



L'INSTITUT EN TRANSFORMATION POUR L'AVENIR



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Rapport annuel
de gestion
2023-2024

NOTE AUX LECTEURS ET AUX LECTRICES

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

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

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

Direction des ressources humaines

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

IUCPQ.qc.ca

IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à la réalisation de ce rapport annuel.

PRODUCTION

Rédaction : L'ensemble des directions

Coordination et production : Direction des ressources humaines

Conception graphique : *cubebledu.com*

ISSN 1920-9401 (pdf)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

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

Table des matières

Message du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale 4

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents 5

Liste des abréviations et des acronymes 6

Institut : mission, vision et valeurs

Notre distinction 7

La grande famille 8

Trajectoire de soins et services 9

Vocation suprarégionale 11

Statistiques annuelles 13

Portrait de la clientèle 15

Organigramme de la haute direction 19

Conseil d'administration 20

Comités, conseils et instances consultatives 21

Faits saillants

Principales réalisations liées aux grandes orientations pour 2023-2027 40

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires 46

Direction de la recherche universitaire 49

Fondation IUCPQ 50

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion) 51

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Suivi de la visite d'Agrément Canada 55

Sécurité et qualité des soins et des services 56

Procédure d'examen des plaintes 67

Nombre de personnes mises sous garde 68

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie 69

Ressources financières

Répartition des charges brutes par programmes 71

Équilibre budgétaire 71

Contrats de services 72

Ressources informationnelles 73

Divulgations obligatoires 75

Annexe : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA 76

Message du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale

C'est avec enthousiasme que nous vous présentons le rapport annuel 2023-2024 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut), document qui fait état des principales activités réalisées au cours de l'année en vue d'atteindre nos objectifs pour le plus grand bénéfice de nos clientèles, de l'ensemble de la population et de nos partenaires.

Au cours de la dernière année, nos équipes se sont mobilisées pour continuer à soigner nos patientes et patients et leur assurer des soins de qualité et accessibles.

Aux fins de ce bilan annuel, nous ne pouvons passer sous silence quelques réalisations marquantes, notamment l'inauguration de la nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) qui a marqué l'aboutissement de cinq ans de travaux, de la réflexion à l'inauguration des locaux. Tout au long du projet, qui représente un investissement de 25 millions de dollars, les équipes de l'URDM ont été impliquées dans les réflexions et la conception des nouveaux locaux. Cela a permis une grande mobilisation des équipes qui ont été très fières de présenter le résultat de leur travail en octobre 2023. En effet, pour la première fois avant la mise en service des nouveaux locaux, nous avons invité toute personne qui le souhaitait à venir visiter les nouvelles installations lors de journées portes ouvertes. Ce fut un grand succès qui a permis de réunir une vingtaine de personnes à chacune des 12 visites guidées.

Quelques semaines plus tard, nous avons lancé les travaux de construction du pavillon J, requérant 64 lits et qui permettra d'améliorer la qualité des soins et des services en offrant, notamment, un environnement à la fine pointe de la technologie. Ce projet mobilisateur permet déjà des retombées positives pour nos équipes.

En préparation du déménagement dans ces nouveaux locaux, les processus sont revus et améliorés, et une collaboration plus grande est instaurée entre les équipes multidisciplinaires.

À la suite du cycle 1 d'Agrément Canada, nous avons obtenu un taux de conformité de 97,1 %, une performance supérieure à la moyenne du réseau (94,4 %). Lors de sa visite, l'équipe d'Agrément Canada a reconnu des secteurs d'excellence dans notre établissement, soit l'engagement marqué à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services à tous les niveaux de l'organisation, l'approche centrée sur l'utilisateur et sa famille (mise en place du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches), la certification Entreprise en santé – Élite, l'expertise de pointe dans la prise en charge de la clientèle atteinte d'un cancer pulmonaire ainsi que le bilan comparatif des médicaments déployé à 100 % dans l'ensemble de l'organisation. Agrément Canada a également évalué 30 pratiques organisationnelles requises et nous avons obtenu le score de 100 % pour 29 d'entre elles. Cela démontre une nouvelle fois la rigueur dont nos équipes font preuve au quotidien pour offrir des soins et des services à la hauteur de la réputation d'excellence de notre établissement.

Bonne lecture!



Isabel Roussin-Collin
Présidente-directrice
générale



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

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Objet : Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion 2023-2024 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut)

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2023-2024 de notre Institut :

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

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et correspondent à la situation qui se présentait au 31 mars 2024.

Isabel Roussin-Collin
Présidente-directrice générale

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 18 juin 2024. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet « INSTITUT », section « Documents institutionnels », rubrique « Rapports annuels de gestion ». Sous le même onglet, vous trouverez également le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section « Qui sommes-nous ? », rubrique « Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels ».

Liste des abréviations et des acronymes

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



Notre mission

Prodiguer des soins spécialisés et ultraspécialisés en santé cardiovasculaire, respiratoire et métabolique, tout en étant chef de file en recherche et en transfert des connaissances dans nos domaines d'expertise



Notre vision

Ensemble, pour des pratiques innovantes, de qualité et axées sur votre santé



Nos valeurs

> Le respect

> La responsabilisation

> La reconnaissance

> La collaboration et le partenariat



Ce qui nous distingue

- > Nos soins et nos services spécialisés et ultraspécialisés desservant tout l'est du Québec
- > Notre expertise et nos interventions en prévention et en réadaptation
- > La performance de notre urgence de soins spécialisés et de soins généraux
- > La recherche clinique et fondamentale en parfaite harmonie avec nos domaines d'expertise clinique
- > L'importance de nos activités d'enseignement pour la formation de la relève et le transfert du savoir
- > Notre contribution en évaluation des nouvelles technologies et des modes d'intervention en santé

La grande famille



3121
employés



362
membres
actifs, associés
et conseils

289 médecins
spécialistes

32 omnipraticiens

35 pharmaciens

6 chirurgiens-
dentistes



199
chercheurs
réguliers
et associés



505
étudiants
et stagiaires au
Centre de recherche

Trajectoire de soins et services

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

TRAJECTOIRE	COMPOSANTE	SERVICE
CHIRURGIE CARDIAQUE	Soins ambulatoires spécialisés	Cliniques ambulatoires • Préadmission • Coeur mécanique et greffe cardiaque • Maladie aortique • Cardiopathie congénitale • Valve percutanée et chirurgie valvulaire Clinique de médecine dentaire
	Unité de chirurgie	Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins intermédiaires	
MÉDECINE CARDIAQUE	Soins ambulatoires spécialisés	Laboratoire d'hémodynamie et d'électrophysiologie Cliniques ambulatoires • Cardiosimulateurs • Fibrillation auriculaire, génétique • Insuffisance cardiaque • Transplantation cardiaque • Sarcoïdose cardiaque Échocardiographie Électrocardiographie
	Unité de médecine	Unités d'hospitalisation
	Unité coronarienne et de soins intermédiaires	
CHIRURGIE THORACIQUE/ ONCOLOGIQUE	Soins ambulatoires spécialisés	Clinique ambulatoire de chirurgie thoracique Guichet de coordination et d'investigation en cancérologie thoracique Clinique ambulatoire d'oncologie
	Unité de chirurgie	Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins intermédiaires	
MÉDECINE PULMONAIRE	Soins ambulatoires spécialisés	Cliniques spécialisées de pneumologie • Apnée du sommeil • Asthme • Bronchectasie • Fibrose kystique • Hypertension pulmonaire • Maladie interstitielle • Maladie pulmonaire obstructive chronique Endoscopie respiratoire (salle interventionnelle) Laboratoire régional des troubles respiratoires du sommeil Physiologie respiratoire
	Unité de médecine	Unités d'hospitalisation
	Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile	Programme national d'oxygénothérapie à domicile Programme national d'assistance ventilatoire à domicile

Trajectoire de soins et services (suite)

TRAJECTOIRE	COMPOSANTE	SERVICE
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ	Soins ambulatoires spécialisés	Clinique ambulatoire de chirurgie de l'obésité
	Unité de chirurgie	Unité d'hospitalisation
MÉDECINE SPÉCIALISÉE	Soins ambulatoires spécialisés	Centre de soins de jour • Activités de médecine de jour • Antibiothérapie intraveineuse à domicile • Anticoagulothérapie • Diabète • Insuffisance rénale Endoscopie digestive Médecine bariatrique Service de suppléance rénale
	Unité de médecine	Unité d'hospitalisation
SOINS PALLIATIFS	Unité de médecine	Consultations en soins palliatifs Lits dédiés d'hospitalisation
SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES	Unité de médecine spécialisée	Consultations et soutien à l'autonomie de la personne âgée Unité d'hospitalisation
SERVICES TRANSVERSAUX	Service de l'urgence Services diagnostiques Imagerie médicale • Médecine nucléaire • Laboratoires de biologie médicale Services thérapeutiques • Bloc opératoire • Thérapie respiratoire Services de soutien clinique • Nutrition clinique • Pharmacie • Service social et liaison • Réadaptation	
PROMOTION DE LA SANTÉ	• Clinique de prévention secondaire Traité-Santé • Clinique satellite COVID longue • Pavillon de prévention des maladies cardiaques • Programme d'aide à la cessation tabagique • Réadaptation cardiaque • Réadaptation pulmonaire	

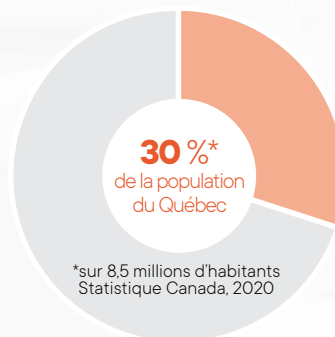
Vocation suprarégionale

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

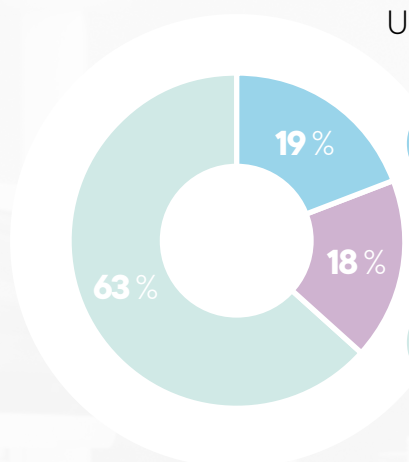


Plus de 2 millions
de personnes desservies

soit



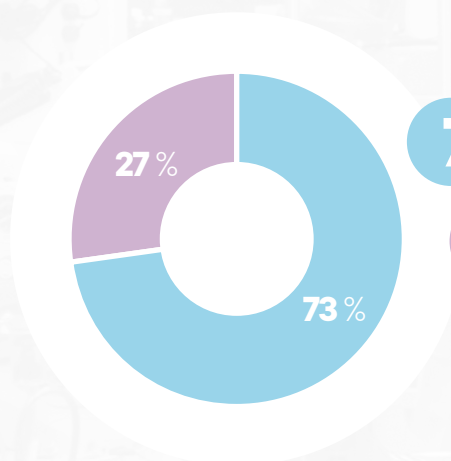
USAGERS



848 usagers ayant subi une
chirurgie thoracique

770 usagers ayant subi une
chirurgie bariatrique

2 793 usagers ayant subi une
chirurgie cardiaque



7 967 usagers ayant subi une
intervention en hémodynamie

2 963 usagers ayant subi une **intervention en**
électrophysiologie cardiaque interventionnelle

Vocation suprarégionale (suite)

ENSEIGNEMENT



44 474
jours de stage

28 965

jours de stage

STAGIAIRES EN MÉDECINE

(résidents, externes, moniteurs cliniques provenant de 14 spécialités)

6 193

jours de stage

STAGIAIRES UNIVERSITAIRES

(toutes disciplines confondues)

8 747

jours de stage

STAGIAIRES DE NIVEAU COLLÉGIAL

(toutes disciplines confondues)

569

jours de stage

STAGIAIRES EN FORMATION PROFESSIONNELLE

FONDATION IUCPQ



3 777 213 \$

REMIS EN DON À L'INSTITUT

afin de contribuer au financement de nombreux projets

RECHERCHE



662

PUBLICATIONS

reconnues à l'échelle internationale

Statistiques annuelles

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

	2023-2024	2022-2023	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	338	338	0 %
Nombre de lits - dressés	335	335	0 %
Admissions	16 523	16 141	2,37 %
Départs	16 589	16 146	2,74 %
Séjours moyens (jours)	5,69	5,88	-3,29 %
Occupation des lits disponibles (en %)	79,65	81,9	-2,75 %
Total jours-présence	94 127	94 659	-0,56 %
- courte durée	92 685	93 134	-0,48 %
- longue durée	1 442	1 525	-5,44 %

