du Canada sur l'axe microbiome-endocannabinoïdome dans la santé métabolique ainsi que son équipe, première chaire au monde à se consacrer à l'étude du microbiote intestinal, notamment à ses altérations, à son influence sur l'inflammation liée à l'obésité et à son lien avec l'apparition du diabète de type 2 et des maladies cardiométaboliques. Il est prévu que les travaux de construction soient en grande partie réalisés au cours de la prochaine année.



Crédit photo :
CHU de Québec-Université Laval.
De gauche à droite :
D^{rs} Aida Bairam, Jorge Soliz,
Vincent Joseph et Richard Kinkead

Quatre nouveaux chercheurs se joignent au Centre de recherche de l'Institut

Parmi les plus productifs au monde, les chercheurs de l'Institut exercent leurs activités en recherche fondamentale et clinique. Au cours de la dernière année, le Centre

a eu le plaisir d'accueillir de nouvelles équipes de recherche sous l'axe de la pneumologie, soit **les D^{rs} Aida Bairam, Vincent Joseph, Richard Kinkead et Jorge Soliz**, accompagnés de leurs équipes composées de professionnels de recherche et d'étudiants aux cycles supérieurs. Ils ont pu intégrer les nouveaux laboratoires du pavillon de recherche fondamentale. Ces chercheurs travailleront plus spécifiquement sous la thématique de recherche des *troubles du sommeil*. En plus de ces nouveaux chercheurs, **dix nouveaux médecins de l'Institut** ont débuté leur *programmation de recherche* au cours de la dernière année.

Les Journées scientifiques de la recherche : un rendez-vous remarquable!

Les 2 et 3 juin 2016, le Centre de recherche a tenu la **26^e édition de ses Journées scientifiques** à l'Université Laval. Cet événement annuel offre aux étudiants et aux professionnels de recherche l'occasion de faire connaître leurs travaux à la communauté. Au total, ce sont 94 présentations, dont 32 orales et 62 par affiches qui ont été effectuées.

Le Prix du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) pour la meilleure présentation orale a été décerné à **Blandine Secco, étudiante au doctorat sous la direction du D^r Mathieu Laplante**, pour sa présentation intitulée « Identification et caractérisation d'EMPRD, un nouveau gène impliqué dans l'adipogénèse ».

Distribution des stages

Les prochains tableaux donnent une vision de la diversité des stages effectués à l'Institut.

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

L'enseignement faisant partie intégrante de sa mission universitaire, l'Institut reçoit chaque année un nombre important de stagiaires. Ceux-ci proviennent non seulement des disciplines de la santé, mais aussi de plusieurs corps de métiers essentiels au bon fonctionnement d'une installation d'envergure.

La majorité des activités d'enseignement est régie par la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU). En plus des activités de stages en milieux cliniques, une bibliothèque ainsi qu'un service audiovisuel viennent appuyer la mission d'enseignement de l'Institut.

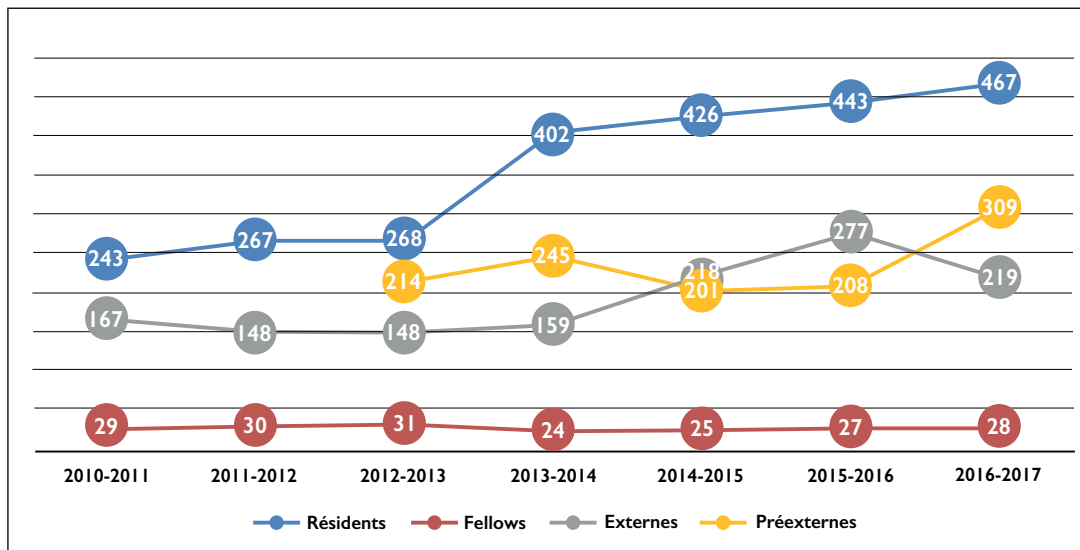
Mission

La mission de la DEAU est d'assurer la qualité de l'enseignement dispensé à l'ensemble des stagiaires. Son rôle consiste à coordonner les stages et à en assurer une gestion efficiente.

Vision

Sa vision est d'être un partenaire de choix, à la fine pointe des connaissances et de la technologie, de rayonner comme milieu d'enseignement, de retenir et d'attirer des personnes engagées et reconnues pour leur expertise.

NOMBRE D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE



MONITEURS CLINIQUES				
	Médecins		Mois-stages	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Cardiologie	19	19	151	189
Chirurgie cardiaque	5	4	58	52
Chirurgie générale	2	2	12	14
Chirurgie thoracique	2	2	20	15
TOTAL	28	27	241	270

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE								
	Résidents		Mois-stages		Externes		Mois-stages	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Anesthésiologie	12	15	35	36	0	1	0	0,75
Cardiologie	80	78	216	190	21	38	21	36,75
Chirurgie cardiaque	6	7	25	35	14	23	14	21,75
Chirurgie générale	7	6	21	19	21	27	32,25	40,75
Chirurgie thoracique	11	12	24	28	6	4	5	4
Gériatrie	17	17	18	18	38	43	58,5	66,75
Infectiologie	1	2	1	2	0	0	0	0
Médecine familiale	29	30	137	133	0	0	0	0
Médecine interne	116	91	166	136	37	44	56,75	67,5
Médecine nucléaire	1	1	1	1	0	1	0	0,5
Pathologie	12	13	35	33	1	5	1	5
Pneumologie	81	87	169	207	22	27	23	26,5
Psychiatrie	4	3	11	8	0	0	0	0
Radiologie diagnostique	40	36	69	66	42	42	26	27,5
Recherche	0	0	0	0	3	1	3	0,75
Soins intensifs chirurgie cardiaque	5	1	6	1	2	5	2	5,5
Soins palliatifs	0	0	0	0	0	0	0	0
Urgence	45	44	47	48	12	16	12	17,5
TOTAL	467	443	981	961	219	277	254,5	321,5

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

ÉTUDIANTS DE 2^E ET 3^E EN MÉDECINE – INTRODUCTION À L'EXTERNAT

	2016-2017	2015-2016
Étudiants	35	38
Jours-présence	309	334

AUTRES STAGES – ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

	Étudiants		Jours-stages	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Médecine dentaire UL	2	0	45	0
Stages cliniques d'été UL	33	15	286,5	67,5
Stages d'observation UL	163	143	81,5	71,5
Stages d'observation médecins	14	6	438	254
Étudiants hors réseau (externat)	4	6	69	144
TOTAL	216	170	920	537

STAGIAIRES UNIVERSITAIRES

	Stagiaires		Jours-stages	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Administration	1	1	64	52
Communication	2	0	52	0
Ergonomie	0	1	0	36
Ergothérapie	14	17	179	132
Kinésiologie	13	19	234	359
Médecine dentaire	5	11	5	11
Nutrition	33	49	875	1 445
Pharmacie	86	93	2 035	2 324
Physiothérapie	15	16	242	267
Psychologie organisationnelle	1	0	43	0
Relations industrielles	1	0	25	0
Sciences infirmières	212	222	2 330	2 514
Sciences religieuses	1	0	51	0
Service social	0	4	0	144
TOTAL	384	433	6 135	7 284

STAGIAIRES DE NIVEAU COLLÉGIAL

	Stagiaires		Jours-stages	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Archives médicales	2	2	55	100
Génie biomédical	0	1	0	54
Prévention et contrôle des incendies	0	1	0	4
Retraitement des dispositifs médicaux	28	1	135	25
Soins infirmiers	635	648	8699	8217
Techniques d'analyses biomédicales	36	32	1123	2139
Techniques d'électrophysiologie	37	33	454	344
Techniques d'inhalothérapie	57	99	956	2194
Techniques de la logistique de transport	1	0	17	0
Techniques de réadaptation physique	1	0	35	0
Techniques en bureautique	3	2	52	65
Techniques en comptabilité et gestion	1	0	30	0
Techniques en diététique	1	3	33	67
Techniques en documentation	1	0	20	0
Technologie de radiodiagnostic	25	36	966	1270
TOTAL	828	858	12575	14479

STAGIAIRES DE NIVEAU SECONDAIRE

	Stagiaires		Jours-stages	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Assistance à la personne en établissement de santé	37	58	383	619
Assistant technique en pharmacie	6	8	85	117
Entretien de bâtiment	2	0	40	0
Hygiène et salubrité	5	3	75	45
Massothérapie	1	0	35	0
Santé, assistance et soins infirmiers	24	18	364	276
Secrétariat et secrétariat médical	24	34	494	663
TOTAL	99	121	1476	1720

ORIENTATION CARRIÈRE

	Stages d'un jour	
	2016-2017	2015-2016
Stagiaires	56	61
Jours-présence	48,5	57

Allocation de l'enveloppe budgétaire régionale destinée à soutenir l'organisation du réseau universitaire

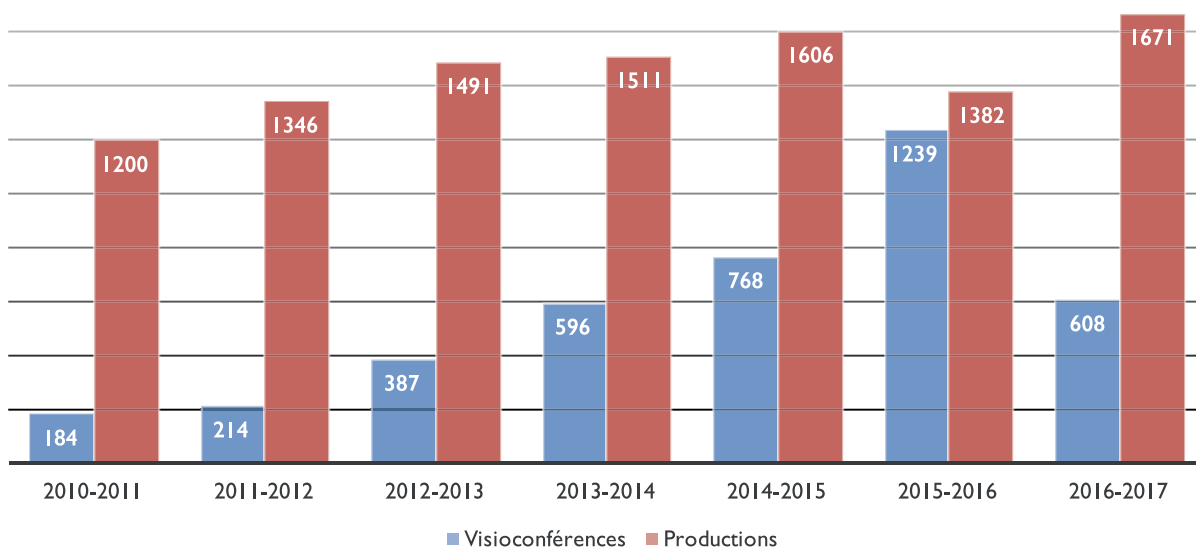
L'allocation régionale a permis :

- d'installer une caméra IP pour observation directe des résidents en consultation externe;
- de réaménager la salle d'enseignement au 6^e pavillon Central soins intensifs;
- d'installer du matériel audiovisuel dans la salle C-6514 au 6^e pavillon Central;
- de doter la salle d'enseignement de chirurgie bariatrique de matériel pour visioconférences;
- d'acquérir 2 mannequins de simulation pour l'urgence;
- d'acquérir une base de lit pour une chambre de garde des résidents;
- d'acquérir un moniteur avec support et câblage pour un simulateur d'échographie cardiaque;
- de contribuer à l'aménagement de 8 chambres de garde pour les résidents;
- de doter plusieurs locaux d'enseignement de postes informatiques.

Bilan du Service audiovisuel

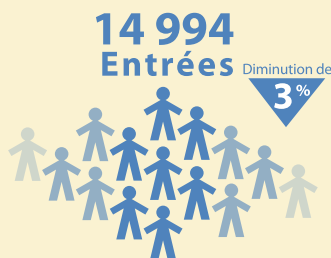
Le Service audiovisuel offre la création de documents d'enseignement imprimés, photographiques et vidéo. Il coordonne aussi les activités de vidéoconférences, en collaboration avec la Direction des services professionnels.

PRODUCTIONS AUDIOVISUELLES

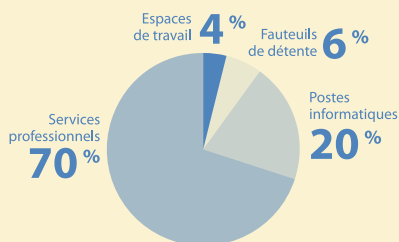


La production documentaire s'est accrue en 2016-2017 tandis que les activités de visioconférences ont significativement diminué.

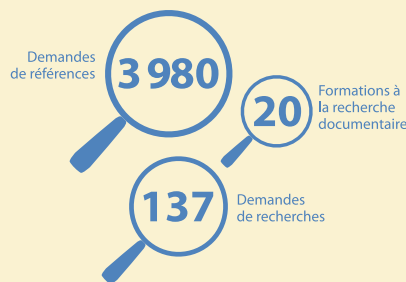
Bilan de la bibliothèque des sciences de la santé



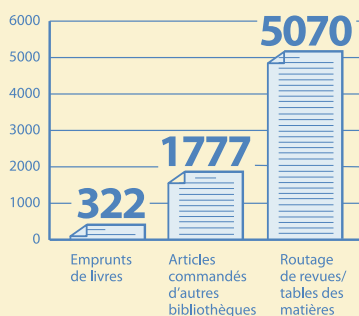
Raisons de fréquentation



Services professionnels rendus

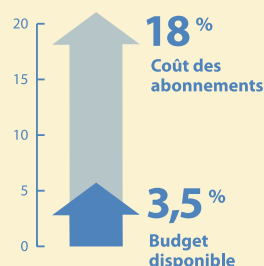


Utilisation des ressources documentaires



Situation budgétaire

Augmentation moyenne des trois dernières années



PRIX ET DISTINCTIONS

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

D^r Laurent Biertho

Élu à titre de président de l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques

D^r Simon Biron

Lauréat du Cercle des ambassadeurs de Québec

D^r Jean Bussièrès

Prix d'excellence en enseignement clinique 2017

D^r Gilles R. Dagenais

Prix Recherche au Gala reconnaissance de l'Institut

D^r Jean-Pierre Després

Prix d'excellence en recherche de la Société canadienne de cardiologie

D^{re} Anne Moreau

Prix d'excellence - Contribution à l'enseignement de la médecine de famille décerné par le Collège québécois des médecins de famille

D^r Philippe Pibarot

Nommé Docteur *honoris causa* de l'Université de Liège

D^r Denis Richard

Prix Armand-Frappier
Lauréat d'un prix Pythagore de l'Université du Québec à Trois-Rivières
Nommé Grand Québécois, secteur de la santé, de l'Académie des Grands Québécois

D^{re} Elena Timofeeva

Prix Jacques-Leblanc de l'Association des chercheuses et chercheurs étudiant à la Faculté de médecine de l'Université Laval

D^r Sylvain Trahan

Prix d'excellence de l'enseignement de l'Institut

D^r Angelo Tremblay

Prix *CNS Volunteer Leadership* de la Société canadienne de nutrition

TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE

LE 17 MARS 2017

Monsieur Denis Bouchard, PDG

Quelques mots pour vous faire part de la compétence, de la gentillesse et de l'humanisme que votre personnel m'a manifestés le 22 mars 2017 où j'ai dû subir une **chirurgie**. À partir de l'urgence jusqu'à mon départ, les infirmières, les préposés dans tous les services ont eu une conduite irréprochable. Je me dois de leur manifester mes remerciements. Deux chirurgiens qui, par leur compétence, m'ont permis de retourner à la maison le lendemain de la chirurgie; ce sont :

- D^r Frédéric Hould, qui a pris toutes les décisions le vendredi matin pour que le tout soit fait dans la journée.
Un grand homme, au sourire facile;
- D^r Simon Marceau m'a impressionné à plusieurs niveaux, un chirurgien hors pair qui par sa compétence a fait qu'à mon retour à la maison, je n'ai senti aucune douleur. Sa bonne humeur m'impressionne.

Avec des médecins et du personnel de cette compétence, notre système de santé est entre bonnes mains. J'ai fait 14 ans de bénévolat comme membre du conseil d'administration du CHAUQ.

Jean-Claude Thibault

LE 7 FÉVRIER 2017

Permettez-moi de vous témoigner ma très grande satisfaction du service reçu aujourd'hui en **consultation externe** à l'Hôpital Laval (IUCPQ-UL). Toutes les personnes côtoyées ont été d'un service impeccable, efficace et courtois (avec le sourire en prime dans bien des cas), que ce soit :

- la préposée aux renseignements à l'accueil;
- les préposées au ménage croisées dans le corridor;
- la préposée à l'accueil pour les électros;
- la technologue à l'électro (beau sens de l'humour);



- le cardiologue (belle écoute et grande gentillesse);
- la préposée à l'admission pour refaire ma carte de l'hôpital.

Bref, un service hors pair, et avec le respect des heures fixées pour l'électro et le rendez-vous avec le cardiologue. On sent un très beau travail d'équipe chez tout le personnel. Bravo! Et un grand merci.

