



L'Institut: des équipes bienveillantes



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Note au lecteur

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

Le masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte, à l'exception du terme «infirmière».

En page couverture: Maryline Bergeron, infirmière clinicienne.

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



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

2725, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-4730
IUCPQ.qc.ca
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

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

Production

Rédaction : L'ensemble des directions de l'Institut

Coordination et production : Direction des ressources humaines et des communications

Graphisme : Jean-Denis Boillat, Komconcept

ISSN 1920-9401 (pdf)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

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



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Table des matières

| | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| 4 | Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général | 46 | Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion) |
| 6 | Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents | 49 | Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité |
| 7 | Liste des abréviations et acronymes | 49 | Suivi de la visite d'Agrément Canada |
| 8 | L'Institut : mission, vision et valeurs | 50 | Sécurité et qualité des soins et des services |
| 8 | Notre distinction | 54 | Nombre de personnes mises sous garde |
| 9 | La grande famille | 55 | Procédure d'examen des plaintes |
| 10 | Trajectoire de soins et services | 56 | Application de la politique portant sur les soins de fin de vie |
| 12 | Vocation suprarégionale | 58 | Ressources humaines |
| 13 | Statistiques annuelles | 60 | Ressources financières |
| 14 | Portrait de la clientèle | | Répartition des charges brutes par programmes |
| 16 | Organigramme de la haute direction | | L'équilibre budgétaire |
| 18 | Conseil d'administration | | Les contrats de services |
| 19 | Comités, conseils et instances consultatives | 61 | État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant |
| 35 | Faits saillants | 62 | Ressources informationnelles |
| 35 | Principales réalisations liées à nos priorités organisationnelles | 63 | Divulgations obligatoires |
| 42 | Direction de l'enseignement et des affaires universitaires | 64 | Annexe : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA |
| 44 | Direction de la recherche universitaire | | |
| 45 | Fondation IUCPQ | | |

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

Nous sommes fiers de vous présenter ce rapport annuel de gestion 2021-2022, dont les faits saillants témoignent de l'engagement exceptionnel de nos équipes envers les missions tertiaires de l'Institut, la population et les partenaires du réseau de la santé. Certaines priorités ont particulièrement retenu l'attention du conseil d'administration et du comité de direction. Voici donc quelques constats.

Tout d'abord, il est indéniable que la dernière année a apporté son lot de défis, notamment avec les quatrième et cinquième vagues de la COVID-19, qui ont chamboulé notre quotidien et nos façons de faire pour une deuxième année consécutive. Le personnel de l'Institut a su se réinventer de façon remarquable et faire preuve d'ingéniosité afin d'offrir des soins et des services de qualité, et ce, malgré les contraintes imposées par les mesures sanitaires. En effet, plusieurs initiatives auront assurément renforcé nos liens et permis de mettre en lumière des personnes exceptionnelles dans plusieurs domaines de compétences. Grâce à l'innovation et à la recherche de solutions adaptées à des situations inhabituelles, nous avons pu faire face à de nombreux défis afin de maintenir des soins sécuritaires.

Concrètement, une unité de soins a été réaménagée en une «unité accordéon» pour faire face à la demande hospitalière accrue en contexte de pandémie. Ce nouveau concept a permis de moduler la répartition des lits et l'organisation du travail selon l'évolution de la COVID-19 et les besoins hospitaliers. Les équipes cliniques ont su demeurer mobilisées pour faire face à une hausse importante de cas à certains moments. Ainsi, l'organisation clinique a été adaptée en fonction des besoins qui ont fluctué en cours d'année. Également, un plan de rétablissement des activités cliniques a été mis en place après la cinquième vague, afin de faire face aux nombreux défis entourant la reprise des activités. Ce plan visait notamment à définir un niveau d'accessibilité et un équilibre entre la prise en charge de la clientèle COVID et nos missions, tout en tenant compte des nombreuses contraintes qui y étaient liées. En ce qui concerne la présence de notre personnel au travail, une vigilance constante a été assurée afin de diminuer les effets de la quarantaine préventive et des cas positifs à la COVID sur nos ressources humaines.