BLOC OPÉRATOIRE			
- chirurgie cardiaque	2 793	2 702	3,37 %
- chirurgie thoracique	848	803	5,60 %
- chirurgie générale	686	617	11,18 %
- chirurgie bariatrique (obésité)	772	664	16,27 %
- autres spécialités	59	66	-10,61 %
Heures présence des usagers	16 319	15 381	6,10 %
Total usagers	5 158	4 852	6,31 %
- hospitalisés	4 756	4 429	7,38 %
- en chirurgie d'un jour	402	423	-4,96 %

	2023-2024	2022-2023	VARIATION
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	11 167	11 159	0,07 %
- coronarographies	4 380	4 470	-2,01 %
- angioplasties	3 587	3 593	-0,17 %
- études électrophysiologiques	72	71	1,41 %
- ablations	1 104	1 120	-1,43 %
- cardiostimulateurs et défibrillateurs	1 763	1 649	6,91 %
- autres procédures	261	256	1,95 %

CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 778	1 675	6,15 %

TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	12	12	0 %

IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	158 779	130 465	21,7 %

INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 214 376	2 510 177	-11,78 %

MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	12 386	12 982	-4,59 %

Statistiques annuelles (suite)

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

	2023-2024	2022-2023	VARIATION
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	946	816	15,93 %

CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	79 887	76 126	4,94 %

SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	692	613	12,89 %

ENDOSCOPIE			
Total examens	7 556	7 281	3,78 %
- endoscopie digestive	4 244	4 256	-0,28 %
- endoscopie respiratoire	3 312	3 025	9,49 %

DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	716	816	-12,25 %
- hémodialyse	716	816	-12,25 %

HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	8 550	8 118	5,32 %
Traitements	2 682	2 517	6,56 %

MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	49 591	49 405	0,38 %
Usagers	42 941	31 216	37,56 %

PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	19 945	18 375	8,54 %

	2023-2024	2022-2023	VARIATION
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	12 471	13 091	-4,74 %

ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	139 278	141 962	-1,9 %
- électrophysiologie	112 903	113 549	-0,57 %
- échocardiographie	26 375	28 413	-7,17 %
Visites	29 876	28 287	5,62 %
Usagers sur civières	14 266	13 758	3,69 %
Usagers ayant séjourné plus de 24 heures	1 763	1 597	10,39 %

POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	14 755	14 518	1,63 %

PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	20 470	22 306	-8,23 %

ALIMENTATION			
Repas	697 710	664 882	4,94 %

NUTRITION CLINIQUE			
Usagers	7 187	7 362	-2,38 %

Portrait de la clientèle 2023-2024

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

La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2023-2024, 53 % de la clientèle provenait de la région immédiate de Québec et 47 % était hors région.

L'Institut compte 16 589 hospitalisations*, pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 5,69 jours, par rapport à 16 146 en 2022-2023, pour une DMS de 5,88 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 66 % et 15 %. Les autres spécialités totalisent 19 % de la clientèle hospitalisée, dont 5 % pour les maladies liées à l'obésité. La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans, pour un taux de 38 %. Suit de près la tranche d'âge de 65-74 ans selon une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services, tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées telles la médecine interne et la néphrologie. Pour 2023-2024, les visites** en mode ambulatoire sont au nombre de 183 763 pour 53 740 usagères et usagers distincts, par rapport à 135 854 visites pour 45 487 usagers distincts en 2022-2023. Cela représente une augmentation de 35,3 % des visites et de 18,1 % des usagers distincts. De son côté, le nombre de suivis téléphoniques a augmenté de 5,4 %, passant de 45 735 en 2022-2023 à 48 196 en 2023-2024.

* Représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024

** Les visites 2023-2024 incluent les suivis téléphoniques à la suite d'une modification des unités de mesures de la médecine de jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux au 1^{er} avril 2023.

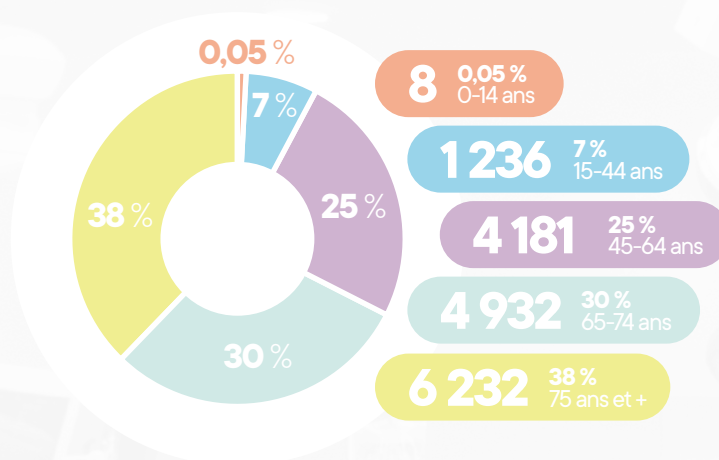
Portrait de la clientèle

2023-2024 (suite)

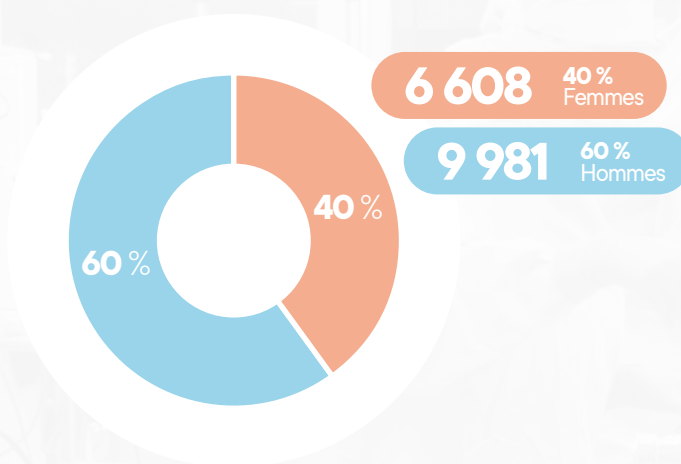
Nombre total d'hospitalisations :

16 589

PROPORTION D'HOSPITALISATIONS
PAR GROUPE D'ÂGE

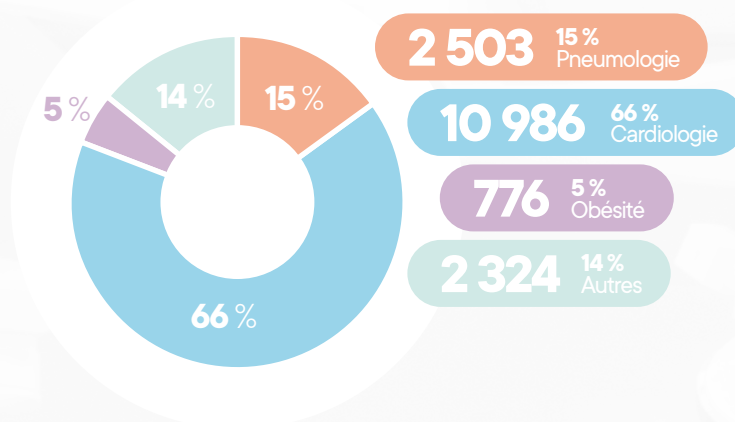


SELON LE SEXE

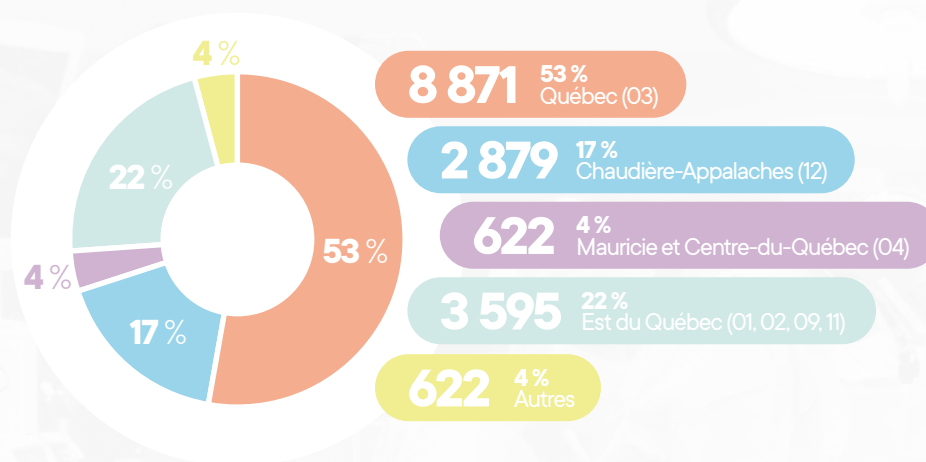


Portrait de la clientèle 2023-2024 (suite)

PAR SPÉCIALITÉ



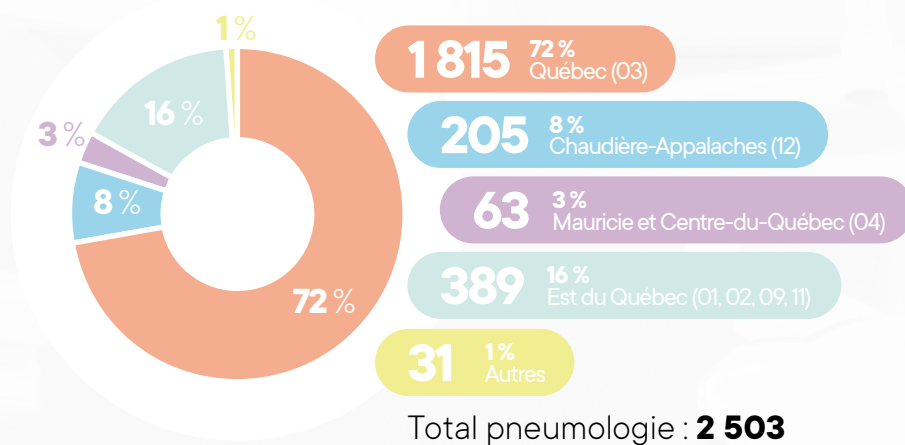
PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE (RSS)



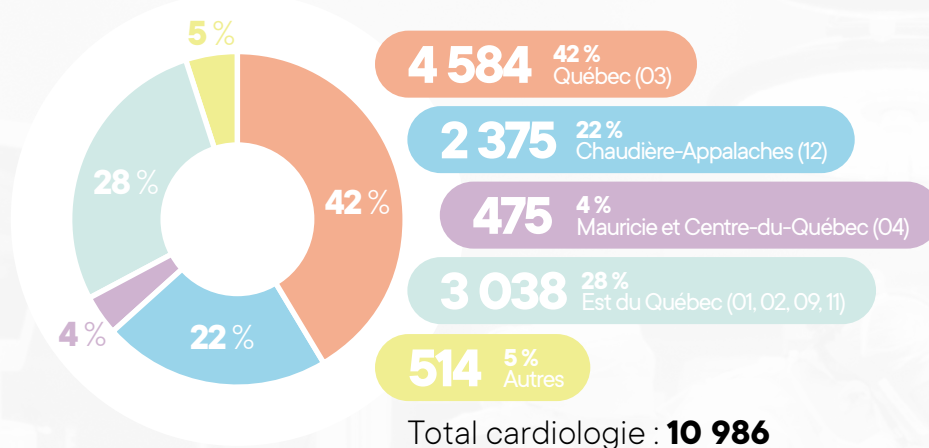
Portrait de la clientèle 2023-2024 (suite)

PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE (RSS) PAR SPÉCIALITÉ

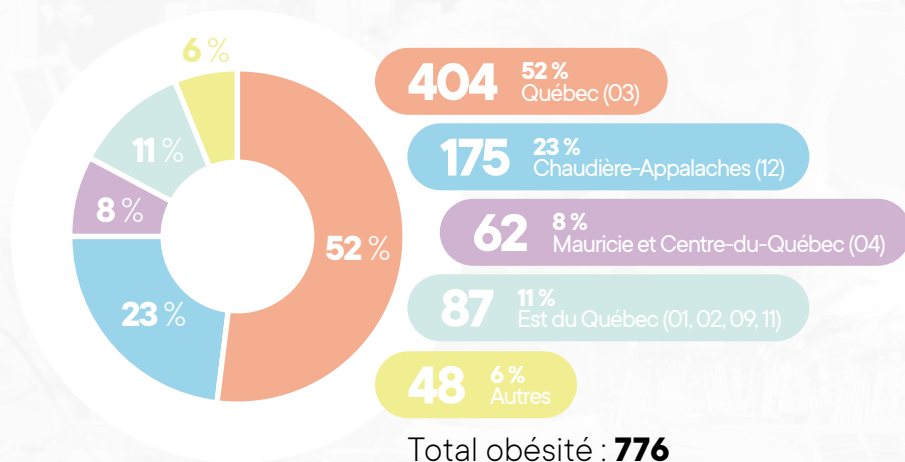
Pneumologie



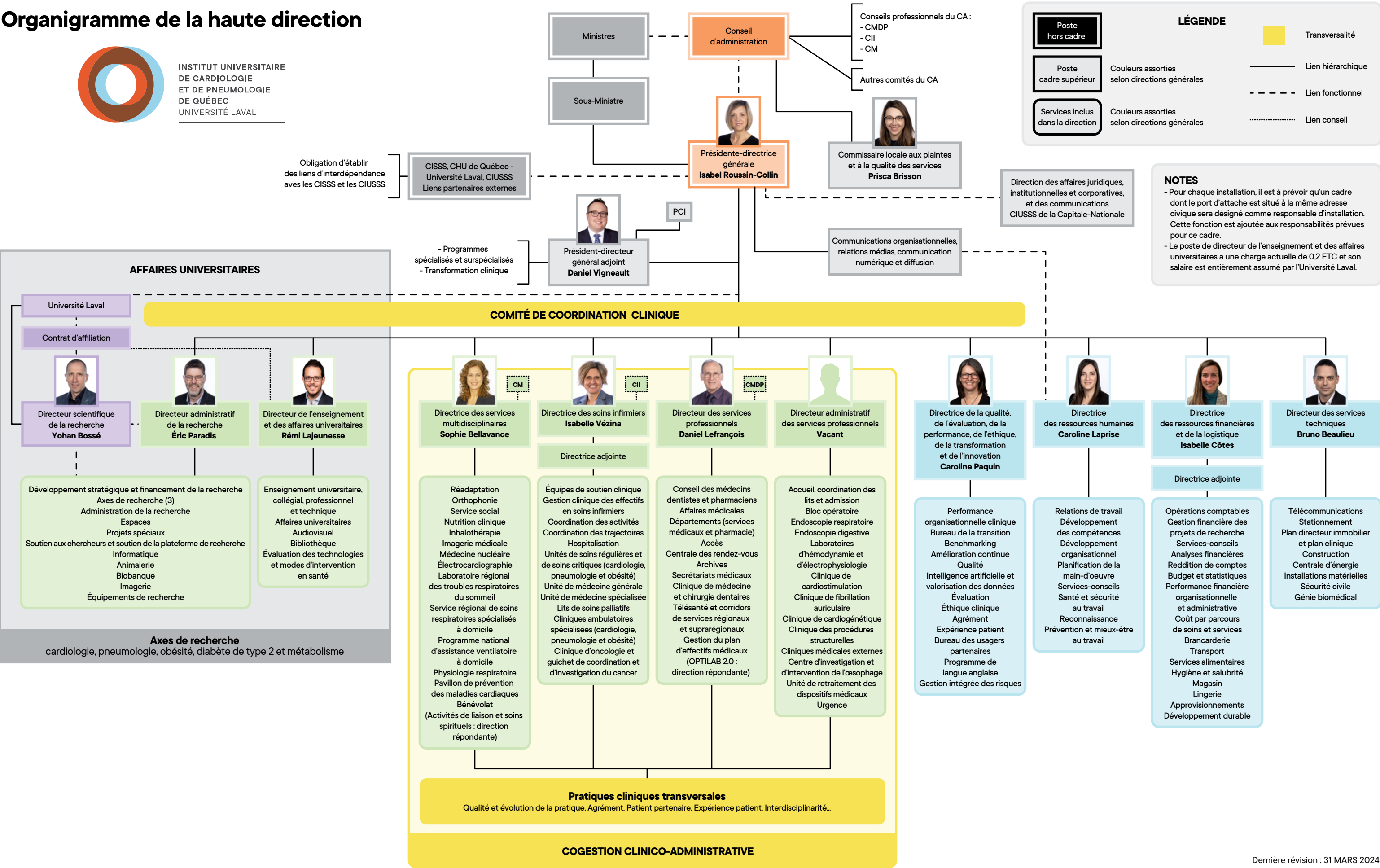
Cardiologie



Obésité



Organigramme de la haute direction



Conseil d'administration

M. Laurent Després

Président - Membre indépendant

Compétence en gestion des risques,
finance et comptabilité

M. Gilles Kirouac

Vice-président - Membre indépendant

Compétence en vérification, performance
ou gestion de la qualité

M^{me} Isabel Roussin-Collin

Secrétaire - Présidente-directrice
générale

M^{me} Claudia Boulanger

Membre indépendant

Compétence en ressources immobilières,
informationnelles ou humaines

Poste vacant

Membre indépendant

Compétence en vérification, performance
ou gestion de la qualité

M^{me} Josée Arsenault

Membre observatrice - Fondation IUCPQ

M^{me} Myriam Levesque

Membre indépendant

Compétence en gouvernance et éthique

D^{re} Marie-Claude Giguère

Département régional de médecine
générale

M. Marcel Pepin

Membre indépendant

Expérience vécue à titre d'usager
des services sociaux

M^{me} Julie Veillette

Membre indépendant

Expérience vécue à titre d'usager
des services sociaux

M^{me} Chantale Simard

Membre indépendant

Compétence en gouvernance et éthique

M. Marius Plante

Comité des usagers

Poste vacant

Université affiliée

Poste vacant

Université affiliée

M. Serge Simard

Conseil multidisciplinaire

M^{me} Isabelle Taillon

Comité régional sur les services
pharmaceutiques

M. Bruno Laflamme

Conseil des infirmières et infirmiers
En attente de nomination

D^r Jacques Villeneuve

Conseil des médecins, dentistes et
pharmaciens

M. Daniel Gilbert

Membre indépendant

Compétence en ressources immobilières,
informationnelles ou humaines

M. Patrick Ferrero

Membre indépendant

Compétence en ressources immobilières,
informationnelles ou humaines



Première rangée de gauche à droite : M. Serge Simard, M^{me} Isabelle Taillon, M^{me} Isabel Roussin-Collin, M. Laurent Després, M. Gilles Kirouac.

Deuxième rangée : M. Marcel Pepin, M. Patrick Ferrero, D^r Jacques Villeneuve, M^{me} Chantale Simard, D^{re} Marie-Claude Giguère, M. Bruno Laflamme, M^{me} Myriam Levesque.

Absent de la photo : M^{me} Claudia Boulanger, M^{me} Julie Veillette, M. Marius Plante, M. Daniel Gilbert, M^{me} Josée Arsenault.

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

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

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

MEMBRES

Myriam Levesque
Laurent Després
Gilles Kirouac
Marcel Pepin
Serge Simard
Isabel Roussin-Collin

STATUT

Présidente
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre

REPRÉSENTATION

Membre du CA
Président du CA
Vice-président du CA
Membre du CA
Membre du CA
Présidente-directrice générale

RÉUNIONS

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

Mandat

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

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

En outre, le comité doit :

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

Le comité de vérification (CV)

MEMBRES

Marcel Pepin	Président	Membre du CA
Julie Veillette	Membre	Membre du CA
Myriam Levesque	Membre	Membre du CA
Laurent Després	Invité d'office	Président du CA
Isabel Roussin-Collin	Invité d'office	Présidente-directrice générale
Isabelle Côtes	Invitée permanente	Directrice des ressources financières et de la logistique
Julie Bérubé	Invitée permanente	Directrice adjointe des ressources financières et de la logistique

STATUT

REPRÉSENTATION

RÉUNIONS

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

Mandat

Le comité de vérification doit, notamment :

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

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

MEMBRES

Gille Kirouac

Isabel Roussin-Collin

Claudia Boulanger

Marius Plante

Prisca Brisson

STATUT

Président

Secrétaire

Membre

Membre

Membre

REPRÉSENTATION

Vice-président du CA

Présidente-directrice générale

Membre du CA

Membre du CA

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Laurent Després

Pierre Gagnon

Pierre Hamel

André Lavoie

Odette Lescelleur

Simon Racine

Caroline Paquin

Valérie Langlois

Invité d'office

Invité permanent

Invité permanent

Invité permanent

Invitée permanente

Invité permanent

Invitée permanente

Invitée permanente

Président du CA

Usager-ressource

Médecin examinateur

Médecin examinateur

Médecin examinateur

Médecin examinateur

Directrice à la DQEPETI

Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques (DQEPETI)

RÉUNIONS

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

Mandat

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

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

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement;
- favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) (suite)

- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- procéder annuellement à l'évaluation du comité;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Le comité des ressources humaines (CRH)

MEMBRES

Claudia Boulanger
Daniel Gilbert
Chantale Simard
Laurent Després
Isabel Roussin-Collin
Caroline Laprise

STATUT

Présidente
Vice-président
Membre
Invité d'office
Invité d'office
Invitée permanente

REPRÉSENTATION

Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Président du CA
Présidente-directrice générale
Directrice des ressources humaines

RÉUNIONS

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

Mandat

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

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

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

MEMBRES

Chantale Simard	Présidente	Membre du CA
Isabel Roussin-Collin	Membre	Présidente-directrice générale
Isabelle Taillon	Membre	Membre du CA
Laurent Després	Invité d'office	Président du CA
Éric Paradis	Invité permanent	Directeur administratif de la recherche universitaire
Yohan Bossé	Invité permanent	Directeur scientifique de la recherche universitaire
Rémi Lajeunesse	Invité permanent	Directeur de l'enseignement et des affaires universitaires
Mylène Lebrun-Paré	Invitée permanente	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
Sophie St-Laurent	Invitée permanente	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

RÉUNIONS

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

Mandat

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

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

Le comité des ressources technologiques et immobilières (CRTI)

MEMBRES

Daniel Gilbert	Président	Membre du CA
Julie Veillette	Membre	Membre du CA
Louis-Jacques Lalonde	Membre	Directeur des ressources informationnelles
Isabelle Côtes	Invitée permanente	Directrice des ressources financières et de la logistique (depuis décembre 2023)
Bruno Laflamme	Membre	Membre du CA
Bruno Beaulieu	Invité permanent	Directeur des services techniques
Patrick Ferrero	Membre	Membre du CA
Mathieu Bédard	Invité permanent	Adjoint au directeur des services techniques
Laurent Després	Invité d'office	Président du CA
Isabel Roussin-Collin	Invitée d'office	Présidente-directrice générale

RÉUNIONS

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

Mandat

Le comité des ressources technologiques et immobilières s'assure que l'établissement dispose des infrastructures nécessaires pour répondre à ses besoins fonctionnels actuels et futurs pour la prestation sécuritaire des soins ainsi que le soutien au développement et à la consolidation de l'offre de service.

Il s'assure également de fournir au personnel, aux effectifs médicaux et aux étudiants un environnement technologique stable, sécuritaire et à la fine pointe. Le comité s'assure donc que l'établissement possède des plans directeurs immobiliers et technologiques et que les démarches requises soient faites pour en assurer la réalisation. En lien avec ces plans, le comité est responsable d'examiner les projets de maintien des actifs et de développement ainsi que de faire les recommandations requises au conseil d'administration.

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

MEMBRES

Laurent Després	Président	Président du CA
Isabel Roussin-Collin	Membre	Présidente-directrice générale
Gilles Kirouac	Membre	Vice-président du CA
Marius Plante	Membre	Membre du CA
Isabelle Taillon	Membre	Membre du CA
Bruno Laflamme	Membre invité	Membre du CA
Jacques Villeneuve	Membre	Membre du CA
Marie-Claude Giguère	Membre	Membre du CA
Anick Turcotte	Membre	Usagère-ressource
Daniel Lefrançois	Invité permanent	Directeur des services professionnels
Daniel Vigneault	Secrétaire	Président-directeur général adjoint

STATUT

REPRÉSENTATION

RÉUNIONS

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

Mandat

Exerçant son mandat par délégation du comité de vigilance et de la qualité, le CASS procède à une reddition de comptes auprès de ce dernier.

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

En ce sens, le CASS s'assure que les priorités, les stratégies et les actions retenues en matière d'accès aux services sont conformes aux orientations stratégiques de l'établissement et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le comité d'éthique clinique et organisationnel (CECO)

MEMBRES

Isabelle Winter	Présidente
Isabelle Perreault	Membre
Wilson Angel-Ramirez	Membre
Bruno Laflamme	Membre
Rémi Lajeunesse	Membre
Rebecca Simard	Membre
Annie Julien	Membre
Mathieu Simon	Membre
Émilie Lemieux	Membre
Christophe Lorenzi	Membre
Louise Turgeon	Membre
Marianne Laguë	Représentante des étudiants

STATUT

REPRÉSENTATION

Recommandée par le conseil multidisciplinaire
Infirmière, CII
Intervenant en soins spirituels
Infirmier, CII
Directeur de l'enseignement et des affaires universitaires
Infirmière, CII
Conseillère cadre en éthique et partenariat
Médecin, CMDP
Direction des ressources humaines
Direction des ressources financières et de la logistique
Comité des usagers
Recommandée par le DEAU

RÉUNIONS

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

Mandat

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

Par ailleurs, les enjeux éthiques issus du domaine de la recherche clinique et fondamentale sont pris en charge par le comité d'éthique de la recherche et ont leurs règles de fonctionnement propres approuvées par le CA. De plus, les enjeux éthiques relatifs aux administrateurs (membres du conseil d'administration) de l'établissement sont pris en charge par le comité de gouvernance et d'éthique. Ils sont donc exclus du mandat du comité d'éthique clinique et organisationnelle. Le comité peut collaborer et contribuer avec l'organisation dans les efforts de développement d'une culture de l'éthique clinique et organisationnelle.