Yvon Bouchard, Lévis

FÉVRIER 2017

Quand la maladie et sa fatalité affligent un être cher, il est très difficile d'accepter de le laisser partir... C'est donc empreint d'une profonde reconnaissance que nous tenions à remercier toute l'équipe des soins palliatifs. Vos soins et gestes, vos paroles, vos sourires furent un baume pour nous, la famille de M. Carol Bellavance. Notre court passage à votre unité fut chaleureux, réconfortant et combien rassurant grâce à votre professionnalisme et votre empathie!

Encore une fois, mille mercis et bonne continuité dans cette belle mission que sont les soins palliatifs! Salutations particulières à Nadine, Anne-Catherine, Guylaine et Janie, ainsi qu'aux D^{res} Lemay et Cayer.

De la famille Bellavance

QUÉBEC, LE 26 JANVIER 2017

À l'attention de la docteure Joanne Provencher
Département de médecine d'urgence

J'aimerais vous faire part de toute ma gratitude et vous remercier sincèrement suite à la gestion que vous avez faite de mon dossier lors de mon hospitalisation à l'urgence, le 23 janvier dernier. Lundi le 23 janvier, mon médecin de famille m'a référé à l'urgence de l'IUCPQ afin que je sois évalué pour une possible pierre aux reins (historique médical). J'ai rencontré un premier médecin qui m'a posé les questions d'usage et qui a proposé que je sois admis à l'urgence afin d'évaluer mon dossier. J'ai eu des prises de sang et passé un taco afin de vérifier si la pierre aux reins était bien la cause de mes douleurs dans le côté gauche de mon corps. C'est vous qui avez eu la tâche de me donner les résultats de mes examens, car le médecin qui devait le faire n'avait pas eu le temps avant de finir son quart de travail. Vous m'avez alors appris qu'il n'y avait aucune présence de pierre, donc rien dans les examens qui pouvait donner réponse à mes douleurs. De plus, mes douleurs avaient presque totalement disparu suite aux calmants. Donc, pas évident de trouver la cause.

Mais vous n'étiez pas satisfaite et vous m'avez posé plusieurs autres questions afin de voir un peu plus clair dans mon dossier. Vous m'avez alors dit que vous ne pouviez me laisser sortir ainsi et que vous iriez un peu plus loin dans les recherches. Vous avez alors décidé de me faire passer d'autres tests sanguins. Lorsque vous avez eu les résultats, vous êtes venue me voir pour me dire que les tests sanguins démontraient « la possibilité » qu'il y ait quelque chose d'anormal. Vous m'avez alors dit que je passerais une scintigraphie le lendemain. Lorsque le médecin de garde de l'urgence est venu me voir avec les résultats, le lendemain, il m'a annoncé que j'avais fait une embolie pulmonaire aux deux poumons. N'eût été de votre acharnement à trouver la cause, de votre écoute et de votre professionnalisme, j'aurais possiblement quitté l'hôpital sans savoir ce que j'avais. Cela aurait pu avoir un impact significatif sur ma santé à court, moyen ou long terme.

Malheureusement, je n'ai pas eu l'occasion de vous revoir avant de quitter l'hôpital pour vous faire part de vive voix du contenu de la présente lettre. Je suis certain que vous ne m'avez pas traité différemment des autres patients que vous rencontrez. Votre façon de faire doit faire partie intégrante de vos valeurs en tant que professionnelle de la santé. C'est ce que j'ai trouvé admirable en vous.

Avec toute ma reconnaissance,

Adrien Royer, Québec

LE 26 JANVIER 2017

Je me suis fait opérer le 17 janvier 2017 par le D^r Stéphane Lebel. Je tiens à le remercier, **lui et l'équipe du 2^e Notre-Dame**, malgré tout le travail qui n'arrêtait jamais. Les gens sont extrêmement, extraordinairement très gentils, compréhensifs. Je tenais à le dire haut et fort : une excellente équipe. Merci!

Esther Richard

LE 10 JANVIER 2017

J'aimerais exprimer mon appréciation concernant le **Programme de réadaptation du PPMC** que vous m'avez offert suite à ma chirurgie en juin dernier. Grâce à la compétence et au professionnalisme des deux kinésiothérapeutes, Patrick Maranda et Jimmy Durette, j'ai été très bien guidée dans la reprise de mon entraînement et de mes activités. Après une chirurgie aussi majeure, je me sentais très faible, insécure, donc très vulnérable. Ce programme d'aide m'a sécurisée et aidée à reprendre confiance en mes capacités.

Pour moi, un « excellent » sur toute la ligne. Merci.

Gracieuse Henry

BONAVENTURE (GASPÉSIE), 20 DÉCEMBRE 2016

Au mois d'octobre, j'ai été hospitalisé à votre institution pour une **opération à cœur ouvert qui a nécessité trois pontages**. C'était une première opération pour moi. Je veux, par la présente, vous signaler à quel point je suis satisfait du service que j'ai obtenu à votre institution à tous les niveaux, tout a été impeccable.

Je devais passer simplement une coronarographie, mais les résultats n'étant pas beaux, le D^r Louis Roy m'a bien expliqué l'état de ma situation et il a été très compréhensif avec moi. Je recevais un diagnostic auquel je ne m'attendais pas du tout, ce qui fut tout un choc. De retour à l'étage (au 2^e), toutes les infirmières, dont malheureusement je ne me rappelle pas tous les noms – mais je me souviens très bien cependant d'Annie, qui était mon infirmière – ont été extrêmement gentilles, empathiques et compréhensives, de même que les préposés, entre autres Diane.

Mon chirurgien était le D^r Richard Baillot et il a bien pris le temps de m'expliquer l'opération. Le suivi préopératoire était assuré par le D^r Bernard Noël qui répondait patiemment à nos questions. Après l'opération, de passage aux soins intensifs, je veux prendre le temps de remercier les infirmières Valérie, Joëlle et Mélanie, ainsi que les préposés Annie et Denis. Au 3^e étage, après les soins intensifs, j'ai été confié aux bons soins de Catherine, Émilie, François et Véronique, tous plus aimables les uns que les autres. Ensuite, j'ai été transféré au 6^e étage, et là encore, le personnel, Karen, Cécilia, Justine, Marie-Josée, Pierre-Luc et Vanessa, a été

extrêmement avenant. Je veux aussi remercier l'IPS, M^{me} Julie-Anne Boutin, qui est une personne très gentille, professionnelle et très compétente. Et que dire de mon départ où le D^r Baillot vient me saluer. On prend même le soin de me donner un petit lunch pour la route. Quand on dit « être traité aux petits oignons »! Vous avez un personnel qui est très dévoué à son travail, qui a à cœur le bien de ses patients, qui est patient et toujours aimable. Bravo à toute l'équipe!

Philippe Beaubien

DÉCEMBRE 2016

Au personnel de l'oncologie

Vos patients sont tous très malades. Certains n'ont plus que peu de temps à vivre. Pourtant, quand ils sont ici, avec vous en oncologie, ils semblent très heureux. L'explication de ce paradoxe, c'est vous : votre joie de vivre, votre énergie, votre compétence sécurisent tout le monde et réconfortent même les plus mal en point.

Un gros merci pour l'excellent travail de toute l'équipe d'oncologie de l'hôpital Laval (IUCPQ-UL). Mon épouse se joint à moi pour vous dire MERCI! Et sucrivez-vous le bec!

Réjean Lafleur

ST-AUGUSTIN-DE-DESMAURES, LE 6 NOVEMBRE 2016

Je vais vous résumer très rapidement ce qui m'amène à féliciter et remercier toutes les personnes dont les noms apparaissent à la fin de cette lettre. J'ai été opérée en **chirurgie thoracique** en janvier et en **chirurgie cardiaque** en mai 2016. Je ne veux pas raconter tout ce qui s'est passé, tout étant inscrit dans mon dossier, mais je tiens à féliciter et remercier très sincèrement toutes les personnes professionnelles, compétentes et remplies d'empathie qui ont été placées sur ma route. J'espère n'avoir oublié personne. Si cela était possible, j'aimerais que chacune de ces personnes reçoive une lettre de remerciement et de félicitations. C'est grâce à elles que j'ai pu retrouver une qualité de vie aujourd'hui. Merci sincèrement pour les services exceptionnels que nous recevons à l'IUCPQ ce qui en fait un institut de renommée internationale.

De plus, mon mari a subi une intervention cardiaque en novembre 2016. Alors vous imaginez comment on peut se sentir en sécurité en voyant comment j'ai été soignée d'une façon absolument exceptionnelle. On peut dire que la confiance règne et que c'est très précieux pour nous. Nous fréquentons également le **PPMC** depuis une douzaine d'années ce qui est absolument extraordinaire.

En guise de remerciement, un don sera fait à votre Fondation. Merci encore pour tout.

■ M^{me} Mariette Veillette, secrétaire, D^r Louis-Philippe Boulet, pneumologue en oncologie, M^{me} Line Ringuette, infirmière à la clinique d'asthme, M^{me} Dominique Léveillé, assistante-chef en oncologie pulmonaire, M^{me} Nathalie Lemay, médecine nucléaire, D^{re} Yves Lacasse, pneumologue en oncologie, D^r Paula A. Ugalde, chirurgienne thoracique, D^r Frédéric Nicodème, chirurgie thoracique, D^r Michel Bussières, chirurgien en ORL, D^{re} Michelle Robitaille, cardiologue, D^r François Dagenais, chirurgien cardiaque, M^{me} Marie-Hélène Lévesque, radiologiste, M^{me} Mélanie Cantin, nutritionniste, M^{me} Sonia Bérubé, infirmière en cardiologie, M^{me} Judith Thibodeau, infirmière en cardiologie, M^{me} Johanne Frenette, secrétaire de D^r Michelle Robitaille, M^{me} Johanne St-Pierre, ergothérapeute, M^{me} Marie-Pierre Demers, orthophoniste, M^{me} Nancy Montreuil, secrétaire en chirurgie thoracique, M^{me} Anne-Marie Bezeau, infirmière au PPMC, tous les employés du PPMC qui sont absolument extraordinaires, M. Hugo Tremblay, personnel de l'étude TRICUSPID, M^{me} Nathalie Gagné, personnel de l'étude TRICUSPID, ainsi qu'à tout le personnel qui s'est occupé de moi et de mon conjoint.

Micheline Gameau et Jacques Latulippe

ST-AUGUSTIN, LE 14 SEPTEMBRE 2016

Au personnel de la 7^e médecine interne

Un gros merci à tout le personnel infirmier, préposées, etc. pour les très bons soins prodigués à Laurent Piché lors de son hospitalisation dernièrement (du 4 au 9 septembre). Chapeau! Vous êtes formidables.

Laurent Piché et son épouse Francine

QUÉBEC, DU 19 AU 24 MARS 2016

Au personnel de l'urgence, et en particulier du septième étage

Je veux vous témoigner toute ma gratitude. Un merci tout spécial au docteur Isabelle Labonté, médecin interne, et à toute son équipe. Les soins que j'ai reçus durant ce séjour furent d'une grande générosité, d'écoute, d'attention, tout ceci pour me sécuriser et être en pleine confiance. Un personnel plus que professionnel.

Les deux personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce séjour, mes deux sœurs, Denise et Lise, se joignent à moi pour remercier tout ce beau monde. Elles ont été très touchées, elles aussi, par l'accueil de la part de chaque personne du personnel qui se sont occupées de moi. Merci encore de tout cœur.

Jeannine Lambert

ÉTATS FINANCIERS

Les états financiers de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval ont été complétés par la Direction des ressources financières et de la logistique qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de l'Institut reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton, dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



M. Denis Bouchard
Président-directeur général



M^{me} Sylvie Thibeault
Directrice des ressources financières et
de la logistique

Les états financiers se trouvent à la page 101.



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

FONDATION IUCPQ

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION



Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les quatre principales maladies responsables de 63 % de tous les décès dans le monde sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques. Ces grandes maladies sociétales, qui affectent la moitié de la population canadienne, font partie des trois grands axes de traitement à l'Institut. Les besoins sont donc grands pour soigner la population aux prises avec ces maladies et nous avons la chance d'avoir en nos murs une fondation bien établie pour soutenir la mission de l'Institut.

Mon équipe et moi travaillons activement et efficacement afin de nous assurer que les sommes recueillies auprès de nos précieux donateurs et partenaires soient bien investies. D'ailleurs, nous sommes heureux d'annoncer qu'en **2016-2017**, sur chaque dollar amassé, 83 cents étaient retournées à la mission de l'établissement, et c'est avec fierté et satisfaction que **la Fondation a pu remettre plus de 2,5 M\$ à l'Institut**. Cela a permis notamment de contribuer à la réalisation d'importants projets lors de la première campagne majeure, de financer l'achat d'équipements spécialisés, en plus de soutenir l'enseignement et la recherche au bénéfice de toute la population du centre et de l'est du Québec. Ce sont des réalisations concrètes qui ont eu un impact direct sur les soins prodigués à nos usagers.

J'aimerais également souligner la grande collaboration de la Direction générale, des médecins, du Centre de recherche et du personnel de l'Institut pour leur disponibilité et leur dévouement auprès de notre Fondation. De plus, au nom de toute mon équipe, je tiens à les féliciter pour l'extraordinaire note de 96,8 % octroyée par Agrément Canada lors de sa dernière visite. C'est un honneur et une fierté de travailler au service d'un centre d'excellence reconnu pour la grande qualité de ses soins, mais aussi pour le professionnalisme hors pair de ses médecins, de ses infirmières, de ses bénévoles et de tout son personnel passionné et dévoué pour la même cause. Ensemble, nous sommes tournés vers l'avenir avec une vision commune, soit celle d'améliorer les soins aux patients et, ultimement, de donner une deuxième vie à des milliers de personnes!

Merci de votre soutien!

Josée Giguère
Directrice générale

FAITS SAILLANTS

SOIRÉE AU CŒUR DE VOS PASSIONS – 10 JUIN

- 13^e édition de l'événement *Au cœur de vos passions* présenté par RBC Banque Royale
- Sous la présidence d'honneur de M. Martin Thibodeau, président, direction du Québec, RBC Banque Royale
- Une soirée rassemblant de généreux donateurs, des dignitaires et des partenaires provenant des milieux d'affaires ainsi que des médecins et chercheurs de l'Institut
- Près de 550 invités ont vécu une expérience épicurienne unique, rehaussée par la musique du groupe *The Lost Fingers*
- Soirée de dégustation de vins de prestige au Centre des congrès de Québec qui a permis de recueillir une somme **237 000 \$** en profits nets

DÉFI ENTREPRISES – 12 JUIN



- La Fondation IUCPQ est l'organisme bénéficiaire officiel des dons amassés lors du Défi Entreprises
- La 6^e édition du Défi Entreprises s'est déroulée sur le site d'ExpoCité
- L'événement fut un grand succès avec plus de 8 500 participants
- C'est une somme totale de **29 000 \$** qui fut amassée par les participants et qui a été versée au **Fonds PPMC (Pavillon de prévention des maladies cardiaques) de l'Institut** pour soutenir le développement des programmes de prévention, de réadaptation, de recherche et d'enseignement, en plus de contribuer à **l'achat d'équipements**, dans un souci d'amélioration constante des services offerts à la clientèle du PPMC

L'Institut a d'ailleurs remporté le Prix de l'Entreprise la plus généreuse avec plus de **10 000 \$** recueillis en dons!



CYCLO-DÉFI DE QUÉBEC – 21 AOÛT

- 7^e édition de l'événement au terme duquel un montant de **95 000 \$** a été récolté en profits nets
- Présenté par la firme Cominar, sous la présidence d'honneur de M. Michel Dallaire, chef de la direction du Fonds de placement immobilier Cominar
- Près de 270 cyclistes, dont plusieurs usagers et médecins de l'Institut, ont pédalé ensemble pour la cause

À PLEINS POUMONS POUR L'HTAP – 28 AOÛT

- Lors de l'épreuve du Marathon SSQ Lévis-Québec, 17 chercheurs du Centre de recherche de l'Institut ont participé au *10 km Oasis* afin de soutenir la cause de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)



- Ils ont récolté la somme de **6 930 \$** qui a été versée au Fonds Groupe de recherche en *hypertension pulmonaire* dans le but de faire avancer la recherche et de développer les thérapies du futur, en plus d'offrir des soins d'avant-garde aux patients souffrant d'HTAP

TOURNOI DE DEKHOCKEY – 17 SEPTEMBRE

- Tournoi amical au profit du *Fonds des jeunes greffés cardiaques* de l'Institut
- Plus d'une centaine de personnes, en majorité du personnel de l'Institut, ont convergé vers le Complexe Dekhockey de Charny, le 17 septembre 2016
- 14 équipes mixtes ont combattu dans 3 catégories
- La somme de **2 070 \$** a été amassée pour la 1^{re} édition du tournoi organisé par M. Jean Veillette, agent administratif à l'unité de soins du 4^e Central Ouest de l'Institut

ACTIVITÉS INTERNES

2^E ÉDITION DU 24 H COURS DON – 9 ET 10 NOVEMBRE

- Les employés du *Département de pharmacie* et leurs supporteurs se sont relayés à la course et au vélo pendant 24 heures à la cafétéria de l'Institut afin d'amasser des fonds pour la Fondation
- Un montant de **18 200 \$** a été recueilli et plus de 270 km ont été parcourus sur le tapis roulant



ACTIVITÉS ORGANISÉES PAR DES PAIRS

Chaque année, plusieurs personnes liées de près ou de loin à l'Institut choisissent d'organiser des activités au profit de la Fondation. Au cours de la dernière année, nous pouvons citer entre autres : la soirée *Inspiration*, un souper-spaghetti au Music-Hall, la traversée du Canada en vélo, la vente de chocolats organisée par M^{me} Hélène Lamarche, la Journée pour le cancer, l'activité de méga workout, et plusieurs autres. Ces initiatives ont permis de remettre à la Fondation **106 288 \$** en profits nets.