Continuer à avancer en temps de pandémie

L'intensité des actions pour offrir des soins et des services pendant la pandémie aura donc nécessité la réorganisation de nombreuses activités et entraîné le report de certaines d'entre elles. Malgré tout, plusieurs grands projets ont poursuivi leur lancée, notamment un dossier important pour l'avenir de l'Institut, soit la confirmation par le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'octroi d'un budget de quarante millions de dollars pour la construction du pavillon J, un nouveau bâtiment de soins pouvant accueillir 64 usagers.

Au cours de la pandémie, l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) de l'Institut a prêté main-forte à plusieurs établissements du réseau. Reconnaisant cette expertise, le Ministère a accordé à l'Institut, en mai 2021, la désignation de «Centre d'excellence multidisciplinaire en PCI», lui octroyant par la même

occasion un financement pour les deux prochaines années. Cela permettra à l'Institut de répondre au besoin de soutien des autres établissements afin d'améliorer les connaissances, les compétences et les pratiques adaptées aux différents milieux de soins, d'hébergement et de réadaptation en PCI. Selon les résultats obtenus, il pourrait y avoir une pérennisation du projet.

Par ailleurs, toujours en mai 2021, l'Institut a été désigné par le Programme québécois de cancérologie du Ministère pour coordonner et mettre en place un projet de dépistage du cancer du poumon par la tomographie axiale à faible dose, et ce, en collaboration étroite avec les quatre établissements membres du Comité national du réseau de cancérologie pulmonaire. Les informations recueillies à la suite du dépistage des premiers participants au projet permettront de soutenir la décision quant à la poursuite du projet et à son élargissement en programme provincial dans les établissements à travers la province. Ce projet, d'une durée de trois ans, est une autre reconnaissance de l'expertise de pointe que l'on retrouve à l'Institut.


Malgré tous les bouleversements vécus, l'Institut a réussi à maintenir l'équilibre budgétaire pour l'année financière 2021-2022.

L'année 2022-2023 verra, nous l'espérons, un retour à la normale avec une augmentation des activités qui permettra de rattraper les retards occasionnés par certains délestages ainsi que de poursuivre l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services pour la population.

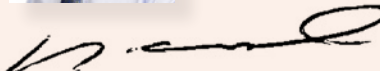
En terminant, nous désirons témoigner de notre extrême reconnaissance envers les personnes qui exercent leur profession dans notre établissement pour leur engagement, leur rigueur ainsi que tout le travail accompli en cette autre année inédite. Grâce aux milliers de femmes et d'hommes qui composent notre organisation, nous poursuivrons avec le même souci d'excellence notre mission tout en nous assurant du bien-être de nos usagers et de leurs proches.

Bonne lecture!




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




Denis Bouchard
 Président-directeur général

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

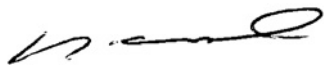
Objet: Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion 2021-2022 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut)

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2021-2022 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 obtenus;
- 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 2022.



Denis Bouchard
Président-directeur général

Le présent rapport annuel de gestion a été déposé et adopté par le conseil d'administration de l'Institut lors d'une assemblée ordinaire tenue le 14 juin 2022. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet «INSTITUT», section «Documents institutionnels», rubrique «Rapports annuels de gestion». Sous le même onglet, vous trouverez également le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section «Qui sommes-nous?», rubrique «Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels».

Liste des abréviations et acronymes

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

L'Institut: mission, vision et valeurs



Notre distinction

- Soins et services spécialisés et ultraspecialisés, complémentaires en gériatrie, en soins palliatifs, en médecine interne et plusieurs autres spécialités
- Expertise et interventions en prévention et en réadaptation
- Urgence de soins spécialisés et de soins généraux
- Recherche clinique et fondamentale en parfaite harmonie avec nos domaines d'expertise clinique
- Activités d'enseignement pour la formation de la relève et le transfert du savoir
- Contribution en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

La grande famille

2 835
Employés



362

Membres

actifs, associés et conseils
(médecins, pharmaciens
et dentistes)