Le comité d'éthique de la recherche (CER)

MEMBRES

Jamila Chakir	Présidente	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Andréanne Côté	Vice-présidente	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Annie Lafortune-Payette	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Éric Larose	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Julie Méthot	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Annie Roy	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Frédéric Sériès	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Fannie	Membre	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Lajeunesse-Trempe		
Emmanuelle Trottier	Membre	Personne versée en éthique
Lise Couillard	Membre	Personne ayant une formation juridique
François Caron	Membre	Personne non affiliée à l'établissement
Geneviève Dion	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Nathalie Châteauvert	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Sébastien Bonnet	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Maxime Scribe	Membre suppléant	Personne versée en éthique
Joanne Dufour	Membre suppléant	Personne non affiliée à l'établissement
Suzanne Roy	Membre suppléant	Personne non affiliée à l'établissement
Sylvain Iceta	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Arianne Tardif	Membre suppléant	Personne ayant une formation juridique
Émilie Vigneault Simard	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Erwan Salaun	Membre suppléant	Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Camille	Membre suppléant	Personne ayant une formation juridique
Desaulniers-Tremblay		

RÉUNIONS

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

Mandat

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

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

Le comité de gestion des risques cliniques (CGRC)

MEMBRES

Valérie Langlois
Bruno Laflamme
Christiane
Pereira-Martins-Casteli
Olivier Bouffard-Chabot

STATUT

Présidente
Membre
Membre
Membre

REPRÉSENTATION

Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques
Conseiller à la gestion des risques
Conseillère à la gestion des risques (i) (jusqu'en mai 2023)

Cassiopée
Paradis-Gagnon
Valérie Chamard

Membre
Membre

Personne possédant des compétences dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections
Personne nommée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire (jusqu'en janvier 2024)
Personne nommée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire (i) (depuis février 2024)
Personne nommée par et parmi les membres du comité des usagers

René Kirouac

Membre

Personne possédant des compétences dans le domaine de l'utilisation sécuritaire des médicaments (début août 2022)
Répondant de l'établissement en retraitement des dispositifs médicaux

Julie Boisvert

Membre

Maxime Garant

Membre

Michèle Therriault

Membre

Personne possédant les compétences scientifiques et technologiques touchant les équipements médicaux ainsi que la gestion des avis et des alertes

Pierre Gagnon

Membre

Stéphanie Drouin

Membre

Usager-ressource nommé par la présidente-directrice générale
Personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers (responsable de la sécurité transfusionnelle)

Nathalie Thibault

Membre

Personne déléguée par la présidente-directrice générale (jusqu'en juin 2023)

Isabelle Vézina

Membre

Personne déléguée par la présidente-directrice générale (depuis septembre 2023)

Joey Rivière

Membre

Personne nommée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers

Claudia Leblanc

Membre

Résidente nommée par la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Sophie Ste-Onge

Membre

Personne nommée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le comité de gestion des risques cliniques (CGRC) (suite)

MEMBRES

Valérie Caron

STATUT

Membre

REPRÉSENTATION

Personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers (personne possédant des compétences liées à la sécurité des laboratoires) (jusqu'en juin 2023)

Nathalie Bastien

Membre

Personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers (personne possédant des compétences liées à la sécurité des laboratoires) (depuis août 2023)

RÉUNIONS

Le comité a tenu cinq réunions et trois réunions ad hoc au cours de l'année.

Mandat

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

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

Le comité de révision (CR)

MEMBRES

Chantale Simard
Pierre Laflamme
Charles Morasse
Mario Sénéchal

STATUT

Présidente
Membre
Membre
Membre suppléant

REPRÉSENTATION

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

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

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

État de traitement des plaintes médicales transmises au comité de révision

Année	En traitement au début	Reçues durant l'exercice	Total	Conclues	En traitement à la fin
2023-2024	0	1	1	0	1
2022-2023	0	0	0	0	0

Le comité des usagers (CU)

MEMBRES

Yves Larose	Président
Marius Plante	Vice-président
Lucie Bélanger	Secrétaire-trésorière
Louise Turgeon	Membre
Daniel Gagné	Membre
Sylvie Houde	Membre
Suzanne Michaud-Belzile	Membre
Jacques Deblois	Membre
René Kirouac	Membre

STATUT

RÉUNIONS

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

Mandat

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

- renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;

- accompagner et assister sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la Loi ou en vertu de la Loi du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux.

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

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

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

MEMBRES	STATUT	REPRÉSENTATION
Robert De Larochellière	Président	Membre
Marie-Claude Vézina	Vice-présidente	Membre
Nathalie Châteauvert	Secrétaire-trésorière	Membre
Victor Tremblay	Premier conseiller	Membre
Éric Dumont	Deuxième conseiller	Membre
Isabel Roussin-Collin	Membre	Présidente-directrice générale
Daniel Lefrançois	Membre	Directeur des services professionnels
Jacques Villeneuve	Membre	Membre et représentant au conseil d'administration

RÉUNIONS

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

Mandat

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

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

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

MEMBRES

Pierre-Luc Nolet
Marianne Marcotte
Mélissa-Ève McNeil
Martin Laforge
Stéphanie Labrecque
Caroline Klein
Joey Rivière
Isabelle Vézina
Isabel Roussin-Collin

STATUT

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

REPRÉSENTATION

Infirmier clinicien à la salle de réveil
Infirmière clinicienne à l'unité du C3/C3SI
Assistante infirmière-cheffe en hémodialyse
Infirmier clinicien à l'unité du C3SI
IPSSA secteur médecine interne
Conseillère en soins infirmiers
Infirmier à l'unité du C5
Directrice des soins infirmiers
Présidente-directrice générale

RÉUNIONS

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

Mandat

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

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

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) (suite)

Le CII est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

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

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

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

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

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

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

Le conseil multidisciplinaire (CM)

MEMBRES

Julie Pouliot

Valérie Chamard

Serge Simard

Cassiopée

Paradis-Gagnon

Marie-Hélène Bergeron

Isabel Roussin-Collin

Sophie Bellavance

Virginie Lacombe

Sylvain Bussières

STATUT

Présidente

Vice-présidente

Membre

Trésorière

Membre

Membre

Membre

Membre nommé

Membre  lu

REPRÉSENTATION

Membre  lu

Membre nommé

Membre désigné

Membre  lu

Comité des pairs, membre coopté

Présidente-directrice générale

Directrice des services multidisciplinaires

RÉUNIONS

Le comité a tenu sept réunions ordinaires, huit réunions de travail et une assemblée générale régulière.

Mandat

Le CM est responsable envers le conseil d'administration :

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



Principales réalisations liées aux grandes orientations pour 2023-2027

Mise à jour de notre mission, notre vision et notre alignement stratégique

En cohérence avec le Plan santé et la planification stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut a mené au cours des derniers mois un processus d'alignement stratégique.

Plusieurs partenaires externes, notamment le CHU de Québec – Université Laval, le CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'Université Laval, Québec International et d'autres organisations, ont participé aux différentes rencontres. Nous exprimons notre gratitude à toutes les personnes impliquées dans cet exercice, y compris nos usagers, usagères, médecins, membres du conseil d'administration et du personnel, qui ont contribué activement à mener ces travaux à terme tout en assurant des résultats représentatifs pour l'ensemble de notre communauté.

De plus, la démarche a permis de définir les grandes orientations stratégiques pour la période 2023-2027. Nous vous présentons fièrement et avec enthousiasme notre mission et notre vision, qui illustrent à la fois l'excellence des services que nous offrons à l'Institut et nos ambitions pour l'avenir.

Mission : Prodiger des soins spécialisés et ultraspecialisés en santé cardiovasculaire, respiratoire et métabolique, tout en étant chef de file en recherche et en transfert des connaissances dans nos domaines d'expertise.

Vision : Ensemble, pour des pratiques innovantes, de qualité et axées sur votre santé.

Orientations stratégiques 2023-2027

- Des soins et services accessibles, dont la qualité est reconnue par nos usagers et usagères
- Un environnement de travail bienveillant, collaboratif et inclusif qui suscite l'engagement
- Un écosystème d'innovation axé sur la découverte et la création de valeur pour la santé
- Des infrastructures informationnelles, technologiques et immobilières performantes pour répondre aux besoins futurs

Des soins et services accessibles, dont la qualité est reconnue par nos usagers et usagères

L'Institut peut compter sur du personnel et des équipes médicales engagés au quotidien afin d'offrir des soins et des services de qualité aux usagers. C'est avec fierté que nous annonçons que lors des visites menées par Agrément Canada en 2018 et 2021, notre établissement a obtenu un taux de conformité de 98 %, démontrant ainsi le dévouement et le travail acharné de nos équipes pour assurer des soins de très grande qualité.

Récemment, une nouvelle approche stratégique de pilotage des indicateurs a été mise en place, alignant les actions de toutes les équipes pour garantir un accès rapide aux soins et services. Cela s'est traduit par l'obtention des durées moyennes de séjour sur civière à l'urgence parmi les meilleures de la province, ce qui a valu à notre organisation d'être classée en tête du palmarès ministériel des urgences, avec la note A.

Principales réalisations liées aux grandes orientations pour 2023-2027 (suite)

Nous sommes également fiers de signaler les résultats de notre plan d'action visant à réduire le nombre de chirurgies en attente de plus d'un an, passant de 13 à seulement 1. Cela reflète notre engagement à offrir à notre clientèle un accès aux soins ultraspécialisés dans les délais prescrits et en respect des objectifs ministériels.

Dans le but d'améliorer l'expérience de nos usagers, plusieurs membres de l'équipe de direction ont commencé à effectuer des visites auprès de ces derniers dans tous les secteurs de l'Institut. Des questionnaires structurés sont utilisés lors de ces visites pour évaluer le niveau de satisfaction, identifier des pistes d'amélioration et reconnaître le travail de nos intervenants et intervenantes.

Par ailleurs, pour garantir l'amélioration continue de nos services, nous avons instauré, en mars 2024, un processus automatisé de sondage portant sur l'expérience usager. Les résultats sont compilés dans un tableau public du ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant ainsi une transparence totale et un suivi efficace de l'impact des mesures d'amélioration instaurées.

Un environnement de travail bienveillant, collaboratif et inclusif qui suscite l'engagement

L'équipe en santé, sécurité et mieux-être au travail a participé à de nombreux projets amenant une réduction significative du nombre d'accidents de travail, dont les projets liés à la mobilisation des usagères et usagers offrant une approche concrète et de proximité. De plus, le programme des troubles musculosquelettiques ainsi que la procédure sur la gestion des expositions accidentelles aux liquides biologiques et sanguins ont été développés et approuvés, permettant de poursuivre le développement de notre culture de santé, sécurité et

mieux-être au travail. L'équipe a également officialisé la pérennisation de la clinique de dépistage et de vaccination pour le personnel, permettant d'ajouter des services, telle que la vaccination contre la rougeole. Par ailleurs, les interventions pour l'évaluation des risques psychosociaux se sont poursuivies, tout en amorçant une démarche de communication afin de mieux faire connaître ces risques. Parallèlement, le comité santé et mieux-être ainsi que l'équipe de soutien psychosocial et spirituel ont poursuivi leurs travaux en misant sur la santé psychologique et le développement d'une culture de bienveillance. Nous sommes ainsi à plus de 300 bienveilleuses et bienveilleurs au sein de l'Institut. Enfin, l'accès au PPMC pour le personnel de nuit a finalement été concrétisé pour le bonheur de plusieurs.

Encore cette année, plusieurs activités d'attraction et de recrutement pour l'embauche de nouveau personnel ont été organisées. Notons également la promotion des différents emplois offerts à l'Institut dans plusieurs établissements d'enseignement. Par ailleurs, le mandat donné à Recrutement Santé Québec pour l'embauche à l'international pour les titres d'emploi d'infirmière et infirmier, de préposé et préposée aux bénéficiaires ainsi que de technologue en imagerie médicale s'est également poursuivi. Plusieurs activités favorisant l'accueil, l'intégration et la valorisation du personnel issu de l'immigration ont été déployées afin de soutenir les gestionnaires et leurs équipes. Ces activités favorisent la rétention du personnel et l'amélioration de l'expérience employé, et ce, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'Institut. L'accent est ciblé sur le développement et le maintien d'un milieu de travail sain et sécuritaire par la présence d'un groupe de bienveilleuses et bienveilleurs formés et déployés sur le terrain.