COMITÉ DE FINANCEMENT DES EMPLOYÉS DE L'INSTITUT

Le Comité de financement des employés de l'Institut est composé strictement de membres du personnel. Grâce à plusieurs activités de financement, dont la *Loto-Voyages* et la vente de chocolats de Pâques, le comité a pour objectif de soutenir des projets ayant un impact direct sur les soins et les services offerts aux usagers qui lui sont soumis par des employés de l'Institut. Cette année, le comité a permis de soutenir des **projets prioritaires** d'une valeur totale de **79 722 \$** :

- l'achat d'un convoyeur pour fauteuil roulant pour le Service de santé : 7 500 \$;
- l'achat de 4 moniteurs de signes vitaux pour l'unité du 1^{er} Notre-Dame : 6 096 \$;
- l'achat de 2 surfaces thérapeutiques motorisées pour le parc centralisé : 4 900 \$;
- l'achat de 5 matelas curatifs (Menza) pour l'unité du 3^e Notre-Dame : 2 900 \$;

LES FOUS DE LA RAMPE – 28, 29 OCTOBRE ET 4, 5 NOVEMBRE

Depuis maintenant 25 ans, médecins, chercheurs et employés de l'Institut, notamment les D^{rs} Frédéric Sériès et Stéphane Lebel, respectivement pneumologue et chirurgien, forment la troupe de théâtre amateur **Les Fous de la rampe** et montent sur les planches, toujours au profit de leur fondation.

- La pièce *12 jurés en colère* a été présentée à l'automne au Théâtre de la Cité universitaire de l'UL
- 25^e anniversaire d'existence de la troupe en 2016
- 12 comédiens dont 10 employés de l'Institut
- Assistance de 1 335 personnes
- Augmentation de 22 % de l'achalandage
- **31 000 \$** recueillis en profits nets
- Sous la présidence d'honneur de M^{me} Caroline Gravel, avocate chez Stein Monast S.E.N.C.R.L.



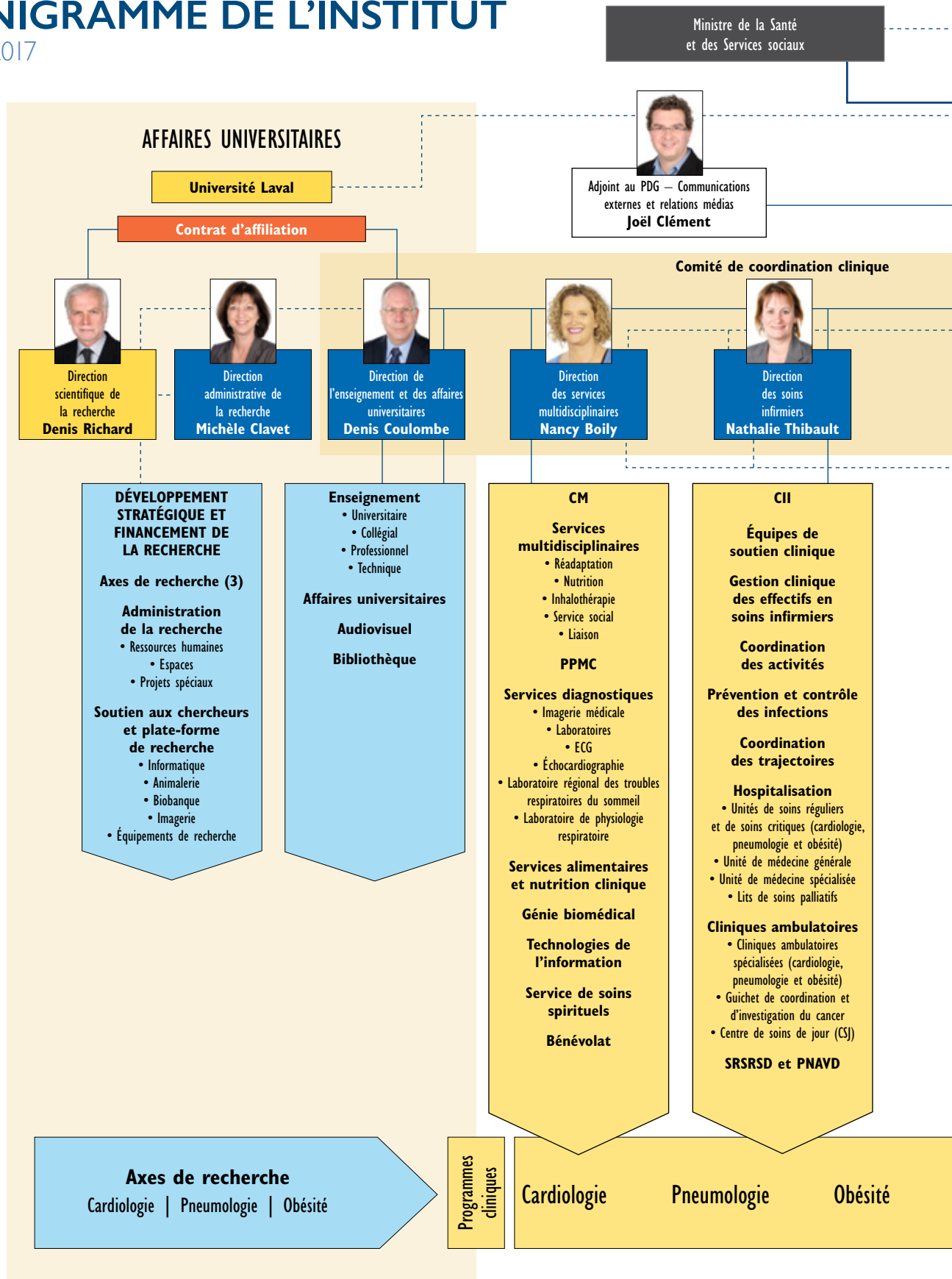
ÉTATS FINANCIERS DE LA FONDATION IUCPQ

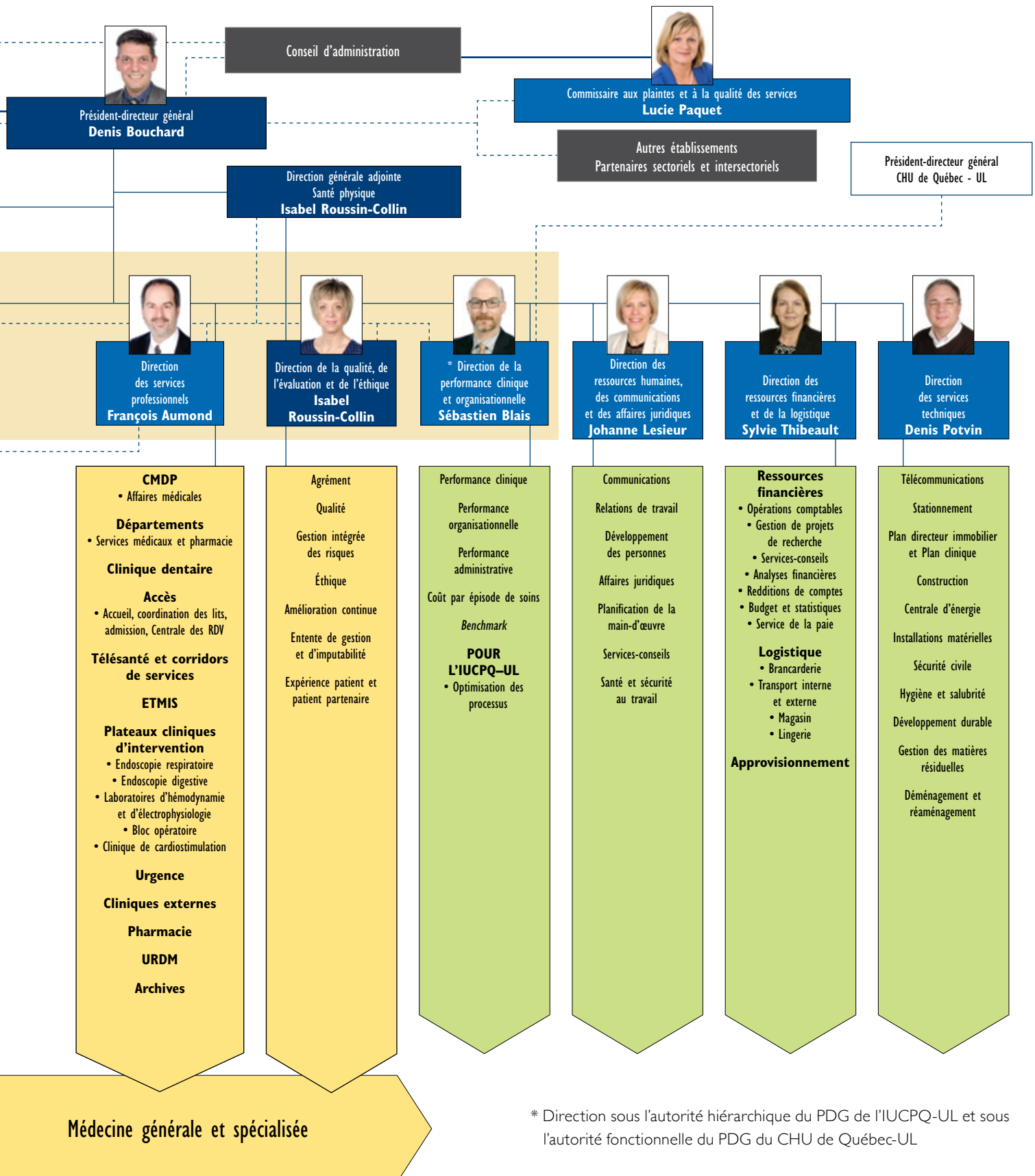
SITUATION FINANCIÈRE AU 31 DÉCEMBRE 2016

	2016 TOTAL \$	2015 TOTAL \$
ACTIF		
Court terme		
Encaisse	3 180 060	3 224 853
Débiteurs et autres créances	954 780	1 245 302
Frais payés d'avance	21 448	39 300
Placements échéant au cours du prochain exercice	423 184	551 439
	4 579 472	5 060 894
Long terme		
Placements	19 341 569	14 352 537
Immobilisations corporelles	14 364	20 104
	23 935 405	19 433 535
PASSIF		
Court terme		
Créditeurs et autres dettes de fonctionnement	112 155	277 556
Apports reportés	18 125	10 800
	130 280	288 356
SOLDES DE FONDS		
Fonds d'administration générale	18 831 766	15 097 177
Fonds d'immobilisations corporelles	14 364	20 104
Fonds affectés	4 958 995	4 027 898
	23 805 125	19 145 179
	23 935 405	19 433 535

ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT

Au 31 mars 2017





* Direction sous l'autorité hiérarchique du PDG de l'IUCPQ-UL et sous l'autorité fonctionnelle du PDG du CHU de Québec-UL

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

Dans le cadre de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences* (LMRSSS), les conseils d'administration de tous les établissements du réseau et, par conséquent, tous leurs comités, ont été dissous en date du 31 mars 2015. Un nouveau conseil d'administration a été constitué le 1^{er} octobre 2015 et celui-ci a procédé à la nomination des membres des comités concernés à sa séance du 3 novembre 2015.

Nous vous invitons à prendre connaissance du Règlement I de l'Institut en utilisant l'hyperlien suivant :

<http://iucpq.qc.ca/fr/institut/qui-sommes-nous/conseil-d-administration-conseils-et-comites/reglements-generaux>

Pour lire la description des mandats des comités relevant du conseil d'administration, veuillez utiliser l'hyperlien suivant :

http://iucpq.qc.ca/fr/institut/qui-sommes-nous/conseil-d-administration-conseils-et-comites/comites-du-ca-instances-et-conseils-professionnels#Comites_oblig_CA

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Guy Bertrand

Membre indépendant

M. André Blondin

Membre indépendant

M^{me} Charline Bouchard

Membre indépendant

M^{me} Denis Bouchard

Secrétaire

Président-directeur général

M^{me} Claudia Boulanger

Membre indépendant

M. Jean Lefebvre

Collège de désignation : Université affiliée

Dr Sylvain Chouinard

Collège de désignation : Conseil des médecins dentistes et pharmaciens

M^{me} Joanne Desjardins

Membre indépendant

M. Laurent Després

Président

Membre indépendant

M. Jean M. Gagné

Président de la Fondation IUCPQ

Membre observateur

M. Daniel Gilbert

Membre indépendant

M^{me} Line Grisé

Membre indépendant

M. Gilles Kirouac

Vice-président

Membre indépendant

M^{me} Mireille Lavoie

Collège de désignation : Université affiliée

M. Charles Morasse

Collège de désignation : Direction régionale de médecine générale

M. Marcel Pepin

Membre indépendant

M. Serge Simard

Collège de désignation : Conseil multidisciplinaire

M. Marius Plante

Collège de désignation : Comités des usagers

M^{me} Isabelle Taillon

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

M^{me} Kathleen Vézina

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

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

M^{me} Charlaïne Bouchard

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Marcel Pepin

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M. Gilles Kirouac

Président

Vice-président du conseil d'administration

COMITÉS FACULTATIFS DU CA

COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

M. Laurent Després

Président

Président du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M^{me} Claudia Boulanger

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

M^{me} Line Grisé

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

M. Daniel Gilbert

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉS-CONSEILS DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

D^{re} Lise Tremblay

Coprésidente

Représentante des médecins

M. Alain Dompierre

Coprésident

Membre de la pastorale nommé par le directeur du Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale

INSTANCES

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

D^r Franck Molin

Président

Représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES

M^{me} Carole Lavoie

Présidente

Coordonnatrice des risques et de la qualité

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

M^{me} Lucie Paquet

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

D^r Michel Piraux

Médecin examinateur

COMITÉ DE RÉVISION

(Cf. Loi sur le protecteur des usagers)

M^{me} Charlaïne Bouchard

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES USAGERS

M. Marius Plante

Président

Membre du conseil d'administration

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

D^r Bruno Raby

Président

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

D^r Stéphane Lebel

Président

- **COMITÉ DE PHARMACOLOGIE**

M^{me} Isabelle Cloutier, pharmacienne

Présidente

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

M. Sébastien Dubois, infirmier

Président

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

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

Présidente

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Au cours de la dernière année, soit du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017, le comité de gouvernance et d'éthique a tenu quatre réunions. Le taux moyen de participation a été de 96 %.

BILAN DES ACTIVITÉS

Gouvernance

Clarification du rôle et des fonctions des comités du conseil d'administration

Le comité a mené une démarche de clarification du rôle et des fonctions des comités du conseil d'administration. La démarche a permis d'apporter plus de précisions à chacune des fonctions attribuées individuellement aux comités en vertu de leur mandat et de déterminer les travaux qui y sont associés ainsi que la périodicité de leur suivi.

Démarche d'élaboration des priorités organisationnelles

Dans le cadre de son mandat, le comité s'est vu confier une nouvelle fonction, soit celle de participer à la démarche d'élaboration des priorités organisationnelles de l'établissement.

Renouvellement de la nomination des membres des comités du conseil d'administration

Comme le mandat des membres des comités du conseil d'administration a pris fin après un an à peine de fonctionnement et que plusieurs administrateurs en étaient à leur première année d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux, le comité a recommandé au conseil d'administration le renouvellement de la nomination des membres des comités pour une période additionnelle d'un an, et ce, afin d'assurer une meilleure continuité au sein des comités du conseil d'administration.

Processus d'évaluation annuel du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités

Suite à une analyse du processus d'évaluation annuel du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités, le comité a proposé de mettre de l'avant un processus continu d'évaluation basé sur trois axes d'appréciation qui seront évalués en trois temps différents au cours de l'année. Ainsi, on pourra évaluer le fonctionnement du conseil d'administration au printemps, la contribution des membres à l'automne et le fonctionnement des comités du conseil d'administration à l'hiver. À cet égard, le comité a participé à l'élaboration des questionnaires qui serviront aux évaluations.

Rencontres à huis clos des membres n'exerçant pas leurs fonctions à l'Institut

Une démarche de réflexion portant sur les pratiques de gouvernance a conduit le comité à proposer la mise à l'essai de rencontres à huis clos entre les membres du conseil d'administration n'exerçant pas leurs fonctions à l'Institut. Sur recommandation du comité, le conseil d'administration a instauré cette pratique au début de l'année 2017. Les rencontres ont lieu à la fin de chaque réunion de travail. La première partie de chacune des rencontres se déroule en présence du président-directeur général.

Plan de formation

En collaboration avec la direction et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le comité s'est assuré que l'ensemble des membres du conseil d'administration reçoivent le second volet de la formation offerte par le MSSS relativement à leur rôle et à leurs responsabilités en conformité avec les nouvelles exigences de gouvernance et les spécificités de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences* (LMRSSS). La formation à cet égard a eu lieu le 21 avril 2016.

Par ailleurs, le comité a examiné le plan de formation proposé aux administrateurs pour l'année 2016-2017. Les thèmes ont été choisis en fonction des besoins exprimés par les administrateurs et des priorités organisationnelles et ministérielles. Deux demi-journées de formation se sont déroulées le 1^{er} décembre 2016 et le 22 février 2017. Elles avaient pour thèmes : le nouveau système de gestion et l'approche Lean, la logistique hospitalière, les affaires médicales, le financement axé sur le patient, le cheminement des projets immobiliers dans le réseau et la Loi sur les contrats des organismes publics.

Adoption du rapport annuel des activités du comité pour l'exercice 2015-2016

À sa réunion du 12 mai 2016, le comité a procédé à l'adoption de son rapport annuel d'activité de l'année 2015-2016.

Éthique

Déclaration des conflits d'intérêts des administrateurs

Conformément aux fonctions qui lui sont attribuées en vertu du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (Règlement 35), le comité a examiné les déclarations des conflits d'intérêts remises par les administrateurs le 26 avril 2016. Il a fait rapport au conseil d'administration, mentionnant que tout était conforme et qu'il n'y avait rien de particulier à signaler.

Cadre conceptuel en éthique

Dans le cadre de la démarche en cours visant l'adoption d'un cadre conceptuel en éthique, le comité a reçu, au cours de l'automne 2016, un état de situation recensant notamment les pratiques cliniques et les besoins de soutien en matière d'éthique. Le comité suit avec intérêt ce dossier qui positionnera non seulement l'éthique clinique mais aussi l'éthique comportementale en général dans l'établissement.