297

Étudiants

et stagiaires
au Centre de recherche



182

Chercheurs

réguliers et associés

Trajectoire de soins et services

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

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

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

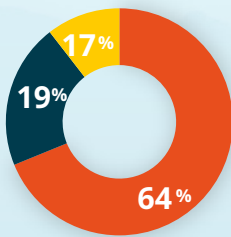
Vocation suprarégionale

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

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

*(8,5 millions habitants-Statistique Canada, 2020)

Usagers



- 2 511** usagers ayant subi une chirurgie **cardiaque**
- 747** usagers ayant subi une chirurgie **thoracique**
- 644** usagers ayant subi une chirurgie **bariatrique**

Enseignement

41 730
jours de stage

27 835
jours de stage
stagiaires en médecine (résidents, externes,
moniteurs cliniques provenant de 14 spécialités)

6 342
jours de stage
stagiaires universitaires
(toutes disciplines confondues)

7 126
jours de stage
**stagiaires de
niveau collégial**
(toutes disciplines
confondues)

427
jours de stage
**stagiaires en
formation
professionnelle**

Fondation IUCPQ

2 023 553 \$*
remis en dons à l'Institut
afin de contribuer au financement
de nombreux projets

Recherche

789
publications

Reconnue à l'échelle internationale

* Année de référence : du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021

Statistiques annuelles

Volume d'activités pour l'exercice terminé le 31 mars 2022

| | 2021-2022 | 2020-2021 | VARIATION |
|--|----------------|---------------|--------------|
| | | | % |
| HOSPITALISATION | | | |
| Nombre de lits au permis | 338 | 338 | 0,00 |
| Nombre de lits dressés | 329 | 319 | 3,13 |
| Admissions | 15 074 | 13 757 | 9,57 |
| Départs | 15 078 | 13 635 | 10,58 |
| Séjours moyens (jours) | 6,0 | 6,2 | -2,63 |
| Occupation des lits disponibles (en %) | 75,1 | 69,5 | 8,13 |
| Total jours-présence | 90 579 | 84 117 | 7,68 |
| - courte durée | 89 399 | 82 961 | 7,76 |
| - longue durée | 1 180 | 1 156 | 2,08 |
| BLOC OPÉRATOIRE | | | |
| Total usagers | 4 463,0 | 3 937 | 13,36 |
| - chirurgie cardiaque | 2 511 | 2 451 | 2,45 |
| - chirurgie thoracique | 747 | 736 | 1,49 |
| - chirurgie générale | 487 | 313 | 55,59 |
| - chirurgie bariatrique (obésité) | 644 | 374 | 72,19 |
| - autres spécialités | 74 | 63 | 17,46 |
| Heures présence des usagers | 14 390 | 13 091 | 9,92 |
| Total usagers | 4 463 | 3 937 | 13,36 |
| - hospitalisés | 4 118 | 3 849 | 6,99 |
| - en chirurgie d'un jour | 345 | 88 | 292,05 |
| HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE | | | |
| Procédures | 10 726 | 9 726 | 10,28 |
| - coronarographies | 4 198 | 3 656 | 14,82 |
| - angioplasties | 3 574 | 3 290 | 8,63 |
| - études électrophysiologiques | 61 | 83 | -26,51 |
| - ablations | 1 058 | 1 067 | -0,84 |
| - cardiostimulateurs et défibrillateurs | 1 623 | 1 458 | 11,32 |
| - autres procédures | 212 | 172 | 23,26 |
| CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS | | | |
| Électrophysiologie et bloc opératoire | 1 651 | 1 482 | 11,40 |
| TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES | | | |
| Usagers greffés | 9 | 8 | 12,50 |
| IMAGERIE MÉDICALE | | | |
| Examens | 117 622 | 104 271 | 12,80 |
| INHALOTHÉRAPIE | | | |
| Unités techniques provinciales | 2 520 848 | 2 369 171 | 6,40 |
| MÉDECINE NUCLÉAIRE | | | |
| Examens | 13 294 | 12 044 | 10,38 |