Principales réalisations liées aux grandes orientations pour 2023-2027 (suite)

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

Un écosystème d'innovation axé sur la découverte et la création de valeur pour la santé

Partenaire du Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux du MSSS et de la Ville de Québec en tant qu'incubateur en santé, plusieurs initiatives ont pris place aux cours des derniers mois.

Certains projets ont d'ailleurs été récompensés, dont le projet « Prévenir les risques de déclin fonctionnel et de chute en milieu hospitalier par une approche interdisciplinaire innovante » qui a obtenu le prestigieux prix Hippocrate 2023 dans la catégorie « Prix optimisation et modernisation des pratiques professionnelles au profit de plus de temps pour l'usager ».

De plus, deux projets ont été soumis au Fonds d'innovation Propulsion santé, mécanisme de financement qui a pour objectif principal de soutenir l'implantation et l'utilisation pertinente d'innovations ayant un grand potentiel de valeur pour les patients québécois.

En marge de ces projets, l'ensemble des équipes, portées par l'intégration des missions cliniques et universitaires, ont réalisé de nombreux autres projets. Notamment, la mise en place d'une infrastructure de données pour utilisation secondaire, soit le Centre d'intégration et de régie des renseignements de santé pour utilisation secondaire (CIRRUS), plateforme pour l'innovation et la mise en place d'outils novateurs

d'aide à la décision pour laquelle une subvention de 500 000 \$ a été octroyée par le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie ainsi que la rédaction du plan de financement du pavillon de valorisation du savoir et de l'innovation.

Des infrastructures informationnelles, technologiques et immobilières performantes pour répondre aux besoins futurs

Au cours de la dernière année, les priorités ont été fortement orientées par le soutien aux activités cliniques dans le cadre du plan de transformation numérique (PTN) initié par le MSSS. Ce plan intègre les orientations du ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN) ainsi que du Plan de modernisation technologique (PMT) organisationnel, avec pour objectifs d'améliorer l'accès et la qualité des soins, d'optimiser la performance par la valorisation des données et de moderniser les technologies en usage. De plus, des incidents de sécurité vécus dans d'autres établissements de santé ont incité le MSSS à financer 15 mesures en cybersécurité.

L'introduction des modalités au chevet du patient représente une initiative clé de cette transformation numérique, ouvrant de nouvelles opportunités technologiques, numériques et immobilières. Cette modernisation de la documentation patiente vise à réduire l'usage du papier et à augmenter le temps passé par les intervenants auprès des patients, grâce à des postes de travail ergonomiques et à des objets connectés favorisant la documentation clinique en temps réel. Cette initiative démontre bien la collaboration de l'ensemble des directions.

Parallèlement, des projets tels que la modernisation des ascenseurs du pavillon C, l'inauguration de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, le

Principales réalisations liées aux grandes orientations pour 2023-2027 (suite)

remplacement d'équipements médicaux spécialisés et le début de la construction d'un nouveau pavillon, incluant deux unités de soins de 32 lits, ont été réalisés. En outre, cette dernière année a également été marquée par la mise en œuvre d'un plan d'action clinique et immobilier pour le pavillon Y, qui permettra le développement des activités ambulatoires.

En raison des nombreux changements à venir, notons la mise en place au cours des derniers mois, d'un bureau de projets organisationnels, dont l'objectif sera de soutenir la coordination des projets afin d'assurer l'adéquation entre les orientations stratégiques et l'utilisation judicieuse des ressources.

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Documents d'enseignement clinique destinés aux usagers et à leurs proches

Au terme de l'année financière, 422 documents d'enseignement clinique étaient disponibles sur le portail de la bibliothèque de l'Institut. De ce nombre, 90 sont des capsules vidéo.

Le portail inclut des documents d'enseignement :

- Produits à l'Institut (302)
- Produits à l'externe (120)

Les documents contenus sur le portail Web de la bibliothèque sont accessibles à tous, incluant nos intervenants, nos partenaires externes et nos usagers. Ils sont également disponibles sur le téléviseur au chevet.

Depuis l'adoption des nouvelles pratiques de littératie en santé en 2021, l'Institut a rédigé et mis à jour un total de 142 documents d'enseignement.

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

L'unité ETMIS (UETMIS) soutient et conseille les gestionnaires, médecins et professionnels lorsque l'implantation d'une nouvelle pratique ou la révision d'une pratique existante est considérée. L'application des recommandations formulées par l'UETMIS permet l'amélioration continue du bien-être des patients et l'utilisation judicieuse des ressources humaines et financières.

En 2023-2024, l'UETMIS a publié les documents suivants :

- Antibiothérapie postopératoire en chirurgie thoracique (rapport d'évaluation)
- L'orthophonie pour la dysfonction laryngée (rapport d'évaluation)
 - ▶ L'orthophonie pour la dysfonction laryngée (rapport en bref – transfert des connaissances)
- Guide méthodologique et cadre de référence – Démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS

L'UETMIS de notre institut a également fait une présentation lors du Symposium sur l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, lequel s'est déroulé au centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal le 19 octobre 2023.

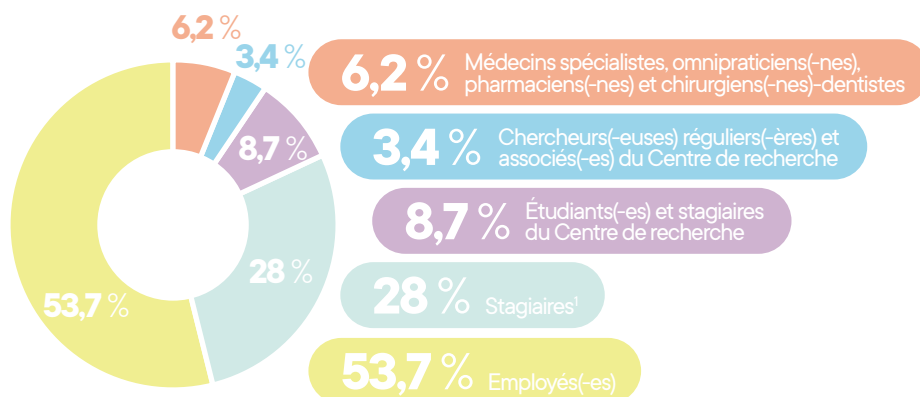
Principales réalisations liées aux grandes orientations pour 2023-2027 (suite)

Enseignement

Considérant la mission universitaire et les besoins liés à la pénurie de main-d'œuvre, voici les principales réalisations en 2023-2024 :

- Reprise des visionnements en direct d'une chirurgie avec l'expertise d'un chirurgien(-ne) surspécialisé(-e), contribuant à une expérience pédagogique unique pour les stagiaires
- Déploiement d'un processus structurant les activités d'observation permettant l'attraction de main-d'œuvre actuelle et future
 - ▶ Un total de 30 activités d'observation et 207 stages d'observation du préexternat de l'Université Laval ont été organisés en collaboration avec la DEAU
- Poursuite de l'implantation de conditions favorables à l'optimisation des capacités d'accueil à l'Institut en cohérence avec les besoins de main-d'œuvre :
 - ▶ Développement d'un processus de référencement agile des stagiaires pour un emploi étudiant ou un emploi lié à leur domaine d'études. Cette trajectoire est actuellement en projet pilote à l'Institut
- Collaboration à la phase 1 d'un projet pilote de supervision en triade de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université Laval : *La supervision renouvelée des stages en sciences infirmières : un projet collaboratif des régions 03-12.*

Le graphique ci-après propose une vue d'ensemble de la proportion des stagiaires bénéficiant de l'expertise des équipes spécialisées de l'Institut.



¹ Cette catégorie inclut les stagiaires pluridisciplinaires, les résidents(-es), les externes et les moniteurs(-trices) cliniques (*fellow*)



Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

	Jours/stage 2023-2024
PROGRAMME DE FORMATION UNIVERSITAIRE	
MÉDECINE	
Introduction à l'externat	18
EXTERNAT	
Cardiologie	120
Chirurgie cardiaque	30
Chirurgie générale	720
Chirurgie thoracique	90
Gériatrie	1 030
Médecine interne	1 000
Pathologie	50
Pneumologie	220
Psychiatrie	220
Radiologie diagnostique	420
Soins intensifs	290
Urgence	380
ORL	10
Anesthésiologie	45
TOTAL	4 625

	Jours/stage 2023-2024
PROGRAMME DE FORMATION UNIVERSITAIRE	
MÉDECINE	
RÉSIDENTE	
Anesthésiologie	800
Cardiologie	5 860
Chirurgie cardiaque	220
Chirurgie générale	160
Chirurgie thoracique	280
Gériatrie	420
Infectiologie et microbiologie	0
Médecine familiale et urgence	200
Médecine interne	4 040
Pathologie	660
Pneumologie	3 180
Psychiatrie	580
Radiologie diagnostique	1 180
Soins intensifs	1 220
Urgence	620
TOTAL	19 420
MONITEURS CLINIQUES - FELLOWS (MÉDECINS EN STAGE DE PERFECTIONNEMENT UNIVERSITAIRE) - FORMATION COMPLÉMENTAIRE	
Cardiologie	3 060
Chirurgie cardiaque	1 220
Chirurgie bariatrique	180
Chirurgie thoracique	460
Pneumologie	0
TOTAL	4 920

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (suite)

	Jours/stage 2023-2024
PLURIDISCIPLINAIRES	
PROGRAMME DE FORMATION UNIVERSITAIRE	
Ergothérapie	130
Ergonomie	30
Kinésiologie	363
Maîtrise en administration des affaires	20
Maîtrise en science de l'orientation	60
Maîtrise en sciences de la gestion	0
Maîtrise en développement des personnes et des organisations	36
Management en santé (programme européen)	38
Nutrition	990
Orthophonie	0
Perfusion extracorporelle	322
Pharmacie	1 348
Physiothérapie	240
Prévention et contrôle des infections (PCI)	0
Science de l'orientation	0
Sciences infirmières	2 615
Sciences religieuses	3
Service social	0
Sciences de la consommation	0
TOTAL	6 195

	Jours/stage 2023-2024
PLURIDISCIPLINAIRES	
PROGRAMME DE FORMATION COLLÉGIALE	
AEC Spécialisation technique en intelligence artificielle	0
Archives médicales	23
Gestion de commerces	60
Médecine nucléaire	20
Prévention des incendies	0
Retraitement des dispositifs médicaux	0
Soins infirmiers	6 578
Soins préhospitaliers d'urgence	42
Techniques d'électrophysiologie médicale	237
Techniques d'inhalothérapie	661
Techniques de comptabilité et de gestion	0
Techniques de diététique	79
Techniques de la logistique du transport	0
Techniques de physiothérapie	46
Techniques de radiodiagnostic	673
Techniques d'éducation spécialisée	57
Techniques en bureautique	20
Techniques de la documentation	20
Technologie de l'électronique industrielle	0
Techniques de pharmacie	16
Technologie de l'échographie médicale	203
TOTAL	8 735

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (suite)

	Jours/stage 2023-2024
PLURIDISCIPLINAIRES	
PROGRAMME DE FORMATION SECONDAIRE	
Assistance à la personne en établissement de santé	50
Assistant technique en pharmacie	15
Comptabilité	37
Cuisinier	0
Hygiène et salubrité	0
Massothérapie	0
Mécanique de machines fixes	40
Santé, assistance et soins infirmiers	330
Secrétariat	30
Secrétariat médical	33
Soutien administratif AEP	34
TOTAL	569

FAITS SAILLANTS

Direction de la recherche universitaire

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

Unique au Canada, le Centre de recherche de l'Institut regroupe sous un même toit des axes de recherche en cardiologie, en pneumologie et en obésité, diabète de type 2 et métabolisme, domaines jugés prioritaires en raison de l'impact économique et sociétal considérable des maladies qui y sont liées.

L'harmonisation des axes de recherche aux missions cliniques de l'institut en fait un centre remarquable, où la collaboration entre les professionnel(le)s de la santé et les chercheur(euse)s favorise un transfert efficace des connaissances de la recherche vers les soins.

NOUVEAUX CHERCHEURS

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche a eu le plaisir d'accueillir les D^{rs} Frédéric Beaupré, Catherine Gauthier, Nisrine Moubarak, Jean Porterie et Hugo-Pierre Racine qui ont rejoint d'axe de recherche en cardiologie, la D^{re} Fannie Lajeunesse-Trempe, l'axe de recherche obésité, diabète de type 2 et métabolisme ainsi que les D^{rs} Alena Ikic, Marie-Pier Montminy et Pascal Roy qui, de leur côté, ont rejoint l'axe de pneumologie. Soulignons également le recrutement à la Faculté de médecine du D^r Marc Fortin à titre de médecin clinicien enseignant sous octroi adjoint.

L'EXPERTISE DE NOS CHERCHEURS RECONNUE INTERNATIONALEMENT

Félicitation aux D^{rs} Vincenzo Di Marzo et Philippe Pibarot qui figurent cette année encore dans le prestigieux palmarès 2023 des chercheurs les plus cités de *Clarivate Analytics*. Cette reconnaissance internationale démontre l'excellence de la recherche menée à l'Institut et la très grande qualité scientifique de nos chercheurs.