M^{ME} CHARLAINE BOUCHARD

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DE VÉRIFICATION

BILAN DES ACTIVITÉS

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

Les travaux du comité ont porté sur les dossiers suivants :

- approbation du budget;
- le suivi périodique des résultats : le comité a reçu et questionné les faits saillants des résultats périodiques à chaque rencontre;
- le plan d'audit de l'exercice 2016-2017 : présentation du plan d'audit par l'auditeur indépendant; examen et questionnement par les membres;
- le comité a reçu le rapport de l'auditeur indépendant sur les travaux d'audit, a étudié et analysé en détail les états financiers de l'année en présence des auditeurs et les a approuvés;
- le comité a recommandé le renouvellement du mandat de l'auditeur indépendant au conseil d'administration;
- le comité a procédé à l'examen de la liste des engagements financiers et contrats de plus de 100 000 \$;
- le comité a assuré le suivi semestriel concernant l'utilisation des fonds de partenariat découlant des contrats d'approvisionnement de fournitures médicales;
- la Politique relative à la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction : revue et approbation par le comité et recommandation au conseil d'administration;
- le règlement no 43 intitulé « Règlement relatif à la délégation de signature de certains actes, documents ou écrits engageant l'établissement » : révision et approbation par le comité et recommandation au conseil d'administration;

- le comité a approuvé le processus de suivi et de gestion des risques pour la bonne conduite de l'établissement et en a recommandé l'adoption au conseil d'administration;
- le comité a transmis le mandat de réclamation d'une partie des taxes de la Fondation;
- le président fait état des discussions et décisions du comité de vérification à chaque rencontre du conseil d'administration.

M. MARCEL PÉPIN

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

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

BILAN DES ACTIVITÉS

Plaintes

Recevoir et analyser le tableau-synthèse des dossiers traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que par le médecin examinateur afin de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations et d'éviter ainsi la récurrence de certaines sources d'insatisfaction. La majorité des plaintes ont trait à des problèmes de communication, aux attitudes et aux comportements.

Prévention et contrôle des infections

Effectuer la surveillance des activités de l'équipe de prévention et contrôle des infections. Les efforts et l'application rigoureuse de différentes mesures ont permis de maintenir d'excellents résultats en matière de *C. difficile*, de SARM (*staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) et de ERV (*entérocoque* résistant à la vancomycine).

Gestion des risques cliniques

- Prendre connaissance des rapports et des recommandations émises par le comité de gestion des risques cliniques (CGRC) à la suite d'événements sentinelles, avec une attention particulière au suivi accordé par le CGRC à la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements.
- Suivi rigoureux maintenu dans le cadre des travaux d'agrandissement en façade.
- Rapport d'investigation du coroner impliquant l'Institut pour lequel le suivi requis a été effectué dans les délais impartis.

Note : Une seule recommandation a été effectuée, soit d'évaluer l'acte médical d'un dossier particulier.

- Suite à une demande du conseil d'administration, évaluation et analyse d'une demande du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de revenir sur la décision de retirer le nom au chevet de l'utilisateur.

Qualité des soins et des services

■ Agrément

Le comité s'est approprié la démarche d'agrément et il a coordonné plusieurs activités s'y rattachant. Suite à la visite d'Agrément Canada en novembre 2016, l'établissement a obtenu un agrément avec mention, obtenant la note remarquable de 96,8 %.

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

Le comité a reçu le premier plan d'action à l'égard des personnes handicapées qui sera soumis annuellement et déposé au conseil d'administration.

AUTRES DOSSIERS

Conseils professionnels

Le comité a pris connaissance des rapports annuels des trois conseils professionnels et du suivi des recommandations en découlant.

M. GILLES KIROUAK

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉS FACULTATIFS DU CA

COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

Le comité sur l'accès aux soins et aux services (CASS) a été constitué lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration, le 4 octobre 2016, et fait présentement l'objet d'une mise à l'essai jusqu'au 2 novembre 2017. Au-delà de cette date, il sera réévalué et, s'il y a lieu, le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration (R-I) sera modifié afin qu'il en fasse dorénavant partie intégrante.

MANDAT

Le CASS a pour mandat de s'assurer 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.

Le mandat du comité a été élaboré en fonction des quatre grands axes suivants :

1. l'expérience patient,
2. l'offre de services cliniques,
3. les priorités cliniques,
4. l'accès aux services.

BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ DU 5 DÉCEMBRE 2016 AU 31 MARS 2017

Au cours de cette période, le CASS a tenu une seule réunion. Lors de cette rencontre, les membres ont nommé le président et la secrétaire du comité, et ont défini les modalités de fonctionnement du comité.

M. LAURENT DESPRÉS

Président du conseil d'administration

Président du comité

COMITE DES RESSOURCES HUMAINES

Le comité des ressources humaines (CRH) du conseil d'administration a tenu trois réunions. Le taux moyen de participation a été de 89 %.

BILAN DES ACTIVITÉS

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

Planification de la main-d'œuvre

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) a présenté au comité les travaux relatifs aux stratégies de recrutement et les actions prioritaires pour les titres d'emploi en veille dans l'organisation. L'année a été marquée par un accroissement des besoins d'embauche notamment pour les titres d'emploi d'infirmière, de préposé aux bénéficiaires et d'agent administratif.

En plus d'avoir effectué des journées carrières et des visites dans les maisons d'enseignement, l'équipe de recrutement a rencontré plus de 733 candidats en entrevue externe, témoignant d'une augmentation de 53 % par rapport à l'année dernière et 212 entrevues à l'interne. Un plan de relève pour assurer le transfert des connaissances s'effectue également en continu afin de maintenir les compétences, offrir des conditions de travail satisfaisantes et demeurer attractif.

Entreprise en santé

Le comité a suivi les travaux entourant la démarche Entreprise en santé favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie par le

personnel, dont l'intégration et le maintien dans l'organisation des quatre sphères de la norme, soit : les habitudes de vie du personnel, l'équilibre travail-vie personnelle, l'environnement de travail ainsi que les pratiques de gestion. Le comité santé et mieux-être a réalisé différents projets au cours de l'année : ajout de catégories reconnaissant chacune des sphères de la norme au Gala reconnaissance, révision de l'offre de fruits et de légumes à la cafétéria, audit de maintien de la certification, passation du troisième sondage auprès du personnel œuvrant au sein de l'Institut et élaboration d'un nouveau plan d'action pour 2016-2018. Ce plan d'action, qui a été présenté aux membres du comité, est établi afin de maintenir et améliorer, de façon durable, l'état de santé et le mieux-être du personnel et de l'organisation.

Activités de reconnaissance

■ **Gala reconnaissance**

Le comité a apprécié les travaux liés aux préparatifs de la septième édition du *Gala reconnaissance* de l'Institut qui s'est tenu le 21 mai 2016. Pour couronner cette soirée, le Prix d'excellence a été remis aux infirmières praticiennes spécialisées, qui célébraient leur 10^e année de pratique au sein de l'Institut. Deux membres du CRH ont participé de près aux activités du gala, l'un au comité de sélection et l'autre comme représentant du comité à la soirée.

■ **Soirée Hommage pour les personnes ayant atteint 25 années de service et les personnes retraitées, année 2016**

Le comité a été informé de la tenue de la soirée *Hommage pour les personnes ayant 25 années de service* et les personnes retraitées qui a eu lieu le 26 octobre 2016. Cette soirée a permis à l'organisation d'exprimer toute sa reconnaissance, de féliciter toutes ces personnes qui ont apporté leur contribution à l'excellence des soins et des services offerts à l'Institut, et de rendre hommage à leur dévouement au fil du temps. Un total de 78 personnes ont atteint 25 années de service ou ont pris leur retraite en 2016. Cette activité de reconnaissance a fortement été appréciée des personnes présentes.

Système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST) – Norme CSA-Z1000-06

Le comité suit toujours avec intérêt les travaux pour l'implantation d'un système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST). Les activités réalisées au cours de la dernière année visaient principalement l'actualisation des matrices des risques, soit l'identification et l'évaluation des risques ainsi que l'élaboration des plans d'action (mise en place de mesures correctives et préventives) réalisés dans

différents secteurs d'activité. Cette norme est un processus d'amélioration continue qui offre une certification volontaire menant à l'obtention d'une reconnaissance de la qualité de la gestion de la santé et de la sécurité du travail. Par cette démarche, l'Institut désire offrir un milieu sain et sécuritaire au personnel favorisant ainsi une prestation sécuritaire des soins et des services. Nous poursuivons nos efforts afin d'atteindre les exigences demandées en vue obtenir cette certification.

Tableau de bord

Le comité a reçu et analysé à chacune des rencontres un tableau de bord lui permettant de suivre efficacement les indicateurs en gestion des ressources humaines. Il s'est assuré que les priorités et les actions visant le personnel soient conformes aux orientations stratégiques. Les données présentées touchent, notamment le taux d'heures supplémentaires tant pour le personnel soignant que pour l'ensemble du personnel, le profil de la main-d'œuvre ainsi que le ratio d'assurance salaire. Le comité a été à même de constater les efforts constants et les mesures mises en place par la DRHCAJ afin de réduire le temps supplémentaire et diminuer le taux d'assurance salaire afin de respecter, entre autres, l'entente de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bilan des plaintes des situations conflictuelles en milieu de travail

Le comité a reçu et analysé le rapport du bilan des plaintes des situations conflictuelles de l'Institut, dressé au 31 mars 2016 et déposé à la rencontre du 25 mai 2016. La précision de la nature des plaintes et le traitement de celles-ci sont effectués selon la procédure définie dans la Politique concernant la prévention et la gestion des situations conflictuelles visant à contrer le harcèlement ou la violence en milieu de travail (DRH-507). Le comité s'est assuré que tous les moyens sont mis en œuvre afin de consolider des pratiques de gestion mobilisatrices et de favoriser un milieu de travail humain, valorisant et stimulant.

État de situation des griefs

Le comité a pris connaissance d'un document déposé lors de la rencontre du 25 mai 2016 ayant trait à l'état de situation des griefs pour l'année 2015-2016. Le rapport présenté fait état du nombre de griefs actifs dans l'organisation, principalement en ce qui concerne les nominations de poste ainsi que les mesures disciplinaires.

Système de gestion

Le comité a suivi avec intérêt l'implantation du système de gestion qui s'inscrit dans le cadre de ses priorités organisationnelles de l'exercice. Le système de gestion est implanté dans l'organisation selon une culture d'amélioration continue

et est inspiré de la philosophie Lean. De nouvelles façons de faire ont été déployées, notamment par la mise en place de caucus et le déploiement de stations visuelles, par direction et par secteur d'activité, le codéveloppement (coaching et soutien par direction) ou encore l'agenda standardisé. Cette démarche de gestion de proximité et participative se poursuit et implique tous les niveaux de l'organisation. Cette première année de déploiement du système de gestion se conclut par l'atteinte des cibles fixées par la Direction générale.

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

Le comité a analysé le rapport déposé à la rencontre du 25 mai 2016 portant sur l'appréciation de la contribution du personnel syndiqué et du personnel d'encadrement pour l'année 2015-2016. Il a été à même de constater que des actions ont été réalisées par la DRHCAJ au cours de l'année pour soutenir les gestionnaires dans la réalisation des appréciations auprès des employés. Concernant les appréciations de la contribution du personnel d'encadrement, un taux de 88 % d'appréciations a été observé. Ce processus demeure un défi pour l'atteindre des cibles en ce qui concerne le personnel de l'Institut.

Mise en place ou révision de politiques relative à la gestion des ressources humaines

Le comité a pris connaissance des travaux réalisés à l'égard des politiques suivantes :

- Politique relative à l'immunisation et au dépistage chez les intervenants;
- Politique relative à la gestion intégrée de la présence au travail;
- Politique-cadre concernant la prévention, la promotion, la sécurité, le mieux-être au travail et les pratiques organisationnelles favorables à la santé;
- Politique relative à la gestion de l'absence d'un intervenant présentant des symptômes liés à une maladie infectieuse.

Autres sujets suivis par le comité des ressources humaines

Code de conduite

Le comité a pris connaissance du plan d'action élaboré par un comité de travail pour le déploiement du Code de conduite dans l'organisation. Les objectifs visés sur trois ans sont, pour la Ire année (2016-2017) : faire connaître le Code de conduite et son contenu ainsi que créer des liens entre la teneur du document et les comportements attendus; la

2^e année : s'assurer que l'employé soit en mesure d'évaluer ses comportements et de se responsabiliser par rapport à son attitude et son comportement; et enfin la 3^e année : faire vivre le Code de conduite auprès des équipes ou encore être à même d'intervenir auprès de ses pairs, lorsque nécessaire.

Programme de reconnaissance

Le comité a apprécié le Programme de reconnaissance, qui a été élaboré en tenant compte des besoins adressés par les employés. Les objectifs du programme sont alignés sur les valeurs de l'Institut, tels le respect, la responsabilisation, la reconnaissance, la collaboration et le partenariat, et ce afin d'amener une cohérence, un renforcement des comportements attendus, une reconnaissance de l'investissement et de l'effort des employés.

Conventions collectives 2016-2020

Le comité a été informé des nouvelles conventions collectives nationales en vigueur depuis le 10 juillet 2016. Des travaux seront réalisés afin d'évaluer la pertinence de revoir certaines matières locales avec les gestionnaires et les syndicats de l'organisation. Le comité sera informé si un tel processus est mis en application.

M^{ME} CLAUDIA BOULANGER

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité a tenu trois réunions régulières et la présidente a participé à deux réunions de travail consacrées à la révision des Règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche et aux modifications au Règlement I du conseil d'administration qui en ont découlé.

Volet enseignement

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

- revue de l'évolution de l'enseignement à l'Institut au cours de la période 2010-2016 et du rapport annuel 2015-2016 de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires;

- présentation de la version 2.0 du projet du « Centre du savoir » (priorité organisationnelle 2016-2017) qui prévoit notamment l'utilisation du gymnase, un auditorium divisible à gradins, des salles de lecture, des salles polyvalentes, des salles d'enseignement ainsi que des espaces d'accueil;
- suivi du projet Lean pour l'audiovisuel;
- examen du financement des abonnements à la bibliothèque, projet de mise en place d'un centre régional de services communs et formation du comité régional sur l'accès aux connaissances;
- nouvelles règles en lien à l'accueil des moniteurs cliniques.

Volet recherche

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

- revue des nouvelles Règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche et recommandation au conseil d'administration à leur égard;
- inauguration de la phase 4 de l'agrandissement du Centre de recherche;
- transfert de 4 équipes de recherche du CHU de Québec (Saint-François d'Assise) vers l'Institut;
- suivi des pressions faites auprès du Fonds de recherche en santé du Québec (FRQS) pour l'ajustement du budget d'infrastructure du Centre de recherche et l'accès à un budget de développement;
- suivi de la réalisation des projets majeurs (Chaire d'excellence en recherche du Canada sur le microbiote intestinal; laboratoire de cathétérisme pour gros animaux; projet d'agrandissement intégré sur l'étiologie et la biologie des maladies chroniques sociétales) et de l'impact des travaux correctifs au pavillon A.

Volet évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMIS)

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

- suivis sur la mise en place d'une structure locale ETMIS;
- présentation des projets ETMIS en cours de réalisation et bilan des projets réalisés, implantés et diffusés.

SUJETS NÉCESSITANT UN SUIVI AU COURS DE L'ANNÉE 2017-2018

Au cours de la prochaine année, un suivi particulier devra être accordé :

- au renouvellement du contrat d'affiliation entre l'Institut et l'Université Laval, dont le contrat type final est attendu du MSSS;
- au renouvellement de la subvention d'infrastructure du Centre de recherche et à son évaluation par le FRQS;
- à l'examen des prévisions budgétaires triennales de la recherche;
- à la mise en place de la structure locale ETMIS;
- aux résultats de la consultation sur le projet de Centre du savoir;
- aux activités du comité d'éthique de l'enseignement;
- au suivi de la mise en œuvre des Règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche.

Une attention particulière devra être accordée aux ressources nécessaires au plein déploiement de la mission universitaire de l'Institut qui contribue directement à la qualité des soins et des services, à l'avancement des connaissances et à son rayonnement.

M^{ME} LINE GRISÉ

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

BILAN DES ACTIVITÉS

Agrandissement en façade pour la consolidation de l'électrophysiologie

Le projet de l'agrandissement en façade pour la consolidation de l'électrophysiologie, débuté en mars 2016, se poursuivra jusqu'en janvier 2018. Le programme de même que les coûts sont toujours sous contrôle.

Selon la planification de la réduction des activités au Service du bloc opératoire pour l'année 2017, le même nombre de priorités opératoires sera maintenu pendant la durée des travaux.

Plan directeur immobilier / Plan clinique

Au cours de l'exercice, les démarches au regard du Plan clinique de l'Institut se sont poursuivies. À ce jour, trois activités ont été complétées.

La 4^e activité se tiendra à la mi-mai 2017 et permettra d'évaluer différents scénarios immobiliers visant à soutenir la consolidation et le développement des activités de l'Institut pour les 15 prochaines années.

Équipements médicaux spécialisés

Les projets majeurs réalisés sont :

- le remplacement d'un système d'imagerie par résonance magnétique (IRM);
- le remplacement d'une salle d'angiographie cardiaque;
- le remplacement de systèmes d'endoscopie;
- le remplacement du parc de pompes ambulatoires.

Ressources informationnelles

Les projets majeurs réalisés sont :

- l'entente entre l'Institut et le CHU de Québec-Université Laval sur l'unification de l'équipe de la sécurité informationnelle;
- l'implantation Bioleen aux laboratoires;
- l'implantation de Gespharx-Lite et la gestion du Coumadin;
- l'implantation de Sorin Connect aux pompes extracorporelles du bloc opératoire;
- l'installation du DSQ-I pour l'accès Imagerie au DSQ;
- la mise à jour du logiciel Opéra et l'implantation de la traçabilité au bloc opératoire;
- le module de chirurgie bariatrique;
- la nomination du responsable de la sécurité informationnelle et du comité aviseur des systèmes d'information;
- la nouvelle politique sur le lien de télécommunication sécurisé à haut débit avec les infrastructures du CHU de Québec.

M. DANIEL GILBERT

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉS-CONSEILS DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le comité a tenu quatre réunions ordinaires. Les activités réalisées par le comité se résument comme suit.

BILAN DES ACTIVITÉS

Dîner-clinique : « Patient partenaire... facile ou difficile? »

Le 26 octobre 2016, les membres du comité animaient une activité promotionnelle visant à définir les origines et les éléments ayant favorisé l'émergence du concept « patient partenaire ». La présentation en tant qu'approche collaborative de soins ainsi que l'analyse des implications et des défis qu'elle représente ont favorisé la discussion et suscité une réflexion sur les changements de rôles dans la pratique professionnelle, dans un contexte d'intégration de la dynamique patient partenaire.

Agrément Canada et suivi des recommandations émises

En novembre 2016, les visiteurs d'Agrément Canada ont rencontré les membres du comité d'éthique clinique de l'Institut. Le suivi des recommandations émises par les visiteurs a été effectué et l'élaboration d'un plan de mise en œuvre et d'un plan d'action, selon le cadre d'éthique révisé, devra être réalisée pour la visite de 2020.

Révision de la gestion de l'éthique

Un état de situation sur l'éthique clinique au sein de l'organisation a été dressé afin de cibler les priorités d'action de la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique. Considérant la vocation clinique de l'Institut, cette démarche s'est concentrée autour de la thématique de l'éthique clinique et avait pour but le recensement des pratiques de soutien en matière d'éthique clinique, l'identification des besoins de soutien des intervenants cliniques en lien avec la gestion des enjeux éthiques, et également de cibler les pistes d'actions organisationnelles mettre de l'avant. Afin de permettre de solidifier la base de l'éthique dans l'établissement, il a donc été convenu de mettre en place un modèle de gouvernance, de réviser le Plan d'éthique et d'instaurer des mécanismes de communication et de formation.

D^{RE} LISE TREMBLAY, pneumologue

Coprésidente du comité

M. ALAIN DOMPIERRE

Intervenant en soins spirituels (pastorale)

Coprésident du comité

INSTANCES DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche (CER) est un comité désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 21 du Code civil du Québec et celui-ci relève du conseil d'administration de l'établissement.

BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de la dernière année, le CER a tenu 11 réunions et le taux moyen de participation a été de 86 %. Entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, 140 nouveaux projets de recherche ont été évalués à l'Institut. Parmi ceux-ci, 103 ont été examinés par le CER tandis que 37 projets ont obtenu une approbation éthique délivrée par un autre CER du réseau de la santé et des services sociaux. À cet effet, le Guichet unique de la recherche (GUR) a été instauré et officialisé au cours de la dernière année comme étant la porte d'accès pour tous les projets de recherche se déroulant dans notre établissement, indépendamment du lieu de leur évaluation éthique. Le GUR est responsable de la coordination du triple examen des projets de recherche clinique se déroulant à l'Institut, soit les examens éthique, scientifique et de convenance).

Au 31 mars 2017, 560 projets étaient en cours à l'Institut. Durant l'année, le suivi éthique continu des protocoles de recherche a nécessité une correspondance soutenue entre les chercheurs et le CER (1 393 communications écrites). Le GUR a offert aux équipes de recherche deux rencontres d'information et d'échange sur divers thèmes touchant la recherche chez les humains, dont le suivi éthique des projets.

Réalisations au cours de la dernière année

- Mise en place d'une ligne de conduite pour la gestion des découvertes fortuites dans le cadre d'activités de recherche (nouvelles questions dans le formulaire de dépôt de projets, texte standard dans les formulaires d'information et de consentement, Plan de gestion des communications pour les projets à risque élevé de découvertes fortuites).
- Progrès des travaux afin d'élargir la portée du consentement général à la recherche et de l'inclure au formulaire de consentement général aux soins – toujours en cours.
- Mise à jour du Guide à l'intention des chercheurs pour soumission de nouveaux projets et suivi des projets en cours au Comité d'éthique de la recherche.
- Mise à jour et révision des modèles de formulaires d'information et de consentement : textes standards selon les nouvelles clauses légales proposées par le MSSS et le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en avril 2016.
- Mise à jour des Règles de fonctionnement du CER.

D^R FRANK MOLIN

**Cardiologue, secteur électrophysiologie
Professeur agrégé de clinique, Université Laval**

Président du comité

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité de gestion des risques cliniques (CGRC) s'est rencontré à six reprises et les activités réalisées se résument comme suit.

- **Faire la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents au sein de l'établissement :**
 - activité réalisée dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des usagers;
 - publication d'articles dans le Bulletin L'Institut;
 - formation d'accueil;
 - sensibilisation à la divulgation auprès des chefs des départements médicaux;
 - soutien spécifique apporté aux secteurs dans le but d'améliorer la gestion des événements et le traitement des déclarations;
 - diffusion des rapports trimestriels du comité aux caucus cliniques et administratifs;
 - élaboration d'un processus facilitant la déclaration des événements liés au retraitement des dispositifs médicaux.
- Prendre connaissance des principaux risques de l'établissement.
- Prendre connaissance des rapports et du Plan d'action en prévention et contrôle des infections ainsi que des rapports sur les incidents et accidents transfusionnels.
- Faire rapport à chaque trimestre aux instances de l'établissement concernant les principaux risques d'incidents et d'accidents.
- Passer en revue cinq événements sentinelles.

- Suivre les travaux du comité sur l'utilisation sécuritaire des médicaments et du comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle et de la prévention des chutes.

Note : Quatre fois par année, le comité de gestion des risques cliniques procède au suivi des recommandations auprès des directions concernées afin de s'assurer de la mise en œuvre de celles-ci. Une reddition de comptes est ensuite faite au conseil d'administration par l'entremise de son comité de vigilance et de la qualité.

RÉALISATIONS DU COMITÉ AU REGARD DES PRIORITÉS

- Suivre le Plan de sécurité des usagers sur une base régulière.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des analyses prospectives réalisées dans le but de prévenir les risques concernant le processus de distribution des collations et la prestation de soins chez les usagers de forte corpulence.
- Prendre connaissance du rapport d'Agrément Canada concernant les normes liées à la sécurité des usagers.
- Réviser la composition du CGRC afin d'y adjoindre un membre responsable du suivi des avis et des alertes.

ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Le CGRC a passé en revue cinq événements sentinelles. Chacun d'eux a fait l'objet d'une enquête et d'une analyse détaillée permettant d'en cerner les causes et de réviser en profondeur les processus cliniques impliqués afin d'éviter que les circonstances entourant ces événements ne se reproduisent. Ces événements n'ont pas occasionné de conséquence permanente, ni le décès d'un usager.

RECOMMANDATIONS

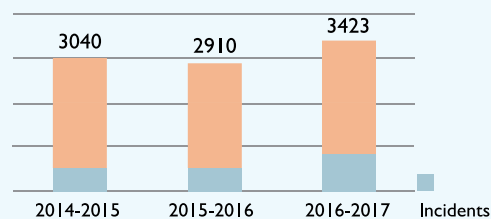
- Prendre des mesures pour réduire le risque d'administrer un médicament chez un usager ayant une allergie connue et documentée à son dossier médical ainsi qu'à son dossier à la pharmacie.
- Assurer l'administration sécuritaire des médicaments conformément à la méthode de soins relative à l'utilisation et à la programmation de la pompe volumétrique lors de l'administration en continu ou par bolus d'un médicament, particulièrement lors de situations urgentes ou qui demandent une intervention rapide.
- Assurer l'entretien préventif des pompes de circulation extracorporelle (CEC) tel que prescrit par le fabricant.
- Rédiger un plan de relève écrit en cas d'incapacité de procéder à la CEC dans les délais prévus.

- Revoir les rôles et les responsabilités des intervenants qui participent à la procédure de code bleu.
- Rendre disponible le matériel pour débiter les manœuvres de réanimation au pavillon Marguerite-d'Youville (Y).
- Faciliter l'accès au pavillon Y pour les intervenants qui participent au code bleu.
- Informer les intervenants qui participent au code bleu sur l'utilisation de la civière du pavillon Y.
- Faire connaître au personnel infirmier et aux préposés aux bénéficiaires les consignes d'alimentation à l'égard d'un usager atteint de dysphagie sévère et revoir les mécanismes de communication.

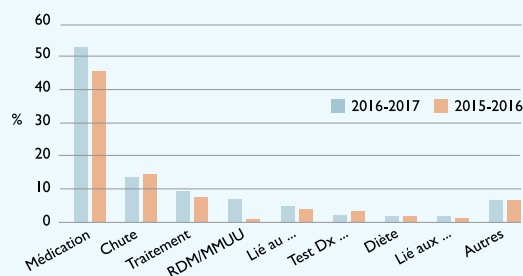
SUIVI DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE DES INCIDENTS/ACCIDENTS

Cette année, 3 423 événements ont été déclarés, soit une augmentation de 15 % comparativement à 2015-2016. La majorité des événements (91 %) n'a eu aucune conséquence pour les usagers. De plus, une hausse de 35 % des déclarations d'incidents a été observée, reflet de l'engagement des intervenants à l'importance de déclarer les situations à risque et les « échappées belles ».

Volume de déclarations des incidents et des accidents



Principaux événements répartis selon le type d'événement



M^{ME} CAROLE LAVOIE

Coordonnatrice de la gestion des risques et de la qualité

Présidente du comité

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, elle exerce exclusivement les fonctions prévues selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et respecte la procédure établie dans le Règlement relatif à la procédure d'examen des plaintes des usagers de l'Institut (R-32).

BILAN DES ACTIVITÉS

Cette année, 269 dossiers ont été ouverts. De ce nombre, 62 dossiers étaient des plaintes générales alors que 35 étaient des plaintes médicales. Pour ce qui concerne les autres dossiers, 49 ont été des interventions, 81, des demandes d'assistance et 42, des demandes de consultation. Lorsqu'on observe la répartition des motifs des plaintes générales, ce sont les relations interpersonnelles qui arrivent au premier rang dans une proportion de 34 %, suivies de l'accessibilité à 28 %, des soins et services à 21 %, de l'aspect financier à 10 % et de l'organisation du milieu et des ressources matérielles à 7 %.

Pour les relations interpersonnelles, les faits les plus fréquemment reprochés par les usagers ou leurs représentants concernaient le manque de communication et les attitudes du personnel. Pour résoudre ces problématiques, des recommandations ont été émises et diverses mesures ont été mises de l'avant, notamment des rencontres individuelles avec les employés afin de leur rappeler les conduites attendues en lien avec le Code d'éthique. Des séances d'information et de sensibilisation ont également eu lieu dans différents secteurs et d'autres sont à venir. Pour ce qui est des plaintes portant sur l'accessibilité, celles-ci étaient diverses et touchaient différents secteurs. Elles portaient sur divers sujets dont : les délais pour obtenir un résultat d'examen, une date de chirurgie, un rendez-vous avec un médecin et le délai pour voir un médecin au Service de l'urgence, etc. Des interventions ont été faites et des recommandations ont été formulées auprès de chacun des secteurs concernés. En ce qui a trait aux soins et services, ce sont les habiletés techniques, le choix du traitement et l'organisation des services qui ont retenu l'attention. À cet égard, différentes mesures ont été mises en place pour améliorer la qualité des services dispensés, dont des évaluations des compétences du personnel pour permettre certains ajustements professionnels. Quant à l'aspect financier, les plaintes étaient en lien avec la facturation des chambres. À la suite de celles-ci, des interventions ont été effectuées afin de revoir l'information diffusée à l'ensemble des usagers pour la rendre plus précise et complète. Des séances d'information

sont prévues pour l'ensemble du personnel et une révision du formulaire pour le choix de la chambre sera faite. Enfin, les plaintes qui concernaient l'organisation du milieu et des ressources matérielles faisaient référence particulièrement à la signalisation et à l'accessibilité des lieux où des travaux étaient en cours.

Au total, 11 recommandations ont été émises afin d'améliorer la qualité des soins et services dispensés, et toutes ont été accueillies favorablement. Aucun dossier de plainte n'a fait l'objet d'une demande auprès du Protecteur du citoyen. Les dossiers ont été conclus dans une proportion de 98 % à l'intérieur des 45 jours visés par le régime d'examen des plaintes. Cinq plaintes ont été rejetées dont trois après un examen sommaire.

En ce qui concerne le médecin examinateur, les soins et services ont été les motifs les plus fréquents dans une proportion de 53 %, suivis des relations interpersonnelles à 41 % et de l'accessibilité à 6 %. Pour chaque dossier de plainte, les médecins concernés ont été rencontrés. Deux plaintes ont été rejetées sur examen sommaire et trois dossiers ont fait l'objet d'une demande de révision. Dans une proportion de 21 %, les plaintes ont été résolues à l'intérieur de 45 jours.

Tout au long de l'année, la commissaire a participé à diverses activités visant l'amélioration de la qualité des services. Plusieurs activités de promotion pour faire connaître son rôle ont eu lieu auprès de différents groupes d'intervenants afin qu'ils puissent mieux informer les usagers de leurs droits. Pour chacune des interventions effectuées et des recommandations exprimées, toutes les personnes concernées ont démontré une grande collaboration à trouver des pistes d'amélioration. 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, à l'endroit suivant : section : SOINS ET SERVICES / USAGERS / SATISFACTION, AMÉLIORATION, PLAINTES.

M^{ME} LUCIE PAQUET

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE RÉVISION

Le mandat du comité est défini dans le Règlement relatif à la régie interne du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (R-1).

BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de l'année, trois dossiers ont été soumis au comité de révision et les membres se sont réunis à quatre reprises. Un dossier a été conclu avec une demande de complément d'examen qui a été acheminée au médecin examinateur et réalisée par la suite. En ce qui a trait aux deux autres dossiers, ceux-ci étaient toujours en cours à la fin de l'année. Dans tous les cas, les usagers ont été entendus afin de leur permettre de préciser certains éléments et de recevoir des explications supplémentaires de la part des membres du comité. Quant aux motifs de plaintes invoqués, ceux-ci étaient en lien avec les soins et services dispensés, le manque de confidentialité et les relations interpersonnelles.

Pour ce qui est du délai de traitement, selon la LSSSS, le comité de révision doit rendre sa conclusion au plaignant à l'intérieur de 60 jours suivant la réception de la demande de révision. Pour le dossier conclu en cours d'année, ce délai n'a pu être respecté étant donné le complément d'examen qui a été demandé. Dans ce cas, les conclusions ont été transmises à la plaignante dans les 148 jours.

De plus, le comité a émis les recommandations suivantes :

- 1) la modification suivante de l'article « 6.3.5. Droit de rectification du Règlement relatif à la gestion des dossiers des usagers » :
« Après que le médecin ait apporté une correction à une note déjà inscrite au dossier, la note complémentaire ou le rapport amendé doit être revu par l'archiviste en chef afin de s'assurer que la correction au dossier respecte la procédure établie par le Règlement. » (à intégrer à la suite du 3^e alinéa);
- 2) la présence d'un traducteur lorsque l'utilisateur ne parle ni le français ni l'anglais;
- 3) s'assurer que les usagers qui sont de culture différente comprennent bien les niveaux de soins.

M^{ME} CHARLAINE BOUCHARD

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES USAGERS

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité des usagers (CU) a tenu sept réunions au cours de l'année et une assemblée générale annuelle des usagers. Une très grande participation des membres aux réunions du comité de même qu'aux activités-rencontres avec les usagers est à souligner.

Les activités réalisées par le comité se résument comme suit.

- Rencontres d'évaluation du degré de satisfaction des usagers.
- Participation à l'organisation d'un colloque (1 jour) sur les soins à la personne âgée.
- Participation de membres désignés à de nombreux comités au sein de l'établissement, comme le comité de gestion des risques cliniques et le comité d'éthique clinique – participation également à diverses activités de consultation.
- Refonte de ses règles de fonctionnement en s'inspirant du modèle du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) dans le but de les adapter au contexte légal actuel et de simplifier le processus des élections lors de l'assemblée générale annuelle des usagers.
- Rencontres individuelles avec les usagers ou avec leurs proches lors de visites aux malades.
- Quatre visites collectives des usagers au cours desquelles près de 700 usagers ont été rencontrés et ont pu faire part de leur degré de satisfaction aux membres du comité.
- Organisation de tournées dans les unités à diverses occasions spéciales de l'année (ex. : période des fêtes, Pâques, fêtes des Mères et des Pères).
- Remise de dépliants d'information.
- Révision du dépliant promotionnel.
- Promotion du comité au moyen d'un bandeau électronique à l'entrée de l'établissement.
- Financement des opérations d'analyse du degré de la satisfaction de la clientèle (questionnaires de sondage), en partenariat avec l'établissement.
- Lors des réunions du CU, analyse et suivi systématique des commentaires déposés par les usagers dans des boîtes installées à cette fin à divers endroits de l'établissement – la représentante de la direction de l'établissement et la commissaire aux plaintes assistent à ces rapports, discutent de la situation et, lorsque requis, apportent les suivis de façon très satisfaisante.
- Tous les membres du comité ont participé à des colloques ou à des activités de formation afin d'approfondir les rôles spécifiques des comités d'usagers.

M. MARIUS PLANTE

Membre du conseil d'administration

Président du comité

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Art. 213 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

Art. 217 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Les responsabilités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens désignés par le conseil, du directeur général et du directeur des services professionnels ou, lorsqu'aucun directeur des services professionnels n'est nommé, du médecin que le directeur général désigne.

Le comité exécutif exerce tous les pouvoirs du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

BILAN DES ACTIVITÉS

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

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

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

Optilab

L'intégration de la gestion des techniciens et des appareils de laboratoire de l'Institut à l'intérieur de la Grappe de la Capitale-Nationale du projet Optilab s'est concrétisée le 1^{er} avril 2017. Plusieurs réunions et consultations ont eu lieu afin que l'Institut conserve l'autonomie nécessaire à son bon fonctionnement. Le CMDP demeurera vigilant afin de s'assurer que des décisions au regard de la rationalisation des

laboratoires ne viennent mettre en péril la mission de l'Institut.

Par ailleurs, nous avons procédé à la nomination d'un commissaire local à l'indépendance intellectuelle comme le souhaitait la Faculté de médecine. Il s'agit du D^r Jean-François Sarrazin.

Enfin, je tiens à souligner la qualité du dévouement et de l'engagement des membres de l'exécutif de notre CMDP.

D^r BRUNO RABY

Pneumologue

Président du CMDP

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

BILAN DES ACTIVITÉS

Un total de cinq réunions ont été tenues. Le pourcentage de présences s'est élevé à 65 % pour l'ensemble des réunions. Ce chiffre correspond à un résultat inférieur à l'année 2015 2016 où la participation avait atteint 81 %. Nous visons une meilleure présence en 2017 2018. Pour faciliter la chose, chaque service devra nommer un remplaçant.