UN OUTIL POUR PRÉDIRE LES RECHUTES DU CANCER DU POUMON

Le D^r Philippe Joubert et son équipe ont contribué à l'une des 10 découvertes les plus importantes de 2023 selon le magazine *Québec Science*. Ils ont mis au point une méthode qui pourrait avoir des répercussions très importantes sur le suivi des personnes qui sont opérées pour un cancer du poumon. Cette méthode permet de prédire avec une très grande exactitude si le cancer réapparaîtra chez une personne qui a subi la résection d'une tumeur pulmonaire.

DES GÈNES DE RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DANS LES NUAGES

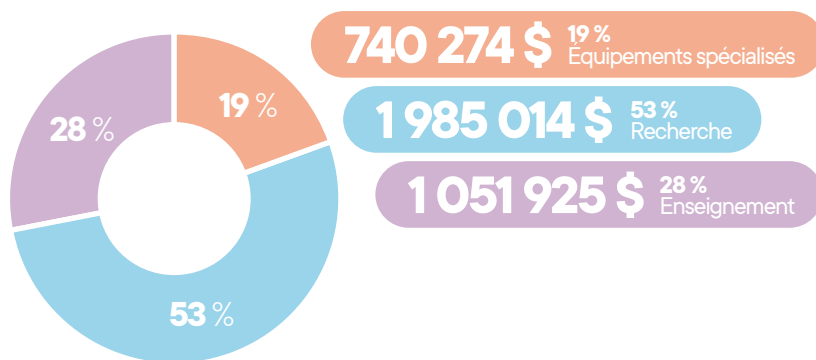
L'atmosphère constitue une voie de dissémination à grande échelle pour les bactéries porteuses de gènes de résistance aux antibiotiques. La D^{re} Caroline Duchaine et son équipe, en collaboration avec l'Université Clermont Auvergne (France), ont montré que ces gènes pouvaient être transportés par le biais des nuages. Il s'agit de la première étude qui démontre que les nuages abritent des gènes de résistance aux antibiotiques d'origine bactérienne en concentration comparables à d'autres environnements naturels.

OÙ VONT LES DONNS?

La Fondation IUCPQ est fière de s'engager à être, pour l'Institut, un partenaire de premier plan afin de lui permettre de maintenir son rôle de chef de file international dans ses domaines d'expertise.

Grâce à la générosité de ses donateurs et de ses partenaires, la Fondation a pu remettre, en 2023, la somme de 3 777 213 \$ à l'Institut afin de soutenir la médecine de demain, maintenant.

3 777 213 \$
remis à l'Institut



SOUTENIR DE NOMBREUX PROJETS DE RECHERCHE

La Fondation a remis 1 985 014 \$ pour appuyer de nombreux projets de recherche réalisés à l'Institut, qui permettent aux chercheurs et chercheuses de continuer de se démarquer aux quatre coins du globe. La Fondation a également soutenu la biobanque et remis des subventions dans le cadre du concours annuel de recherche.

APPUYER L'ENSEIGNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES

Pour appuyer l'enseignement, la Fondation a remis 1 051 925 \$ en octroyant notamment des bourses de *fellowship* à des médecins de l'Institut afin qu'ils puissent entreprendre une formation supplémentaire à l'extérieur de la province et ainsi acquérir une expertise unique en compagnie de sommités mondiales. Elle a également soutenu la création de capsules vidéo informatives en cardiologie et en pneumologie.

CONTRIBUER À L'ACQUISITION D'ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS

Afin que l'Institut puisse demeurer à la fine pointe de la technologie, la Fondation a remis 740 274 \$ pour permettre l'achat d'équipements spécialisés. Cette contribution a notamment servi à l'acquisition d'un Fibroscan® portatif dédié à la recherche, d'équipements pour le Pavillon de prévention des maladies cardiaques et de deux civières spécialisées pour l'échographie cardiaque.

Pour tous les détails, consultez le [rapport annuel de la Fondation IUCPQ](#).

*Année de référence : du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion et d'imputabilité)

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

INDICATEUR	ENGAGEMENT 2023-2024	RÉSULTAT AU 31 MARS 2024	ENGAGEMENT 2026-2027
ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail Orientation 1 : Devenir un employeur de choix			
1 – Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	74,9 %	N/D	79 %
2 – Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	Établissement de la cible de départ	N/D	+4,5 % par rapport à la cible de départ
4 – Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (MOI) (3.06.01)	301 heures	0 heure	0
5 – Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	100 %	100 %
COMMENTAIRES : 3.02 : Les sondages permettant de mesurer le pourcentage d'employés qui recommandent l'établissement comme employeur ont été transmis par le MSSS à nos intervenants et intervenantes en avril 2024 seulement. Les résultats seront connus dans les prochains mois. 3.06.01 : Les efforts d'attraction et de rétention de main-d'œuvre ont permis à l'Institut de ne pas recourir aux agences pour le personnel clinique afin d'assurer les services. 3.01.02 : Des suivis constants sont assurés par l'ensemble des gestionnaires de l'établissement concernant la formation du personnel pour chacune des formations obligatoires, dont celle sur les réalités autochtones. Nous remercions les gestionnaires pour leur rigueur.			
Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive			
9 – Proportion des élèves de 3 ^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	S.O.	S.O.	S.O.
12 – Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	80 %	76,7 %	80 %
COMMENTAIRES : 1.09.33.01 : En raison de l'absence de 50 % des effectifs médicaux, les délais d'accès à la chirurgie oncologique à l'intérieur de 28 jours ont connu une diminution pour les périodes 5 (53,2 %), 6 (17,4 %) et 7 (64,5 %). Néanmoins, du début de la période 8 à la fin de la période 13, le taux moyen des usagères et usagers traités dans un délai de 28 jours est passé à 92,5 %. Cette performance s'explique par l'augmentation des effectifs à partir de cette période ainsi que par la mise en œuvre de plusieurs mesures priorisées dans l'établissement. Ces mesures comprennent notamment la vigie hebdomadaire des usagers en attente, l'application rigoureuse de la Politique relative à la gestion de l'accès aux services spécialisés et l'engagement actif des équipes médicales dans une approche de cogestion clinico-médico-administrative. Malgré le contexte, il nous semble important de mentionner que la cible d'accès dans un délai de 56 jours, qui est à notre avis une des cibles les plus importantes sur laquelle assurer une vigie, a été atteinte en 2023-2024.			

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion et d'imputabilité) (suite)

INDICATEUR	ENGAGEMENT 2023-2024	RÉSULTAT AU 31 MARS 2024	ENGAGEMENT 2026-2027
ENJEU 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité			
13 – Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20)	S.O.	S.O.	S.O.
14 – Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	S.O.	S.O.	S.O.
15 – Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	S.O.	S.O.	S.O.
16 – Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	S.O.	S.O.	S.O.
17 – Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	S.O.	S.O.	S.O.
18 – Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	S.O.	S.O.	S.O.
19 – Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	S.O.	S.O.	S.O.
20 – Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	S.O.	S.O.	S.O.
21 – Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	S.O.	S.O.	S.O.
22 – Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)	106 minutes	130,7 minutes	76 minutes
23 – Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	12,1 heures	12,77 heures	11,1 heures
24 – Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)	S.O.	S.O.	S.O.
25 – Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	0	1	N/D*

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion et d'imputabilité) (suite)

INDICATEUR	ENGAGEMENT 2023-2024	RÉSULTAT AU 31 MARS 2024	ENGAGEMENT 2026-2027
COMMENTAIRES :			
1.09.16.01 : Une légère hausse est observée pour le délai de la prise en charge de la clientèle en mode ambulatoire. Cette hausse est liée notamment à une augmentation de 8 % d'usagers et d'usagères venant consulter en mode ambulatoire comparativement à l'an passé. Un suivi périodique des délais de prise en charge médicale pour le volet ambulatoire est discuté lors des rencontres du Service de l'urgence et un plan d'action régional concerté a été mis en place avec nos partenaires. 1.09.01 : Nous sommes très près de la cible et sous la cible nationale de 17 heures. Le nombre d'usagers sur civière de plus de 75 ans est de 45 %! Malgré une augmentation de 3 % des usagers de 75 ans et plus sur civière, la durée moyenne de séjour (DMS) est identique au résultat de 2022-2023. Il est à noter que les actions structurantes mises en place pour le désengorgement du Service de l'urgence et l'application de la Politique relative à l'amélioration du cheminement des usagers, de leur arrivée à l'urgence jusqu'à l'obtention de leur congé, ont permis d'assurer une fluidité hospitalière. Ces stratégies sont suivies régulièrement dans les rencontres de pilotage stratégique du comité de direction. Hebdomadairement, le comité de coordination clinique s'assure du suivi des actions. De plus, nos équipes travaillent sans relâche afin d'assurer la fluidité des trajectoires de soins, permettant ainsi aux usagers dont la situation de santé l'exige, d'obtenir un lit dans un délai rapide. 1.09.32.00 : Conformément à la demande ministérielle, le plan d'action rédigé l'an dernier a été suivi et a conduit à des résultats significatifs, notamment une diminution notable du nombre de chirurgies en attente depuis plus d'un an, passant de 14 à 1. Avec un seul usager en attente au 31 mars et un point de départ à 53 usagers en début d'année, nous considérons avoir atteint la cible. Plusieurs actions structurantes ont permis l'atteinte de ce résultat organisationnel. Nous exprimons notre profonde gratitude envers nos équipes qui, jour après jour, maintiennent la qualité des soins et fournissent un service exemplaire pour nos usagers.			

Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %

Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 100 %

Diminution du temps d'attente à l'urgence

L'Institut a revu et ajusté son plan d'action relatif à l'optimisation de la gestion des hospitalisations et de la fluidité hospitalière en y ajoutant des mesures structurantes et intégrées dès l'arrivée de l'utilisateur au Service de l'urgence. Ces actions sont en cohérence avec les objectifs poursuivis par la démarche de suivi des séjours et la planification précoce et conjointe des congés, laquelle vise l'optimisation des durées de séjour en milieu hospitalier.

En lien avec notre politique à ce chapitre, toutes les directions de l'établissement sont impliquées au quotidien afin d'améliorer la fluidité dans les différentes trajectoires de services tertiaires de l'Institut et visent à améliorer tant l'expérience-utilisateur que l'utilisation judicieuse de nos ressources.

Nous avons également établi un plan de surcapacité hospitalière de 10 lits pouvant être utilisés en période de grande congestion hospitalière. Ce plan a été intégré à la Politique relative à l'amélioration du cheminement des usagers (DSP-043), afin que les diverses parties prenantes puissent se mettre en action rapidement lorsque les conditions en prescrivent la mise en application.

Au chapitre de nos performances, et malgré une augmentation de 1 588 visites à l'urgence, nous avons maintenu à moins de cinq minutes le délai moyen avant l'évaluation initiale par l'infirmière au triage, grâce notamment à l'ouverture d'une deuxième salle de triage en février dernier. En ce qui touche les situations cliniques qui y répondent, en collaboration avec notre partenaire, le CIUSSS de la Capitale-Nationale, nous poursuivons nos efforts de réorientation systématique des usagers de niveau P4 et P5 (échelle canadienne de triage) vers les groupes de médecine familiale (GMF).

En complément, bien que nous ayons accueilli 507 usagers additionnels sur civière par rapport à l'année 2022-2023, le travail des équipes multidisciplinaires gravitant autour du Service de l'urgence a permis le maintien d'une durée moyenne de séjour globale sous la barre des 14 heures attendue par le MSSS. Cette performance est d'importance, considérant que le taux d'occupation des civières est passé de 100 % en 2022-2023 à 103 % pour l'année se terminant le 31 mars 2024. Fier de son résultat de 12,8 heures de durée moyenne de séjour sur civière, l'Institut se situe dans les premiers rangs des urgences desservant une clientèle adulte générale et tertiaire, et ce, en dépit de l'augmentation de 2,5 % du nombre de visites et le fait que notre clientèle âgée de 75 ans et plus représente 45 % des usagers visitant l'urgence de l'Institut.

Dans un processus d'amélioration continue ciblé sur les indicateurs de résultat devant être améliorés, des efforts particuliers sont apportés à l'atteinte de la cible ministérielle de prise en charge médicale de la clientèle ainsi que celle touchant le délai entre la demande d'admission et l'arrivée de l'utilisateur à l'unité de soins. En cohérence avec la politique DSP-043, des actions coordonnées sont appliquées afin d'améliorer l'accès aux soins et services à notre clientèle.

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE D'AGRÉMENT CANADA

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue d'Agrément Canada, un nouveau cycle débutait à l'hiver 2023. Avec l'arrivée du manuel révisé sur le leadership et les normes transversales, une nouvelle structure de coordination, intégrée à notre système de gestion et à nos processus de travail, a été mise en place. Cette coconstruction, avec des équipes qualité, a permis de mobiliser et de valoriser l'expertise des spécialistes concernés tout en se reposant sur une gestion de proximité.