Sur le plan des activités, la revue des décès se fait dans les services et plusieurs rapports nous ont été transmis cette année, soit un total de 13, par les différents services. Soulignons particulièrement l'assiduité du Département de chirurgie cardiaque. En date du 24 avril 2017, nous notons toujours un certain retard dans la transmission des analyses de décès. Le département en tête est celui de la cardiologie avec 850 cas. En deuxième position, celui de gériatrie avec 298 cas. En troisième, le Département des soins intensifs avec 96 cas suivi du Département d'anesthésiologie avec 93 cas. Les autres services et départements ont des chiffres inférieurs à ceux-ci et nous devons évidemment tenir compte du niveau et du type d'activité des différents départements pour expliquer les différences. Il s'agit possiblement aussi de dossiers étudiés, mais non revus en service. Nous avons discuté de cette situation lors de la dernière réunion annuelle dans le but de réduire ces retards.

Au cours des cinq réunions tenues, nous avons eu l'occasion de discuter des différents rapports transmis par les services de l'institution. Nous avons d'ailleurs pu constater que certaines de ces analyses de décès nous ont amenés à des recommandations de services et départementales, et parfois même de niveau institutionnel. Nous soulignons donc ces efforts d'analyses pertinentes des cas de décès. Cette année, nous avons noté une augmentation significative du dépôt d'études de qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Un

total de 12 études ont été déposées pour la période 2016-2017, soit 9 de plus que l'année précédente. Quatre cas ont été revus pour analyse approfondie par le comité. Notons que parmi ceux-ci, deux ont été revus à la demande même du comité de l'évaluation de l'acte médical et deux ont été demandés par le CMDP. De notre côté, une demande de révision par un autre centre a été demandée puisqu'il s'agissait d'un décès précoce après transfert.

Suite aux activités de 2016-2017, des feuilles verront le jour : un formulaire de demande d'analyse de décès par un autre service et un formulaire de constat de décès. Ils permettront de standardiser le constat de décès, de favoriser la demande d'autopsie lorsque jugée appropriée, et aussi de promouvoir le don d'organes, de tissus et oculaire. Également, nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de discuter en réunion de sujets éthiques incluant les niveaux de soins et la mort assistée.

Les études de qualité de l'acte permettent de s'assurer que les standards de pratique sont respectés et suivis. À ce titre, l'étude réalisée par l'équipe de l'urgence sur le respect des délais de réalisation de l'ECG chez le patient souffrant de douleur rétro-sternale (DRS) en témoigne. Les résultats y ont montré un taux de 68 % d'ECG hors délai. Un groupe de travail du CEMDP a été mandaté pour plancher sur des suggestions afin d'améliorer la situation. En parallèle, l'infirmière-chef de l'urgence avait déjà entrepris de sa propre initiative de trouver des solutions. Les recommandations de ces travaux sont consignées au rapport de la réunion du 21 novembre 2016.

En 2017-2018, nous aimerions organiser une activité de formation sur un sujet éthique : frontière entre le refus de traitement et le consentement éclairé. Des présentations de courts sujets durant la réunion seront incorporées. Tout service voulant présenter une étude scientifique réalisée dans notre milieu démontrant un aspect de qualité de l'acte et/ou un développement amenant un changement de pratique, sera encouragé à le faire et à exposer ses résultats. À ce titre, déjà deux présentations sont déjà prévues :

1. Service de pathologie : *Évaluation post mortem de la sténose carotidienne;*
2. Département de chirurgie générale et bariatrique : *Qualité de vie à long terme après la dérivation biliopancréatique.*

Les points à améliorer en 2017-2018

- Pour le comité :
 - limiter au minimum les délais de transmission des rapports de cas de décès;
 - la présence aux différentes réunions; nous souhaitons un taux plus élevé de présences (> 80 %);
- pour l'ensemble des activités médicales :
 - améliorer la documentation du changement de niveau de soins au dossier.

Les points forts

- L'augmentation importante du nombre d'études de qualité de l'acte réalisées.
- Les analyses de décès suggérant des ajustements de pratique ainsi que l'organisation de réunions de discussions pour standardiser les approches – soulignons particulièrement le travail du service de chirurgie cardiaque.
- La participation active des membres du comité à la réunion amenant souvent des suggestions et des plans de recommandations pour la pratique institutionnelle.
- La participation du Département de pharmacie à toutes les activités du comité année après année – j'aimerais féliciter M^{me} Isabelle Cloutier pour son leadership.

D^r STÉFANE LEBEL

Chirurgien général

Président du comité

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité de pharmacologie s'est réuni à sept reprises cette année. Ces réunions ont donné lieu à la présentation et à la discussion de 16 ordonnances collectives, 3 protocoles, 19 ordonnances individuelles standardisées, 8 règles d'utilisation des médicaments, 2 guides, 1 revue d'utilisation des médicaments, 3 avis de Santé Canada, 1 bulletin, 2 procédures et 3 pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada. De plus, les membres ont traité 5 demandes d'ajout de médicaments au formulaire de l'Institut, ainsi qu'une présentation concernant l'ajout d'une nouvelle indication pour un médicament et une dernière portant sur le retrait d'un médicament.

Ordonnances collectives

- OC-181: Initiation et ajustement du traitement de l'hypokaliémie et de l'hyperkaliémie chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale (ordonnance acceptée)
- OC-033 : Utilisation des laxatifs en préchirurgie cardiaque (ordonnance abolie)
- OC-034 : Hydratation chez les usagers à risque de néphropathie induite par les substances de contraste iodée (protocole accepté)
- OC-105 : Administration de naloxone (Narcanmd) en présence d'une dépression respiratoire chez l'usager adulte ayant reçu un opioïde (ordonnance acceptée)
- OC-112 : Utilisation des laxatifs pour la prévention et le traitement de la constipation (ordonnance révisée)
- OC-116 : Utilisation d'un inhibiteur de la pompe à protons en prévention des saignements gastro-intestinaux chez les usagers anticoagulant oral (ordonnance abolie)
- OC-148 : Initiation et ajustement du traitement de l'acidose métabolique chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale (ordonnance révisée)
- OC-151 : Initiation et ajustement du traitement de l'anémie (fer et érythropoïétine) chez les usagers suivis à la clinique d'insuffisance rénale (ordonnance acceptée)
- OC-152 : Utilisation de l'érythropoïétine (Eprexmd) chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale (ordonnance abolie)
- OC-153 : Utilisation du sulfate ferreux per os et du fer sucrose IV (Venofermd) chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale (ordonnance abolie)
- OC-154 : Gestion d'un épisode d'hypoglycémie pour toutes clientèles (ordonnance révisée)
- OC-175 : Ajustement du tolvaptan (Jinarcmd) dans le traitement de la maladie polykystique rénale (ordonnance révisée)
- OC-178 : Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques lors d'une réaction transfusionnelle (ordonnance acceptée)
- OC-176 : Ajuster temporairement la médication d'un usager en vue d'une manométrie ou d'une PH métrie (ordonnance acceptée)
- OC-177 : Administration de lidocaïne (Xylocaïnemd) intranasale ou orale (ordonnance acceptée)
- OC-180 : Préparation et suivi des usagers à une procédure de fermeture de l'auricule gauche (ordonnance acceptée)

Protocoles

- PRO-154A : Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline – diabète type 1 (protocole révisé)
- PRO-154B : Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline – diabète type 2 ou sans antécédent de diabète (protocole révisé)
- PRO-165 : Hydratation chez les usagers à risque de néphropathie induite par les substances de contraste iodée (protocole accepté)

Ordonnances individuelles standardisées

- Sédation palliative continue (ordonnance acceptée)
- Antibioprophylaxie préimplantation de dispositif d'assistance ventriculaire (DAV) (ordonnance acceptée)
- Antibioprophylaxie postimplantation de dispositif d'assistance ventriculaire (DAV) (ordonnance acceptée)
- Pré – per – postéchocardiographie (ordonnance acceptée)
- Urgence IAMEST (infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST) et IAMNEST (infarctus aigu du myocarde sans élévation du segment ST) (ordonnance acceptée)
- Demande d'examen en endoscopie digestive (ordonnance acceptée)
- Demande d'examen de manométrie et PH métrie (ordonnance acceptée)
- Produits sanguins labiles (ordonnance acceptée)
- Cyclophosphamide dans les maladies interstitielles (ordonnance acceptée)
- Chirurgie cardiaque antibioprophylaxie préopératoire (ordonnance acceptée)
- Praxbind^{md} (ordonnance acceptée)
- Pembrolizumab (ordonnance acceptée)
- Anesthésiologie – salle de réveil (ordonnance acceptée)
- Venofer (ordonnance acceptée)
- Diabète (ordonnance acceptée)
- Thromboprophylaxie (ordonnance acceptée)
- Antibioprophylaxie préopératoire (ordonnance acceptée)
- Argatroban thrombocytopenie secondaire à l'héparine (ordonnance acceptée)
- Passage de l'argatroban à la warfarine (ordonnance acceptée)

Le projet régional d'harmonisation des ordonnances individuelles standardisées en oncologie a entraîné une révision de l'ensemble des ordonnances de l'Institut au cours de l'année.

Règles d'utilisation des médicaments

- RU-048 : Praxbind^{md} (règle acceptée)
- RU-047 : Rituximab (Rituxan^{md}) (règle révisée)
- RU-049 : Nitroprussiate (Nipride^{md}) (règle acceptée)
- RU-050 : Zopiclone (Imovane^{md}) (règle acceptée)
- RU-052 : Ibutilide (Corvert^{md}) (règle acceptée)
- RU-053 : Dexmédétomidine (Précédex^{md}) (règle acceptée)
- RU-051 : Argatroban (règle acceptée)
- RU-054 : Sugammadex (Bridion^{md}) (règle acceptée)

Pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada

- Sécurité liée à l'héparine
- Sécurité liée aux narcotiques
- Électrolytes concentrés

Registres et guides

- Guide d'utilisation des héparines à faible poids moléculaire
- Guide d'administration intraveineuse des médicaments critiques

Procédure

- PR-DSP-000-14 : Procédure relative à la surveillance et à la déclaration des réactions indésirables aux médicaments
- PR-DSP-000-12 : Procédure relative au contournement des alertes émises par le système informatique de la pharmacie

Formulaires

- Formulaire de prescription lors d'intubation d'urgence à l'urgence de l'Institut
- Formulaire de déclaration d'une réaction indésirable à un médicament

Revue d'utilisation des médicaments

- Dexmédétomidine

Recommandations (bulletin)

- Inhibiteurs SGLT-2

Addition à la liste des médicaments

- **Quatre médicaments acceptés**
 - Aripiprazole (Abilify^{md})
 - Sugammadex (Bridion^{md})
 - Acide zolédronique (Aclasta^{md})
 - Empagliflozine (Jardiance^{md})
- **Un médicament refusé**
 - Tinzaparine (Innohep^{md})
- **Un médicament retiré**
 - Brétylium
- **Une nouvelle indication pour un médicament**
 - Pemetrexed (Alimta^{md})

Plusieurs avis de Santé Canada ont été discutés au cours de la dernière année, ce qui a mené à quelques interventions du comité de pharmacologie auprès des prescripteurs. Un Bulletin ISMP Canada (*The Institute for Safe Medication Practices Canada*) sur les produits injectables a été présenté. La révision de l'ensemble des formulaires de déclaration d'une réaction indésirable à un médicament a été effectuée. Une révision des médicaments utilisés en aérosolthérapie contenus au formulaire de l'Institut a été faite et des substitutions automatiques de médicaments ont été entérinées par le comité de pharmacologie. D'autres substitutions automatiques ont été entérinées pour utiliser des médicaments inscrits au même formulaire plutôt que des médicaments hors formulaire pendant l'hospitalisation. Le comité de pharmacologie exerce une vigie sur les travaux de ses deux sous-comités, soit le comité de diabète et le comité d'anticoagulothérapie.

CONCLUSION

Au cours de la dernière année, les membres du comité ont fait preuve d'un engagement constant lors des discussions et de l'analyse de points portés à l'ordre du jour, ce qui a permis une continuité des activités requises par le mandat du comité. Le comité de pharmacologie a su s'adapter et répondre à son mandat qui s'est élargi au cours des dernières années.

M^{ME} ISABELLE CLOUTIER
Pharmacienne
Présidente du comité

COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques s'est réuni à trois reprises. Pour faire suite à son mandat, le comité a fait le suivi de la consommation des antibiotiques sur le plan quantitatif et a effectué des activités de surveillance qualitative.

Le comité a retenu quatre projets pour 2016-2017 :

1. élaboration d'une ordonnance individuelle standardisée et d'une règle d'utilisation des médicaments pour la daptomycine;
2. administration rapide des antibiotiques et ordre d'administration;
3. formulaire de consultation pour le Programme de surveillance des antibiotiques;
4. retrait des demandes non justifiées de SMU / DCA (Sommaire et microscopie des urines / Décompte-Culture-Antibiogramme) des ordonnances collectives et des protocoles.

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

- étude de l'unité ETMIS du CHU de Québec sur les probiotiques;
- revue d'utilisation de la daptomycine.

CONCLUSION

Au cours de la dernière année, les membres du comité ont mis en place le *Programme de surveillance prospective des antibiotiques* par les pharmaciens dans les unités de soins, conformément à la pratique organisationnelle requise d'Accréditation Canada. Ils ont également travaillé sur l'administration plus rapide des antibiotiques dans un contexte d'urgence et sur leur ordre d'administration. La publication du bulletin 5 portait sur ce sujet. Une formation a été donnée au personnel infirmier du Service de l'urgence et des soins intensifs. Suite à une revue de l'utilisation de la daptomycine, des outils ont été développés pour les prescripteurs et des formations leur ont également été données.

DR JEAN-FRANÇOIS ROUSSY

Président du comité

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

BILAN DES ACTIVITÉS

En 2016-2017, les membres du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) ont participé à six réunions régulières et six séances de travail. Ils ont collaboré avec la Direction des soins infirmiers à cibler certains enjeux cliniques pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Des formations, des plans d'action et des révisions de procédures ont découlé de cette démarche. Des avis et recommandations ont également été émis sur différents dossiers cliniques. Pour favoriser le transfert des connaissances, six dîners cliniques ont été organisés. Plusieurs activités ont permis de promouvoir la profession d'infirmière et d'infirmière auxiliaire.

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

M. SÉBASTIEN DUBOIS, infirmier

Président du CII (p. i.)

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE

Au cours de l'année 2016-2017, le conseil multidisciplinaire avait pour objectifs principaux de :

- déployer, à l'ensemble de l'établissement, la collecte multidisciplinaire de données dans le cadre de l'optimisation de la tenue du dossier médical;
- initier et assurer le suivi de nouveaux projets de pairs/multidisciplinaires;
- améliorer la collaboration interdisciplinaire dans les situations complexes en lien avec la gestion des risques;
- poursuivre l'objectif d'améliorer la visibilité du CM.

BILAN DES ACTIVITÉS

Nombre de réunions : 14 rencontres de travail, 3 exécutifs, 1 assemblée générale annuelle.

Optimisation de la tenue du dossier médical

Le but visé est une hausse des heures de prestation de soins et services en diminuant les délais de prise en charge de la clientèle par l'optimisation de la collecte de données initiales.

La présentation de l'audit a permis de souligner un taux élevé de complétion des sections des soins infirmiers. Une formation des étudiants en médecine demeure cependant nécessaire. Une faible complétion des sections psychosociales et de l'environnement physique a soulevé des questionnements. Il a été mentionné qu'il y aurait nécessité de clarifier les rôles de chacun afin d'éviter des empiètements sur les différents champs professionnels. Plus les sections étaient complétées dans la collecte de données, moins de doublons étaient constatés dans les notes évolutives. Des adaptations devront être faites face à l'intégration des outils informatiques dans la collecte de données des infirmières.

Mise en place de comités de pairs et multidisciplinaire

Trois comités de pairs ont été mis en place dans les secteurs de l'imagerie médicale et de la nutrition :

- **projet 1** : améliorer la formation continue afin de promouvoir les spécialités de l'imagerie médicale;
- **projet 2** : créer des documents d'enseignement sur l'assiette santé d'inspiration méditerranéenne et un outil sur l'importance de diminuer la consommation de viandes rouges;
- **projet 3** : réviser et mettre en place de la documentation à remettre lors de certaines analyses pour la clientèle du Centre de prélèvements;
- **projet multidisciplinaire** attribué à l'équipe de réadaptation : développer des documents d'enseignement sur les aides techniques et les techniques de transfert afin de maximiser l'autonomie et la sécurité des usagers.

Mise en place d'un nouveau règlement de régie interne

Un nouveau règlement de régie interne a été adopté. Dans ce nouveau règlement, le MSSS exigeait un exécutif constitué de 10 membres élus et de 3 membres cooptés. Cette constitution amenait, selon nous, une surreprésentation au sein de notre établissement du fait que les activités de spécialisation sont exercées dans un seul site. Le Ministère a accepté notre demande de modulation de cet article permettant de maintenir la composition actuelle de l'exécutif à 5 membres élus.

Création du comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC)

Conformément à la section 6.3 du Règlement sur la régie interne du conseil multidisciplinaire (CM) de l'Institut, dont la dernière version a été approuvée par le conseil d'administration

le 4 octobre 2016, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a dû instituer un comité pour le maintien et la promotion de la compétence des membres du conseil. Il a donc été créé en cours d'année.

Ce comité, formé de M^{mes} Noémie Bérubé (présidente), Cassiopée Paradis-Gagnon, Valérie Langlois et Vicky Courtois-Plourde (secrétaire), s'est réuni une fois au mois de novembre 2016. De cette rencontre a émané une ébauche de plan d'action qui a été présentée à la Direction générale lors de l'exécutif du 20 décembre 2016. Les démarches pour la nomination de la personne désignée par le président-directeur général sont en cours.

Instance régionale de la Capitale-Nationale

Conformément à l'article 87 de la loi 1, le CM du CIUSSS de la Capitale-Nationale est désormais responsable des activités de l'Instance régionale (auparavant CMuR).

En 2016-2017, deux rencontres ont eu lieu. La première (septembre 2016) a permis de réviser le mandat et la composition de l'Instance régionale. La deuxième (décembre 2016) a réuni l'ensemble des nouveaux membres et a permis l'approbation du règlement interne. Cette rencontre a également permis d'aborder certaines préoccupations régionales, dont l'offre de stages dans les établissements ainsi que le projet Optilab.

Les représentantes de l'Institut à l'Instance régionale sont M^{mes} Cassiopée Paradis-Gagnon et Noémie Bérubé. La directrice des services multidisciplinaires, M^{me} Nancy Boil, ainsi qu'un représentant de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (nomination à venir) siègent également à ce comité.

Informatisation des requêtes pour les demandes de comités de pairs

L'informatisation des documents, déposés sur le site intranet de l'établissement, permettra une plus grande facilité d'emploi pour les utilisateurs.

Rencontre des évaluateurs d'Agrément Canada

Cette rencontre, en novembre 2016, a permis de mettre en évidence les principaux enjeux en lien avec les continuums de soins et le vieillissement de la population.

Pratiques en interdisciplinarité lors de situations complexes

Le mandat des comités de pratiques professionnelles est sous étude par la direction.

Avis demandés

La direction a impliqué le CM lors de ses activités dans le cadre du Plan clinique de l'établissement. Les documents suivants ont également été portés à notre attention :

- protocole d'extubation des usagers aux soins intensifs;
- ordonnance collective / ajustement et sevrage des paramètres ventilatoires chez les usagers sous ventilation mécanique invasive;
- ordonnance collective / ajustement du mode et de la fréquence d'administration des médicaments en inhalation;
- procédure relative à la vérification du matériel de réanimation cardiorespiratoire;
- procédure relative à une réanimation cardiorespiratoire « code bleu »;
- politique relative à l'utilisation des pompes intelligentes;
- politique de gestion des médicaments à niveau élevé;
- politique relative à l'immunisation et au dépistage des travailleurs;
- procédure relative à la gestion de l'absence d'un intervenant présentant une influenza ou un syndrome d'allure grippale;
- procédure relative à la gestion de l'absence d'un intervenant présentant des symptômes de gastroentérite d'allure virale;
- procédure relative à la gestion de l'absence d'un intervenant présentant des symptômes reliés à une maladie infectieuse;
- révision du guide pour l'élaboration, la révision et l'abolition des ordonnances collectives, des ordonnances individuelles standardisées, des protocoles médicaux, des règles d'utilisation des médicaments et des règles de soins médicaux;
- procédure relative à l'application des mesures d'hygiène et d'étiquettes respiratoires ainsi que de détection précoce de maladies respiratoires sévères infectieuses;
- sondage de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) concernant le transfert des effectifs des CISSS/CIUSSS ou autres établissements vers les groupes de médecine familiale (GMF).

PRIORITÉS D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE FINANCIÈRE

- Améliorer le processus de fonctionnement des comités de pairs selon le cadre de référence de l'ACMQ.
- Organiser une activité ayant comme thème l'interdisciplinarité dans le cadre des activités du centenaire de l'établissement.
- Rédiger et appliquer un plan d'action concerté avec le représentant de la direction dans le cadre du comité pour le maintien et la promotion de la compétence.
- Faire un suivi de la collecte multidisciplinaire de données dans le cadre de l'informatisation de la collecte de données initiale.
- Initier et assurer le suivi de nouveaux projets de pairs/multidisciplinaires.

M^{ME} SYLVIANNE PICARD, pht

Chef du Service de réadaptation (p. i.)

Présidente du CM

ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'INSTITUT**MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION**

Présidente : NICOLE MORIN

Vice-présidente : LUCIE GOULET

Secrétaire : MICHEL BOULAY

Trésorier : RÉJEAN AUGER

**Conseillers/
conseillères :** JEAN-LOUIS DEMERS
LORRAINE DÉRY
MARTHE HALLÉ
FRANCINE THIVIERGE
BERTHE VAILLANCOURT

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

SECTION I — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

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

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

- aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;

- prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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 : Comme le définit 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, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

Renseignement confidentiel : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne

en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

Champ d'application

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

Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique lorsqu'il 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 ordinaires.

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 cités au point 2. 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 ne sont pas publiques, 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 par celles-ci à le faire.

Charge publique

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

Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

Le membre 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 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 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

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) de veiller à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et de fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) de réviser, au besoin, le présent code et de soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et de 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 un 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 (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

Notion d'indépendance

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

Obligations en fin du mandat

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

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

Note : Veuillez noter qu'aucun manquement n'a été constaté au cours de l'année.

ÉTATS FINANCIERS



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration
de l'Institut universitaire de cardiologie et de
pneumologie de Québec – Université Laval

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière résumée au 31 mars 2017 et les états résumés des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes sont tirés des états financiers audités de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (ci-après l'« IUCPQ ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2017 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'IUCPQ.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés, tirés des états financiers audités de l'IUCPQ pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'IUCPQ au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.*¹

Québec
Le 13 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A125181

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Résultats résumés

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	Budget	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
	2017	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ACTIVITÉS PRINCIPALES							
Produits							
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	215 397 314	217 344 041	214 977 221	10 931 172	10 521 604	228 275 214	225 498 824
Contributions des usagers	7 840 000	8 078 489	8 028 472			8 078 489	8 028 472
Autres produits (annexe A)	3 967 358	3 325 937	3 805 262	254 692	241 675	3 580 629	4 046 937
Ventes de services et recouvrements (annexe B)	3 230 307	4 155 589	3 643 312			4 155 589	3 643 312
Amortissement des produits reportés				1 014 203	868 167	1 014 203	868 167
Écart de financement des immobilisations corporelles – réforme comptable				5 447 982	8 140 499	5 447 982	8 140 499
	230 434 979	232 904 056	230 454 267	17 648 049	19 771 945	250 552 105	250 226 212
Charges							
Activités principales							
Salaires, traitements et avantages sociaux (annexe C)	141 499 693	142 863 465	140 421 385			142 863 465	140 421 385
Autres charges (annexe C)	88 143 371	88 397 714	88 354 255			88 397 714	88 354 255
Autres charges non réparties (annexe D)	921 003	1 214 654	2 650 151			1 214 654	2 650 151
Frais d'intérêts				3 739 908	4 033 115	3 739 908	4 033 115
Amortissement des immobilisations corporelles				12 987 006	12 386 154	12 987 006	12 386 154
Amortissement des frais d'émission et d'escompte sur les obligations				116 379	345 020	116 379	345 020
Déconstruction du pavillon Rousseau				752 414	2 500 000	752 414	2 500 000
Perte sur la disposition d'immobilisations corporelles				64 118	4 167 032	64 118	4 167 032
	230 564 067	232 475 833	231 425 791	17 659 825	23 431 321	250 135 658	254 857 112
Moins : virements aux activités accessoires	131 033	147 478	142 233			147 478	142 233
	230 433 034	232 328 355	231 283 558	17 659 825	23 431 321	249 988 180	254 714 880
Surplus (déficit) de l'exercice des activités principales	1 945	575 701	(829 291)	(11 776)	(3 659 376)	563 925	(4 488 667)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES (annexe E)							
Produits							
	39 000 000	42 296 684	41 287 910			42 296 684	41 287 910
Charges							
	39 000 000	41 918 177	38 436 462			41 918 177	38 436 462
Surplus de l'exercice des activités accessoires		378 507	2 851 448			378 507	2 851 448
Surplus (déficit) de l'exercice	1 945	954 208	2 022 157	(11 776)	(3 659 376)	942 432	(1 637 219)

Les notes complémentaires et les annexes résumées font partie intégrante des états financiers résumés.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval**Surplus cumulés résumés**

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

			Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
			Total		2017	2016	2017	2016
	Non affectés	Affectés	2017	2016				
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Surplus (déficits) cumulés au début	(2 895 905)	7 196 830	4 300 925	2 552 706	5 557 420	10 539 492	9 858 345	13 092 198
Surplus (déficit) de l'exercice	575 701	378 507	954 208	2 022 157	(11 776)	(3 659 376)	942 432	(1 637 219)
Transferts interétablissements				(273 938)		(3 238 738)		(3 512 676)
Autres variations des surplus cumulés						1 916 042		
Surplus (déficits) cumulés à la fin	(2 320 204)	7 575 337	5 255 133	4 300 925	5 545 644	5 557 420	10 800 777	9 858 345

Les notes complémentaires et les annexes résumées font partie intégrante des états financiers résumés.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Variation de la dette nette résumée

au 31 mars 2017

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Actifs financiers nets (dette nette) au début	1 250 330	301 526	(182 058 489)	(171 989 810)	(180 808 159)	(171 688 284)
Surplus (déficit) de l'exercice	954 208	2 022 157	(11 776)	(3 659 376)	942 432	(1 637 219)
Variation due aux stocks de fournitures	(174 890)	(702 472)			(174 890)	(702 472)
Variation due aux frais payés d'avance	108 190	(96 943)			108 190	(96 943)
Transferts interétablissements		(273 938)		(3 238 738)		(3 512 676)
Autres variations des surplus cumulés				1 916 042		1 916 042
Variations dues aux immobilisations corporelles						
Acquisitions			(18 134 826)	(22 663 982)	(18 134 826)	(22 663 982)
Gain sur la disposition d'immobilisations corporelles			109 185		109 185	
Perte sur la disposition d'immobilisations corporelles			64 118	4 167 032	64 118	4 167 032
Amortissement			12 987 006	12 386 154	12 987 006	12 386 154
Ajustements des immobilisations corporelles				1 024 189		
Variation de l'exercice	887 508	948 804	(4 986 293)	(10 068 679)	(4 098 785)	(9 119 875)
Actifs financiers nets (dette nette) à la fin	2 137 838	1 250 330	(187 044 782)	(182 058 489)	(184 906 944)	(180 808 159)

Les notes complémentaires et les annexes résumées font partie intégrante des états financiers résumés.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Flux de trésorerie résumés

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2017	2016
	\$	\$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	942 432	(1 637 219)
Éléments hors caisse		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(66 700)	(799 414)
Amortissement des produits reportés liés aux immobilisations corporelles		
Gouvernement du Canada	(254 692)	(241 675)
Autres	(1 027 346)	(874 741)
Amortissement des immobilisations corporelles	12 987 006	12 386 154
Amortissement des frais reportés d'émission et d'escompte sur les obligations	116 379	
Perte sur la disposition d'immobilisations corporelles	64 118	4 167 032
Total des éléments hors caisse	11 818 765	14 637 357
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(8 071 273)	(8 016 521)
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	<u>4 689 924</u>	<u>4 983 616</u>
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS CORPORELLES		
Immobilisations corporelles	(18 134 826)	(22 663 982)
Cession d'immobilisations corporelles	109 185	
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations corporelles	<u>(18 025 641)</u>	<u>(22 663 982)</u>
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Placements		(10 000 000)
Subvention à recevoir – réforme comptable	(5 447 982)	(7 383 139)
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	<u>(5 447 982)</u>	<u>(17 383 139)</u>
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts effectués – dettes à long terme	11 437 785	22 782 338
Emprunts remboursés – dettes à long terme	(7 032 703)	(6 327 290)
Emprunts remboursés – refinancement de dettes à long terme	(2 564 549)	(5 147 024)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	35 069 826	35 313 701
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(10 048 768)	(4 842 615)
Emprunts temporaires remboursés – refinancement du fonds d'immobilisations	<u>(11 437 785)</u>	<u>(22 782 338)</u>
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	15 423 806	18 996 772
Diminution nette de l'encaisse	<u>(3 359 893)</u>	<u>(16 066 733)</u>
Encaisse au début	29 173 580	45 240 313
Encaisse à la fin	<u>25 813 687</u>	<u>29 173 580</u>

Les notes complémentaires et les annexes résumées font partie intégrante des états financiers résumés.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Situation financière résumée

au 31 mars 2017

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS						
Encaisse	25 813 687	29 173 580			25 813 687	29 173 580
Placements non rachetables, 1,45 % et 1,20 %, échéant en juin 2017 et en novembre 2017	10 000 000	10 000 000			10 000 000	10 000 000
Autres créances (note 2)	38 992 566	35 114 614	11 691 941	6 041 411	50 684 507	41 156 025
Somme à recevoir du fonds d'exploitation			2 073 663	2 898 692		
Frais reportés d'émission et d'escompte sur les obligations			608 994	649 964	608 994	649 964
	74 806 253	74 288 194	14 374 598	9 590 067	87 107 188	80 979 569
PASSIFS						
Comptes fournisseurs et autres dettes de fonctionnement (note 3)	40 953 058	41 228 085	3 794 517	10 070 086	44 747 575	51 298 172
Somme due au fonds d'immobilisations	2 073 663	2 898 692				
Produits reportés (note 4)	29 641 694	28 911 087	18 509 266	17 684 529	48 150 960	46 595 616
Financement temporaire (note 6)			43 606 173	30 022 900	43 606 173	30 022 900
Intérêts courus à payer			976 803	1 178 953	976 803	1 178 953
Dettes à long terme (note 7)			134 532 621	132 692 088	134 532 621	132 692 088
	72 668 415	73 037 864	201 419 380	191 648 556	272 014 132	261 787 728
DETTE NETTE	2 137 838	1 250 330	(187 044 782)	(182 058 489)	(184 906 944)	(180 808 159)
ACTIFS NON FINANCIERS						
Stocks de fournitures	2 690 326	2 515 436			2 690 326	2 515 436
Frais payés d'avance	426 969	535 159			426 969	535 159
Immobilisations corporelles (note 5)			192 590 426	187 615 909	192 590 426	187 615 909
	3 117 295	3 050 596	192 590 426	187 615 909	195 707 721	190 666 504
SURPLUS CUMULÉS	5 255 133	4 300 926	5 545 644	5 557 420	10 800 777	9 858 345
Surplus cumulés constitués des éléments suivants :						
Non affectés	(2 320 204)	(2 895 905)				
Affectations d'origine interne	7 575 337	7 196 830				
	5 255 133	4 300 925	5 545 644	5 557 420	10 800 777	9 858 345

Les notes complémentaires et les annexes résumées font partie intégrante des états financiers résumés.

Pour le conseil d'administration,

Administrateur

Administrateur

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Notes complémentaires

au 31 mars 2017

1 - STATUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de l'établissement, en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, et en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité, tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Il a aussi pour mandat de viser à satisfaire les besoins de santé et d'offrir des soins et des services généraux, spécialisés et ultraspecialisés aux personnes atteintes de maladies cardiopulmonaires et de maladies liées à l'obésité pour des clientèles locales, régionales et suprarégionales.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2 - AUTRES CRÉANCES

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
MSSS						
Financement supplémentaire	14 091 307	9 471 874			14 091 307	9 471 874
Subvention à recevoir du MSSS	13 769 201	13 776 603	10 208 949	4 760 967	23 978 150	18 537 570
Prise en charge du déficit d'exploitation cumulé au 1er avril 2008	3 777 648	5 666 473			3 777 648	5 666 473
Créances – MSSS			976 803	1 178 953	976 803	1 178 953
	31 638 156	28 914 950	11 185 752	5 939 920	42 823 908	34 854 870

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Notes complémentaires

au 31 mars 2017

2 - AUTRES CRÉANCES (suite)

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Autres créances						
Congés différés	434 617	334 250			434 617	334 250
Bénéficiaires et autres établissements	2 110 370	1 556 780			2 110 370	1 556 780
Taxes à la consommation à recevoir	1 477 790	926 478	57 567		1 535 357	926 478
Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	322 501	113 591		46 979	322 501	160 570
Avances aux employés	414 575	466 040			414 575	466 040
Intérêts			343 152		343 152	
Autres	2 728 119	2 824 918	105 470	54 512	2 833 589	2 879 430
	7 487 972	6 222 056	506 189	101 491	7 994 161	6 323 547
Provision pour créances douteuses	(133 562)	(22 392)			(133 562)	(22 392)
	38 992 566	35 114 614	11 691 941	6 041 411	50 684 507	41 156 025

3 - COMPTES FOURNISSEURS ET AUTRES DETTES DE FONCTIONNEMENT

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Comptes fournisseurs	10 114 839	10 938 539	2 252 711	1 711 735	12 367 550	12 650 274
Salaires et retenues à la source à payer	11 095 262	11 096 342			11 095 262	11 096 342
Passif au titre des avantages sociaux futurs	18 752 652	18 334 985			18 752 652	18 334 985
Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	389 520	377 330			389 520	377 330
Charges à payer	600 785	480 889	1 541 806	8 358 351	2 142 591	8 839 240
	40 953 058	41 228 085	3 794 517	10 070 086	44 747 575	51 298 172

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Notes complémentaires

au 31 mars 2017

4 - PRODUITS REPORTÉS

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total
	2017	2016	2017	2016	
	\$	\$	\$	\$	\$
Activités principales					
MSSS	575 857	527 746			527 746
Autres	49 323	123 221			123 221
Activités accessoires					
Recherche	22 278 485	21 584 335			21 584 335
Autres	6 738 029	6 675 786	18 509 266	17 684 529	24 360 315
	29 641 694	28 911 087	18 509 266	17 684 529	46 595 616

5 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	2017			2016
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Terrains	1 888 221		1 888 221	1 888 221
Aménagement des terrains	1 168 585	885 473	283 112	304 400
Bâtiments	185 739 069	53 550 182	132 188 887	131 742 964
Développement informatique	279 711	279 711		
Mobilier et équipement de bureau	7 270 003	5 403 871	1 866 132	2 134 966
Équipement informatique	3 174 794	2 851 881	322 913	421 984
Mobilier et équipement médical	140 578 326	93 533 288	47 045 038	48 031 450
Réseau de télécommunications	563 068	478 608	84 460	140 766
Construction en cours	8 631 161		8 631 161	2 792 631
Matériel roulant	8 745	8 745		875
Équipement de communication multimédia	447 870	167 368	280 502	157 652
	349 749 553	157 159 127	192 590 426	187 615 909

Au cours de l'exercice, l'établissement a acquis des immobilisations corporelles pour une somme de 18 134 826 \$ (22 663 982 \$ en 2016).

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Notes complémentaires

au 31 mars 2017

6 - FINANCEMENT TEMPORAIRE

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	\$	\$
Emprunts bancaires	28 350 348	22 440 715
Enveloppes décentralisées – Financement-Québec	14 143 953	6 835 450
Projets en cours – Société québécoise des infrastructures	1 111 872	746 735
	<u>43 606 173</u>	<u>30 022 900</u>

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

7 - DETTE À LONG TERME

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	\$	\$
Billets à terme, 1,15 % à 5,09 %, échéant de juillet 2017 à décembre 2041	134 532 621	132 692 088

Ces emprunts sont garantis, capital et intérêts, par le Gouvernement du Québec et sont payables à même les deniers qui sont votés annuellement à cette fin par l'Assemblée nationale.