Dans la continuité de la démarche, un exercice d'autoévaluation a été réalisé à l'été 2023 afin d'avoir un portrait organisationnel quant aux bonnes pratiques déjà en place ainsi qu'à certaines pistes d'amélioration et d'opportunités. Plus de 500 membres du personnel ont été sollicités pour participer à la démarche. Un taux de réponse de près de 75 % a été atteint, ce qui témoigne de leur engagement sincère pour la qualité des soins et des services destinés à notre clientèle.

Une démarche diagnostique a permis de dresser un portrait juste et détaillé des améliorations des dernières années en lien avec ces normes d'excellence, tout en identifiant plusieurs opportunités à saisir pour rehausser la prestation sécuritaire des soins et des services auprès de nos usagères et usagers. Ces éléments ont été intégrés dans un plan global d'amélioration partagé à l'ensemble des gestionnaires. De nombreux outils d'accompagnement ont été élaborés pour soutenir l'appropriation de cette démarche d'amélioration continue d'envergure et en prévision de la visite d'agrément de janvier 2024.

Nous avons donc accueilli l'équipe de visiteuses et visiteurs du 21 au 25 janvier. Cette opportunité nous a permis de démontrer à nouveau notre recherche constante de l'atteinte des plus hauts standards de qualité, au service de l'utilisateur. Le rapport final est en révision par le Comité d'approbation du type d'agrément. Nous l'attendons avec beaucoup d'intérêt afin de poursuivre notre quête d'excellence, en cohérence avec les résultats de la démarche d'agrément.

De façon parallèle, en suivi du cycle précédent (visites 2018-2021), notre statut d'établissement agréé a été renouvelé à l'automne 2023. Nous avons obtenu fièrement une performance globale de 97,1 %, ce qui représente un taux de conformité supérieur à la moyenne du réseau (94,4 %).

Les 30 priorités organisationnelles requises ont été évaluées et ont obtenu le score de 100 %. Agrément Canada nous a également reconnu plusieurs secteurs d'excellence, notamment :

- Engagement marqué à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services à tous les niveaux de l'organisation
- Approche centrée sur l'utilisateur et sa famille (Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches)
- Certification Entreprise en santé – Élite
- Expertise de pointe dans la prise en charge de la clientèle atteinte d'un cancer pulmonaire
- Bilan comparatif des médicaments déployé à 100 % dans l'organisation

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (suite)

SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

- Activités de promotion menées dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients sous le thème du phénomène de la seconde victime
- Formation sur la déclaration, la divulgation ainsi que la culture de sécurité à 521 nouvelles personnes employées dans le cadre de leur accueil
- 24 séances d'information sur la déclaration et la culture de sécurité auprès de groupes de résidents et résidentes lors de leur journée d'accueil ou de leur réunion de stages de nuit
- Dans le cadre d'un dîner clinique au conseil des infirmières et infirmiers, présentation sur la place de la gestion des risques cliniques dans l'amélioration des processus cliniques. De plus, leur rôle comme acteur de changement pour la sécurité de la clientèle a été mis en valeur
- Activités de sensibilisation sur les répercussions que peuvent vivre les membres du personnel à la suite d'un événement indésirable (phénomène de la seconde victime) ainsi que sur les stratégies individuelles et organisationnelles en guise de prévention et d'accompagnement
- Révision et promotion du Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager et des mesures de soutien à la suite d'un accident (R-38)
- Projet de déploiement du formulaire électronique pour les déclarations d'événements en contexte de prestation de soins et de services (projet vitrine en février 2024 et volet organisationnel au 1^{er} avril 2024), visant un changement de paradigme vers l'utilisation de l'outil de façon clinique, proactive et en gestion de proximité dans les différents secteurs
- Mise en place d'un formulaire de traçabilité au laboratoire de pathologie lors d'envois d'échantillons à l'extérieur de l'établissement
- Activités de promotion et de sensibilisation aux réalités que peut vivre notre clientèle au prise avec des limitations fonctionnelles au quotidien, en contexte de prestation de soins ou de services.

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (suite)

ÉTAT DE SITUATION DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

Cette année, 3 351 événements* ont été déclarés, dont plus de 90 % n'ont eu aucune conséquence pour les usagères et usagers (indices de gravité A à D).

* Données disponibles en date du 23 avril 2024

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS

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

INCIDENTS (indices de gravité A et B)*			
PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Médication	199	30 %	6 %
Retraitement des dispositifs médicaux	167	25 %	5 %
Autres**	134	20 %	4 %

* Nombre total d'incidents = 672. Les trois principaux types d'incidents totalisent 500

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

ACCIDENTS (indices de gravité C à I)*			
PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Médication	1 457	54 %	43 %
Chute	555	21 %	17 %
Traitement	212	8 %	6 %

* Nombre total d'accidents = 2 679. Les trois principaux types d'accidents totalisent 2 224

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (suite)

ACTIONS ENTREPRISES EN LIEN AVEC LES PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS

Médication

- Implantation de la feuille d'administration des médicaments électronique (FADMé) sur les unités de soins et au Service de l'urgence, rendant ainsi plus sécuritaire le circuit du médicament, notamment par :
 - ▶ L'amélioration de l'accès aux informations relatives à la médication pour l'ensemble du personnel professionnel
 - ▶ L'amélioration de la documentation et de la traçabilité
 - ▶ L'intégration d'une vérification additionnelle (électronique) entre le médicament et la FADMé
- Réalisation d'audits, notamment sur l'entreposage des médicaments, l'administration de la médication et la double vérification indépendante
- Réalisation d'un sondage sur la satisfaction des services de la pharmacie
- Projet d'implantation des nouveaux cabinets de médicaments améliorant l'accès, la sécurité, et la traçabilité de la médication
- Modification des questions relatives à la médication lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur afin de recenser les médicaments qui ne se retrouvent pas au Dossier santé Québec

Chute

- Mise en place d'un formulaire dédié à l'évaluation et au suivi postchute, offrant ainsi au personnel infirmier un outil de référence pour le supporter dans les interventions à réaliser à la suite d'une chute et la documentation dans le dossier.
- Réalisation d'audits :
 - ▶ Sur l'évaluation du risque de chute des usagers, sa documentation au dossier et le port d'un bracelet en présence d'un risque élevé
 - ▶ Sur la complétion du formulaire d'évaluation et de suivi postchute
- Ajout de la thématique de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) au mandat du comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle et sur les stratégies de prévention des chutes. Un point statutaire sur l'AAPA a été intégré à l'ordre du jour
- Achat de matériel adapté et sécuritaire pour les usagères et usagers (ex. : toile-civière)
- Analyse des risques liés à l'utilisation des civières motorisées

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (suite)

Retraitement des dispositifs médicaux

- Mise en fonction de la nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux permettant ainsi de répondre aux normes d'excellence d'Agrément Canada et de l'Association canadienne de normalisation. Par ailleurs, l'unité :
 - ▶ Est munie d'équipements de pointe en quantité suffisante pour répondre aux besoins futurs
 - ▶ Offre des aires de travail favorisant la sécurité du personnel
 - ▶ Permet une traçabilité accrue des différents dispositifs médicaux retraités

Lié à l'identification

- Évaluation des risques liés à l'identification des usagers en réaction à la rupture d'inventaire de l'encre des imprimantes à cartes embossées ainsi que la mise en application d'un plan de relève adapté aux milieux par un comité de travail interdirections.

Événements sentinelles

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

Hygiène des mains

- Le taux d'observance de l'hygiène des mains (HDM) pour l'année 2023-2024 est de 55 %. Au cours de l'année, plus de 2800 observations de l'HDM ont été effectuées au Service de l'urgence et sur les différentes unités de soins. Le taux d'HDM au moment no 1 (avant le contact avec les usagers ou leur environnement) est de 45 % et celui au moment no 4 (après le contact avec les usagers ou leur environnement) est de 64 %. La méthodologie demandée par les instances gouvernementales est respectée dans la réalisation des audits. Cette année, une usagère-ressource a été intégrée aux actions pour améliorer l'HDM. La mise à jour des connaissances sur l'HDM pour tous les intervenants de l'Institut par le biais de la plateforme ENA, la rétroaction des pratiques d'HDM entre pairs et les actions pour améliorer le moment no 1 sont des interventions encouragées qui se poursuivront au cours de la prochaine année.

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (suite)

Surveillance et contrôle des infections nosocomiales

En ce qui concerne la surveillance du *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), l'Institut a obtenu le plus bas taux jamais observé depuis le début de la surveillance épidémiologique, soit 0,5/10 000 jours-présence. La surveillance des diarrhées à *C. difficile* est à son deuxième meilleur taux depuis 2005, avec un résultat de 1,9/10 000 jours-présence. Au total, 27 éclosions de COVID-19 ont été répertoriées à l'Institut comparativement à 36 éclosions l'année précédente. Par ailleurs, cinq éclosions d'entérobactéries productrices d'enzymes (EPC, gène NDM-1) ont été répertoriées à l'automne 2023, ce qui a nécessité des actions spécifiques à ce gène de résistance, notamment des formations et des prélèvements environnementaux dans les secteurs visés. La dernière éclosion a pris fin en janvier 2024, soit six semaines consécutives sans transmission d'acquisition nosocomiale. Un test PCR ERV/EPC à l'admission des usagers a été implanté, mesure préventive qui permettra certes d'éviter de futures éclosions. Une usagère-ressource a été intégrée aux actions pour améliorer l'HDM.

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

Le comité interdisciplinaire sur la réduction des mesures de contrôle et sur les stratégies de prévention des chutes a tenu six réunions ordinaires au cours de l'année 2023-2024. Durant cette période, des mesures de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle ont été réalisés, et ce, à deux reprises, sur toutes les unités de soins de l'Institut. Le taux de prévalence est le nombre d'usagers pour lesquels une mesure de contrôle a été appliquée pendant une période de 24 heures, divisé par le nombre total d'usagers hospitalisés.

MOIS	PRÉVALENCE
Octobre 2023	1,35 %
Avril 2024	0,37 %

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

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

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour l'année 2023-2024, l'équipe du commissariat aux plaintes a traité 353 dossiers. L'ensemble de ces insatisfactions représente une volumétrie de 417 motifs analysés. Cette donnée est, par ailleurs, interdépendante à l'augmentation significative des activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire. L'augmentation de la volumétrie et des enjeux d'accès aux ressources humaines nécessaires pour assumer nos responsabilités avec diligence ont eu des impacts sur les délais de traitement des insatisfactions.

TABEAU 1. EXEMPLES DE MESURES D'AMÉLIORATION MISES EN PLACE EN 2023-2024

Motif	Droits particuliers\sécurité\facteurs de risques propres à l'usager non considérés
Action	Par l'instance visée
Mesure	Évaluation des besoins
Précision de la mesure	L'outil d'aide à la décision quant au choix du mode de déplacement des usager est rendu accessible sur tous les postes informatiques du Service de l'urgence, dans la section Info-Urgence
	RÉALISÉE
Motif	Droits particuliers\droit à l'information\sur les services et modes d'accès
Action	Par l'instance visée
Mesure	Ajustement des activités professionnelles
Précision de la mesure	L'équipe de la physiologie respiratoire a amorcé des travaux afin de permettre aux usagers de recevoir une réponse courriel automatisée lorsqu'ils transmettent leurs prescriptions
	RÉALISÉE
Motif	Relations interpersonnelles\communication\attitude\manque d'empathie
Action	Par l'instance visée
Mesure	Respect des droits
Précision de la mesure	La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique, de la transformation et de l'innovation, avec le support de la Direction des ressources humaines, déploie des capsules de formation pour sensibiliser le personnel à l'importance de la qualité de la relation usager/personnel soignant
	RÉALISÉE

Mesures mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances (suite)

Motif	Droits particuliers\assistance\accompagnement
Action	Engagement de l'instance
Mesure	Information et sensibilisation des intervenants
Précision de la mesure	Dans le cadre d'une mesure d'amélioration, nous proposons à la Direction des soins infirmiers d'utiliser l'expérience de M. X afin d'améliorer les pratiques et de favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle en chirurgie cardiaque
	RÉALISÉE

TABLEAU 2. MESURES ET RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COMMISSAIRE

Motif	Droit particuliers\droit à l'information\sur les mécanismes d'accès de participation
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Politiques et règlements
Précision de la mesure	Nous recommandons à la Direction des services techniques, avec le support de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique, de la transformation et de l'innovation et la Direction des ressources humaines, de procéder à la révision de la politique relative à l'utilisation des dispositifs de communication cellulaire et aux postes de radio portatifs à deux voies afin de permettre aux usagers/représentants/proches aidants la prise d'enregistrement sonore, vidéo, photo lorsqu'une telle pratique est utile pour la prestation des soins et des services dans le but de répondre aux besoins de l'usager
	ACCEPTÉE