8 - ENGAGEMENTS

Les engagements de l'établissement comprennent ce qui suit :

- Un montant de 16 863 051 \$ pour des contrats d'acquisition d'immobilisations corporelles;
- Un montant de 1 146 994 \$ pour des contrats de location;
- Un montant de 8 761 883 \$ pour des contrats d'approvisionnement de biens et services.

9 - OPÉRATIONS AVEC LA FONDATION DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

Au cours de l'exercice, la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec a contribué pour une somme de 1 679 847 \$ (3 601 801 \$ en 2016) à des projets liés aux immobilisations corporelles, et pour une somme de 1 475 819 \$ (1 163 768 \$ en 2016) au fonds d'exploitation pour des bourses et des activités de recherche.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Notes complémentaires

au 31 mars 2017

9 - OPÉRATIONS AVEC LA FONDATION DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC (suite)

En vertu d'une convention de bail, l'établissement a donné en location ses aires de stationnement à la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et celle-ci en a confié la gestion à l'établissement en vertu d'une convention.

10 - ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Le projet OPTILAB, entrant en application le 1er avril 2017, consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis par les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts par l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créées à cet effet. Ce changement a pour but une offre de services concertée et complémentaire ainsi qu'un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1er avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale de l'établissement sera intégré dans l'une des 11 grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le CHU de Québec – Université Laval une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire, qui entre en vigueur à compter du 1er avril 2017, en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations et responsabilités, et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

11 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Annexes résumées

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	ANNEXE A	
	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	\$	\$
AUTRES PRODUITS DU FONDS D'EXPLOITATION		
Escompte sur les achats	236 305	235 182
Stages d'enseignement clinique	362 992	268 755
Contributions au titre des coûts indirects de la recherche	1 025 156	1 047 767
Contribution de la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec relative à l'exploitation du stationnement	1 052 250	1 052 250
CIUSSS de la Capitale-Nationale - budgets régionaux de main-d'œuvre	287 286	
Fonds de partenariats – frais indirects		767 042
Intérêts	237 580	16 427
Autres	124 368	417 839
	<u>3 325 937</u>	<u>3 805 262</u>
ANNEXE B		
	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	\$	\$
VENTES DE SERVICES ET RECouvreMENTS		
Services diagnostiques et thérapeutiques		
Laboratoires	290 075	183 071
Physiologie respiratoire	145 960	142 734
Imagerie médicale	45 279	26 980
Autres	14 183	17 002
Formation et services techniques		
Services alimentaires	1 779 144	1 704 208
Recouvrements	1 880 948	1 569 317
	<u>4 155 589</u>	<u>3 643 312</u>

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Annexes résumées

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2017			ANNEXE C 2016		
	Salaires, traitements et avantages sociaux \$	Autres charges \$	Total \$	Salaires, traitements et avantages sociaux \$	Autres charges \$	Total \$
CHARGES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES						
Administration des soins	3 563 060	89 619	3 652 679	2 940 437	46 954	2 987 391
Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants	51 204 449	3 364 556	54 569 005	49 302 061	3 418 100	52 720 161
Soins infirmiers de la chirurgie d'un jour	123 967		123 967	121 951		121 951
Soins infirmiers à domicile	1 528 445	300 180	1 828 625	1 510 242	253 392	1 763 634
Urgence	6 571 245	575 632	7 146 877	6 481 582	560 028	7 041 610
Bloc opératoire	8 549 844	21 426 922	29 976 766	7 834 389	19 567 081	27 401 470
Consultations externes	776 618	77 759	854 377	913 938	89 167	1 003 105
Services externes en psychiatrie	51 305	1 243	52 548	50 453	333	50 786
Centre de stérilisation et de distribution	1 069 995	411 147	1 481 142	988 547	354 492	1 343 039
Inhalothérapie	3 016 563	470 644	3 487 207	2 887 631	629 291	3 516 922
Services dentaires curatifs	37 771	17 123	54 894	38 397	9 554	47 950
Santé publique	389 992	16 434	406 426	462 557	32 294	494 850
Laboratoires	5 819 735	4 369 546	10 189 281	5 664 188	3 905 037	9 569 225
Physiologie respiratoire	2 198 889	240 183	2 439 072	2 099 185	237 155	2 336 340
Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	15 235	5 993 650	6 008 885	14 232	5 594 877	5 609 109
Électrophysiologie	3 168 300	328 612	3 496 912	2 991 348	230 453	3 221 801
Services psychosociaux	390 905	10 119	401 024	1 114 052	9 024	1 123 076
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	4 557 387	22 840 127	27 397 514	4 419 678	24 838 443	29 258 121
Endoscopie	1 050 658	759 523	1 810 181	862 916	725 299	1 588 215
Médecine nucléaire et tomographie par émission de positrons	1 061 166	1 473 459	2 534 625	1 144 470	1 263 955	2 408 425
Dialyse rénale	330 471	78 543	409 014	409 311	92 304	501 614
Pharmacie	4 299 768	7 536 882	11 836 650	4 330 182	7 370 217	11 700 398

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Annexes résumées

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2017			2016		
	Salaires, traitements et avantages sociaux	Autres charges	Total	Salaires, traitements et avantages sociaux	Autres charges	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Imagerie médicale	3 750 484	1 441 843	5 192 327	3 521 422	1 520 389	5 041 810
Audiologie et orthophonie	14 060	1 380	15 440	17 632	179	17 812
Physiothérapie	1 517 131	22 815	1 539 946	1 443 561	33 104	1 476 665
Ergothérapie	653 949	12 060	666 009	694 122	23 381	717 503
Hémato-oncologie	878 905	81 481	960 386	874 257	70 710	944 968
Médecine de jour	6 702 142	451 703	7 153 845	6 529 824	472 965	7 002 789
Gestion et soutien aux programmes	341 922	26 584	368 506	1 564 612	137 131	1 701 743
Enseignement	1 067 548	161 955	1 229 503	1 084 437	165 900	1 250 337
Administration générale	8 623 433	2 062 732	10 686 165	8 351 325	1 879 659	10 230 984
Administration des services techniques	328 545	10 913	339 458	306 770	8 685	315 455
Informatique	255 904		255 904	999 077	628 603	1 627 680
Déplacements des usagers		1 014 258	1 014 258		935 348	935 348
Réception, archives et télécommunications	4 253 584	854 147	5 107 731	4 300 821	862 265	5 163 086
Nutrition – clinique et alimentation	4 774 701	1 914 636	6 689 337	4 848 296	2 008 138	6 856 434
Buanderie et lingerie	352 057	1 453 113	1 805 170	287 625	1 473 117	1 760 742
Entretien ménager	4 516 758	418 567	4 935 325	4 261 506	418 504	4 680 010
Gestion des déchets biomédicaux	159 427	175 025	334 452	156 139	144 415	300 554
Fonctionnement des installations	395 416	2 855 516	3 250 932	367 802	2 673 447	3 041 249
Sécurité	594 198	16 229	610 427	598 198	17 738	615 936
Entretien et réparations des installations	3 342 744	5 040 854	8 383 598	3 120 895	5 653 127	8 774 022
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	42 254		42 254	54 696		54 696
Personnel en prêt de service	522 535		522 535	456 621		456 621
	142 863 465	88 397 714	231 261 179	140 421 385	88 354 255	228 775 640

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
Annexes résumées

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	ANNEXE D	
	2017	2016
	\$	\$
AUTRES CHARGES NON RÉPARTIES		
Achats de services posthospitaliers en centres d'hébergement et de soins de longue durée publics		240 484
Forfaitaire – nouvelles conventions collectives	25 919	1 305 536
Aide à la ventilothérapie	893 398	866 165
Variation de la provision pour assurance salaire	(95 084)	7 625
Autres	390 422	230 341
	1 214 654	2 650 151

	2017			2016		
	Produits	Charges	Excédent (insuffisance) des produits	Produits	Charges	Excédent (insuffisance) des produits
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ACTIVITÉS ACCESSOIRES – PRODUITS ET CHARGES						
Activités complémentaires						
Recherche	27 001 945	26 362 930	639 015	24 285 133	22 477 463	1 807 670
Enseignement médical	636 925	636 925		645 578	650 267	(4 689)
Internes et résidents en médecine	10 627 825	10 627 825		10 313 600	10 313 600	
Pavillon de prévention des maladies cardiaques	1 095 160	1 303 256	(208 096)	2 085 632	1 250 796	834 836
	39 361 855	38 930 936	430 919	37 329 943	34 692 126	2 637 817
Activités commerciales						
Parc de stationnement	1 450 358	1 460 856	(10 498)	1 267 654	1 267 786	(132)
Autres	1 484 471	1 526 385	(41 914)	2 690 313	2 476 550	213 763
	2 934 829	2 987 241	(52 412)	3 957 967	3 744 336	213 631
	42 296 684	41 918 177	378 507	41 287 910	38 436 462	2 851 448

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Annexes résumées

pour l'exercice terminé le 31 mars 2017
(non auditée)

	ANNEXE F	
	2017	2016
	\$	\$
CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME-SERVICE		
Santé publique	406 426	494 851
Services généraux – activités cliniques et activités d'aide	92 014	100 802
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	502 106	728 647
Santé mentale	178 917	128 432
Santé physique	184 769 021	182 310 584
Administration	11 757 496	13 564 248
Soutien aux services	17 193 791	16 628 241
Gestion des bâtiments et de l'équipement	17 428 584	17 327 753
	232 328 355	231 283 558

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

Exercice terminé le 31 mars 2017

Il n'y a aucune réserve au rapport de l'auditeur indépendant. Ci-dessous, le tableau tel que présenté au rapport financier prescrit.

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
<i>Rapport à la gouvernance</i>						

SUITE DE L'ENTENTE DE GESTION

**INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL**

**FICHES DE REDDITION DE COMPTES
DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DU CHAPITRE III
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ**

2016-2017

**DIRECTION DES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
ET DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES**

14 JUIN 2017

**DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES INFORMATIONS
CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents :

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2016-2017 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval présentent :

- les engagements et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016.

Signé à Québec le 14 juin 2017



Denis Bouchard
Président-directeur général
Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec - Université Laval

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPACTABILITÉ 2016-2017 – FICHE DE REDDITION DE COMPTES DES ATTENTES SPÉCIFIQUES

NOM LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT : INSTITUT DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMONIE DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL
PRÉNOM ET NOM DU RESPONSABLE DE L'EGI DE L'ÉTABLISSEMENT : Isabel Roussin-Collin, DGA santé physique
DATE DE LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DU PDG : 14 juin 2017

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	

SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)

PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION I : Nathalie Thibault
 DATE DE VALIDATION DE LA SECTION I : 2017-06-09

1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie cible (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R					
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R					

SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)

PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION II : François Aumont
 DATE DE VALIDATION DE LA SECTION II : 2017-06-09

2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRAIRE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA					
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	NA					
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de services sociaux généraux.	NA					
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUTES LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	NA					
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	NA					
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R					
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION III : François Aumond								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION III : 2017-06-09								
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	R					
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	NA					
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	R					
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	NA					
3.5	ADDENDA - MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement servira à l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	R					
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	R					
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION IV : Denis Potvin								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION IV : 2017-06-09								
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R					
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION V : Denis Potvin			DATE DE VALIDATION DE LA SECTION V : 2017-06-09					
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	R					Leadership assumé par le CIUSSS de la Capitale Nationale
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R					
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R					
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA					IUCPQ-UL collaborera le cas échéant

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VI : Isabel Roussin-Collin			DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VI : 2017-06-09					
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R					
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VII : Jean Boulanger								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VII : 2017-06-09								
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	<ul style="list-style-type: none"> Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	R					

RÉFÉRENCES

- ¹ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada [En ligne]. Ottawa (ON) : Cœur et AVC; c2017. Disponible : <http://www.coeuretavc.ca/>
- ² Statistique Canada. *Tableau 102-0529 - Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (100 à 199), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (2005-2009)*, CANSIM (base de données), version mise à jour le 30 mai 2012.
- ³ Agence de la santé publique du Canada. Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>
- ⁴ Ross H, Howlett J, Arnold JM, Liu P, O'Neill BJ, Brophy JM, et al. Treating the right patient at the right time : Access to heart failure care. *Can J Cardiol*. 2006;22:749-54.
- ⁵ Wilkins K, Campbell NR, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al. Blood pressure in Canadian adults. *Health Rep*. 2010;21:37-46.
- ⁶ Corrao JM, Becker RC, Ockene IS, Hamilton GA. Coronary heart disease risk factors in women. *Cardiology*. 1990;77(Suppl 2):8-12.
- ⁷ Association pulmonaire du Québec [En ligne]. Montréal (QC); c2017. Disponible : <http://www.pq.poumon.ca/>
- ⁸ Geduld, J. L'air qu'on respire : le coût national des maladies attribuables à la pollution atmosphérique : Sommaire du rapport. Ottawa : Association médicale canadienne; août 2008.
- ⁹ Institut national de santé publique du Québec. Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les hommes, Québec, provinces canadiennes et Canada; 2006.
- ¹⁰ Institut national de santé publique du Québec. Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les femmes, Québec, provinces canadiennes et Canada; 2006.
- ¹¹ Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard, P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis : systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:b5569.
- ¹² Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) [En ligne]. Modifié le 17 sep 2012. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-esutc-2011.html>
- ¹³ Aberg A, Bergstrand R, Johansson S, Ulvenstam G, Vedin A, Wedel H, et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Br Heart J*. 1983;49:416-22.
- ¹⁴ Rehm, D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Ottawa (ON) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2002.
- ¹⁵ Tjepkema M. Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés. Produit no 82-620-MWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2005.
- ¹⁶ Institut national de santé publique du Québec. Proportion de la population de 18 ans et plus souffrant d'obésité, Québec, provinces canadiennes et Canada; 2009.
- ¹⁷ Agence de santé publique du Canada. Obésité au Canada : rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa (ON) : Agence; 2011.
- ¹⁸ Katzmarzyk PT, Ardern CI. Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985-2000. *Can J Public Health*. 2004;95:16-20.
- ¹⁹ Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2008;32(Supplement 1):S1-S4.
- ²⁰ Laakso M, Rönnemaa T, Lehto S, Puukka P, Kallio V, Pyörälä K. Does NIDDM increase the risk for coronary heart disease similarly in both low and high risk population? *Diabetologia*. 1995;38:487-93.
- ²¹ Gilmour H. Rapports sur la santé - Les Canadiens physiquement actifs. Produit no 82-003-XWF Vol. 18 no 3 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2007.
- ²² Fondation des maladies du cœur du Canada. Vivre avec le cholestérol; 2006.
- ²³ Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres [En ligne]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; c2011. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf>
- ²⁴ Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian adults : Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep*. 2011;22:7-14.
- ²⁵ Janssen I. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:803-806
- ²⁶ Institut de la statistique du Québec [En ligne]. Disponible : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

STATISTIQUES ANNUELLES

Volumes d'activités pour l'exercice terminé le 31 mars	2016-2017	2015-2016	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	328	328	0,00 %
Nombre de lits - dressés	314	308	1,95 %
Admissions	15 396	14 598	5,47 %
Départs	15 436	14 582	5,86 %
Séjours moyens (jours)	6,5	6,5	0,00 %
Occupation des lits disponibles (en %)	88,1	86,6	1,74 %
Total jours-présence	99 617	95 686	4,11 %
• courte durée	97 915	94 010	4,15 %
• longue durée	1 702	1 676	1,55 %
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	4 820	4 292	12,30 %
• chirurgie cardiaque	3 018	2 633	14,62 %
• chirurgie thoracique	780	698	11,75 %
• chirurgie générale	385	360	6,94 %
• chirurgie bariatrique (obésité)	617	580	6,38 %
• autres spécialités	20	21	-4,76 %
Heures-présence des usagers	16 534	15 807	4,60 %
Total usagers	4 820	4 292	12,30 %
• hospitalisés	4 744	4 215	12,55 %
• en chirurgie d'un jour	76	77	-1,30 %
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	11 454	11 121	2,99 %
• coronarographies	4 229	4 087	3,47 %
• angioplasties	3 575	3 502	2,08 %
• études électrophysiologiques	137	132	3,79 %
• ablations	1 094	1 031	6,11 %
• cardiostimulateurs & défibrillateurs	1 352	1 318	2,58 %
• autres procédures	1 067	1 051	1,52 %
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 367	1 338	2,17 %
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	15	28	-46,43 %
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	127 987	121 310	5,50 %
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 828 895	2 630 481	7,54 %
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
Procédures	2 532 787	2 576 048	-1,68 %
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	19 513	19 482	0,16 %

Volumes d'activités pour l'exercice terminé le 31 mars	2016-2017	2015-2016	VARIATION
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	1 886	1 835	2,78 %
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	70 467	67 594	4,25 %
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	754	733	2,86 %
ENDOSCOPIE			
Total examens	12 151	11 883	2,26 %
• endoscopie digestive	5 967	5 727	4,19 %
• endoscopie respiratoire	6 184	6 156	0,45 %
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	1 128	1 179	-4,33 %
• hémofiltration	423	355	19,15 %
• hémodyalise	705	824	-14,44 %
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	6 202	5 657	9,63 %
Traitements	2 288	2 372	-3,54 %
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	43 911	44 355	-1,00 %
Usagers	27 850	27 766	0,30 %
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	16 870	16 920	-0,30 %
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	9 886	9 766	1,23 %
ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	146 934	138 298	6,24 %
• électrophysiologie	124 906	117 062	6,70 %
• échocardiographie	22 028	21 236	3,73 %
URGENCE			
Visites	26 261	25 504	2,97 %
Usagers sur civière	13 461	12 736	5,69 %
Usagers ayant séjourné plus de 24 heures	1 855	1 437	29,09 %
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	14 680	8 682	69,09 %
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	20 861	15 412	35,36 %
SERVICE SOCIAL			
Usagers	3 270	3 483	-6,12 %
Usagers référés (infirmières de liaison)	4 532	4 589	-1,24 %
ALIMENTATION			
Repas	663 124	626 859	5,79 %



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

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



IUCPQ.qc.ca

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