Motif	Droit particuliers\accès au dossier de l'usager et au dossier de plainte
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Information et sensibilisation des intervenants
Précision de la mesure	Nous recommandons à la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires de prendre les moyens nécessaires pour limiter les impacts de la problématique d'identification des stagiaires dans les dossiers médicaux lorsqu'ils interviennent auprès des usagers
	ACCEPTÉE

Mesures mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances (suite)

Motif	Aspect financier\facturation\à des non-résidents du Québec
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Respect des droits
Précision de la mesure	Afin d'améliorer l'accès à l'information pour les usagers non couverts par la RAMQ en ce qui concerne la facturation des soins de santé et des services sociaux, je recommande : à la Direction des ressources financières et de la logistique de s'assurer que l'information en lien avec la facturation des soins et des services, incluant la surcharge de 200 % ainsi que les coordonnées de la direction responsable de cette information, soit facilement accessible pour les usagers, par exemple sur le site Internet de l'organisation
RÉALISÉE	

Mesures mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances (suite)

MALTRAITANCE

Au cours de l'année 2023-2024, 18 dossiers concernant des cas de maltraitance ont été reçus par la commissaire aux plaintes. Nous tenons à souligner la collaboration diligente de nos partenaires dans le traitement de ces situations qui sont, dans la plupart des cas, réorientées vers le commissariat aux plaintes du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

TABLEAU 3. DOSSIERS REÇUS CONCERNANT DES CAS DE MALTRAITANCE

Type de dossier	Motif
Assistances (2)	Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Maltraitance psychologique\Violence
	Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Discrimination et âgisme\Négligence
Consultations (7)	Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Violation des droits\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance sexuelle\Violence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance matérielle ou financière\Négligence (2)
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance psychologique\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Violence
Interventions (7)	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Violation des droits\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance matérielle ou financière\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Violence
	Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Violation des droits\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance psychologique\Négligence
	Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance psychologique\Violence
Plainte (1)	Maltraitance (Loi)\Par un dispensateur de services\Maltraitance organisationnelle (soins et services)\Négligence

Mesures mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances (suite)

PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de l'exercice 2023-2024, un dossier a été transmis au Protecteur qui a procédé à la fermeture dudit dossier sans recommandation.

CORONER

Au cours de la dernière année, du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024, aucun amendement ni étude de dossier du Coroner n'a été demandé.

AUTRES INSTANCES

Les médecins examinateurs exercent des fonctions liées à l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident. Pour l'exercice qui se termine, 35 dossiers de plaintes médicales ont fait l'objet d'examen.

EXEMPLES DE MESURES CORRECTRICES RECOMMANDÉES ET MISES EN PLACE EN 2023-2024

TABLEAU 4. MESURES ET RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Motif	Soins et services dispensés\Décision clinique\Evaluation et jugement professionnels
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Élaboration\Révision\Application
Recommandation	À la suite des événements dénoncés dans la plainte, les cardiologues qui effectuent ce type d'intervention ont convenu de revoir le mode de planification de ce type de procédure afin d'éviter que la situation vécue se reproduise.
	RÉALISÉE

Mesures mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances (suite)

Motif	Soins et services dispensés\Décision clinique\Évaluation et jugement professionnels
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Amélioration des communications
Recommandation	Il est recommandé que votre plainte fasse l'objet d'une étude par le comité d'évaluation de l'acte médical du service d'hémodynamie, et qu'un rappel soit notamment fait à l'ensemble de ses membres sur l'importance d'une communication adéquate des principales complications possibles, d'une communication compréhensible des résultats pour le patient, de même que de la réponse à ses questionnements.
RÉALISÉE	

Motif	Relations interpersonnelles\Abus\Abus par un intervenant, par un professionnel ou un médecin\Verbal
Action	Recommandation d'ordre systémique
Mesure	Conciliation
Recommandation	Transfert vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires.
ACCEPTÉE	

Mesures mises en place à la suite des recommandations formulées par les instances (suite)

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

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

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

Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet de l'Institut :

<https://iucpq.qc.ca/fr/institut/qualite-et-performance/gestion-des-plaintes>

Exemples de mesures correctrices recommandées par les médecins examinateurs et mise en place

MISES SOUS GARDE DU 1^{ER} AVRIL 2023 AU 31 MARS 2024

	Mission CH IUCPQ
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	11
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	()
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()

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

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

En conformité avec la *Loi concernant les soins de fin de vie*, l'Institut offre les meilleurs standards de pratique à l'égard de la clientèle nécessitant des soins palliatifs ou exprimant le désir d'obtenir une sédation palliative continue ou une aide médicale à mourir. La qualité de ces deux actes médicaux est évaluée par un comité spécial du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. Pour les besoins du présent rapport, le bilan des soins de fin de vie illustré dans le tableau ci-après prend en compte les données du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024. Un rapport annuel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l'Institut.

BILAN DES SOINS DE FIN DE VIE

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	659
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	37
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	90
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	64
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées	26
	Motifs :	
	Ne répond pas aux critères	
	A cessé de répondre aux critères en cours de processus	
	Retrait de la demande	
	Transfert vers un autre établissement	
	Décès avant la fin de l'évaluation	
	Décès avant l'administration	
	Demande toujours en évaluation	



Ressources financières

L'établissement bénéficie d'un financement annuel total de 378 538 762 \$ pour le fonds d'exploitation. Au cours de l'exercice financier 2023-2024, la partie du budget allouée pour les activités principales a été utilisée selon le tableau suivant.

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation	
	Dépenses		Dépenses		Dépenses	
Programmes-services						
Santé publique	3 139 412 \$	0,94 %	2 363 423 \$	0,75 %	775 989 \$	32,83 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	314 943 \$	0,09 %	596 605 \$	0,19 %	-281 662 \$	-47,21 %
Santé mentale	300 199 \$	0,09 %	263 405 \$	0,08 %	36 794 \$	13,97 %
Santé physique	259 244 216 \$	77,83 %	246 422 178 \$	78,07 %	12 822 038 \$	5,20 %
Programmes soutien						
Administration	21 476 389 \$	6,45 %	18 799 357 \$	5,96 %	2 677 032 \$	14,24 %
Soutien aux services	27 369 631 \$	8,22 %	24 679 571 \$	7,82 %	2 690 060 \$	10,90 %
Gestion des bâtiments et des équipements	21 242 759 \$	6,38 %	22 501 550 \$	7,13 %	-1 258 791 \$	-5,59 %
Total	333 087 549 \$		315 626 089 \$		17 461 460 \$	

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

Équilibre budgétaire

L'établissement présente au 31 mars 2024 un manque à gagner de 5 505 855 \$, composé d'un déficit de 5 868 445 \$ pour le fonds d'exploitation et d'un surplus de 362 590 \$ pour le fonds d'immobilisations. Ainsi, l'établissement ne s'est pas conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

Ce déficit s'explique par un manque à gagner sur l'indexation reçue du MSSS, de l'introduction du mode de financement axé sur le patient (FAP), d'une augmentation de volumétrie (dont le bloc opératoire et l'électrophysiologie interventionnelle) ainsi que de l'augmentation des frais d'intérêts payés pour financer des comptes à recevoir du MSSS (1,1 M\$).

Les contrats de services

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	114	26 006 777 \$

Ressources informationnelles

RESPECT DES 15 MESURES DE SÉCURITÉ DU MINISTÈRE DE LA CYBERSÉCURITÉ ET DU NUMÉRIQUE (MCN) (CIBLE ATTEINTE)

Atteinte des objectifs et du niveau de maturité demandé par le MCN, visant la désuétude des systèmes d'exploitation, le renforcement de la surveillance des tentatives de cyberattaque, la mise en place d'un antivirus moderne ainsi que des campagnes de simulation et de sensibilisation à l'hameçonnage. L'Institut figure parmi les quelques établissements qui ont complété l'exercice de mise en œuvre des mesures.

RÉFORME DES PROCESSUS DE GESTION POUR LES COMPTES À HAUT PRIVILÈGE

Bénéfice : Cette activité a pour objectif de mitiger les conséquences de l'hameçonnage d'un compte à haut privilège et du même coup, de réduire les risques de subir une cyberattaque.

ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION À LA CYBERSÉCURITÉ

Bénéfice : Ces activités de sensibilisation tenues sur une base régulière servent à faire prendre conscience du rôle important que revêt chaque intervenant de l'Institut dans la cybersécurité et dans la protection des renseignements personnels.

POURSUITE DE LA MISE À NIVEAU DES SERVEURS WINDOWS 2012

Bénéfice : La DRI a mis à niveau le système d'exploitation désuet de 21 serveurs additionnels afin d'éviter les vulnérabilités d'un produit en fin de vie et sans soutien du manufacturier. La mise à niveau permet en même temps de rehausser plusieurs logiciels.

MIGRATION DES SERVEURS DE L'INSTITUT

Bénéfice : Ce déplacement dans une nouvelle salle de serveur a permis d'augmenter le temps de réponse et de diminuer la latence de plusieurs systèmes informatiques pour les utilisateurs de l'Institut. Cette salle offre également une meilleure redondance aux niveaux réseautique, électrique et de la climatisation.

RÉINGÉNIERIE DES OUTILS D'ACCÈS À DISTANCE ET DE TÉLÉTRAVAIL

Bénéfice : L'exercice permet à l'Institut de rehausser significativement le niveau de fonctionnalité et de sécurité pour ses télétravailleurs. Cette initiative a également permis de renforcer le support à distance des utilisateurs, de faciliter l'installation de rehaussement logiciel à distance, de faciliter l'accès à des systèmes d'information cliniques, clinico-administratifs et administratifs.

EXPANSION ET MAINTIEN DU PARC D'ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE

Bénéfice : Le parc d'équipement informatique a été bonifié de 200 nouveaux postes informatiques pour soutenir les modalités au chevet. De plus, le plan de maintenance a réalisé le remplacement de 500 postes informatiques désuets, permettant d'offrir des équipements performants aux services de l'organisation.

Ressources informationnelles (suite)

ÉVOLUTIONS DU DCI CRISTAL-NET

Bénéfice : Le plan de transformation numérique, présenté par le MSSS, est composé de cinq grands axes, où le service du DCI Cristal-Net s'est doté d'une stratégie de valorisation de données afin de soutenir les activités d'évaluation, de qualité et de performance de l'organisation. De plus, une fonctionnalité demandant une justification à l'accès d'un dossier médical au DCI Cristal-Net a été réalisée, permettant d'offrir un outil supplémentaire à la gestion de la sécurité informationnelle.

EN ROUTE VERS LE SYSTÈME D'INFORMATION DE LABORATOIRE PROVINCIAL (SIL-P)

Bénéfice : La direction clinico-administrative OPTILAB Capitale-Nationale, en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles (DRI) et le Service du DCI Cristal-Net, ont débuté les travaux de mise en œuvre du nouveau SIL-P pour la grappe de la Capitale-Nationale prévu en 2025. Ce projet découle de la démarche OPTILAB visant à accroître l'efficacité des laboratoires de biologie médicale du Québec, qui permettra la traçabilité complète du parcours de l'échantillon, le traitement plus rapide des tests, une meilleure communication des résultats, une facilitation de l'analyse interétablissements de même que le partage des résultats de laboratoires aux professionnels de la santé et aux usagers.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTIF PROVINCIAL DE NUMÉRISATION

Bénéfice : Le Service de numérisation de la DRI, en collaboration avec l'Institut, a déployé l'actif de numérisation provincial dans les secteurs d'archives médicales. Cet actif, sélectionné par le MSSS, amène une réduction des coûts d'acquisition, car il est offert gratuitement partout dans le RSSS où le Service de numérisation de la DRI est responsable de son déploiement, de son maintien et de ses améliorations.

INFORMATISATION DE LA PCI ET ANTIBIOGOUVERNANCE

Bénéfice : Améliorer la productivité de l'équipe de PCI en diminuant les communications téléphoniques avec le laboratoire de microbiologie d'au moins 50 % lors de période d'activité comparable après la première année d'implantation et faciliter l'atteinte de la POR 11.2 de la norme PCI d'Agrément Canada.

Divulgations obligatoires

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

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

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

PRÉAMBULE

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

SECTION 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

FONDEMENT LÉGAL

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

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

DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

Dans le cas des conjoints de fait :

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

CHAMP D'APPLICATION

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

DISPOSITION FINALE

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

DIFFUSION

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

SECTION 2 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites des ressources disponibles au sein de l'établissement et des services qui y sont offerts.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

- 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 oeuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

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.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

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

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

SECTION 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

- a)** avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b)** avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

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

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire Engagement et affirmation du membre de l'annexe I du présent document. Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente (30) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

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

PROCESSUS DISCIPLINAIRE

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

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.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (suite)

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

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

Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en oeuvre 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.



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

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



IUCPQ.qc.ca