| | 2021-2022 | 2020-2021 | VARIATION |
|--|----------------|----------------|---------------|
| | | | % |
| SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE | | | |
| Usagers traités | 734 | 2 084 | -64,78 |
| CONSULTATIONS EXTERNES | | | |
| Visites | 76 440 | 68 260 | 11,98 |
| SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE | | | |
| Usagers | 568 | 611 | -7,04 |
| ENDOSCOPIE | | | |
| Total examens | 7 615 | 9 947 | -23,44 |
| - endoscopie digestive | 4 470 | 5 290 | -15,50 |
| - endoscopie respiratoire | 3 145 | 4 657 | -32,47 |
| DIALYSE RÉNALE | | | |
| Total traitements | 911 | 726 | 25,48 |
| - hémodialyse | 911 | 726 | 25,48 |
| HÉMATO-ONCOLOGIE | | | |
| Visites | 7 923 | 5 926 | 33,70 |
| Traitements | 2 667 | 2 753 | -3,12 |
| MÉDECINE DE JOUR | | | |
| Jours-soins | 45 900 | 40 481 | 13,39 |
| Usagers | 28 888 | 23 151 | 24,78 |
| PHYSIOTHÉRAPIE | | | |
| Heures de prestation | 15 718 | 16 562 | -5,10 |
| ERGOTHÉRAPIE | | | |
| Heures de prestation | 11 079 | 11 714 | -5,42 |
| ÉLECTROPHYSIOLOGIE | | | |
| Total examens | 131 817 | 103 654 | 27,17 |
| - électrophysiologie | 112 557 | 82 243 | 36,86 |
| - échocardiographie | 19 260 | 21 411 | -10,05 |
| URGENCE | | | |
| Visites | 26 691 | 22 580 | 18,21 |
| Usagers sur civières | 13 080 | 11 605 | 12,71 |
| Usagers ayant séjourné plus de 24 heures | 1 113 | 879 | 26,62 |
| POLYSOMNOGRAPHIE | | | |
| Examens | 13 635 | 9 898 | 37,76 |
| PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE | | | |
| Examens | 20 180 | 14 075 | 43,37 |
| ALIMENTATION | | | |
| Repas | 579 133 | 493 038 | 17,46 |
| NUTRITION CLINIQUE | | | |
| Usagers | 7 085 | 6 661 | 6,37 |

Portrait de la clientèle

L'Institut dessert principalement la population du centre et de l'est de la province. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2021-2022, 53 % de la clientèle provenait de la région immédiate de Québec et 47 % était hors région.

L'Institut compte 15 079 hospitalisations*, pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,01 jours, par rapport à 13 634 en 2020-2021, pour une DMS de 6,07 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 16 %. Les autres spécialités totalisent 18 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies liées à l'obésité. La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans, pour un taux de 36 %. Suit de près la tranche d'âge de 65-74 ans selon une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

De par son rôle d'établissement désigné, l'Institut a également participé à l'effort collectif en lien avec la pandémie de COVID-19. Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, on a dénombré 425 hospitalisations de personnes atteintes de cette maladie, pour une durée moyenne de séjour de 9,6 jours. L'âge moyen de ces personnes était de 68 ans et elles provenaient majoritairement (81 %) de la région de la Capitale-Nationale.

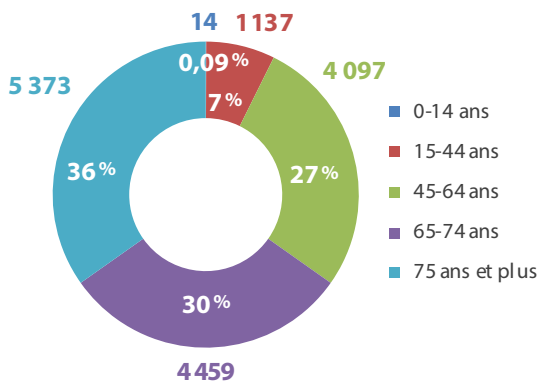
Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services, tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées telles la médecine interne, la néphrologie et l'otorhinolaryngologie. Cette année, les visites en mode ambulatoire sont au nombre de 131 189 pour 45 088 usagers, par rapport à 115 654 visites pour 41 670 usagers en 2020-2021. Cela représente une augmentation de 13,4 % des visites et de 8,2 % des usagers. Le nombre de suivis téléphoniques effectués par les infirmières a, de son côté, augmenté de 1,5 % passant de 41 979 en 2020-2021 à 42 591 en 2021-2022.

* Représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

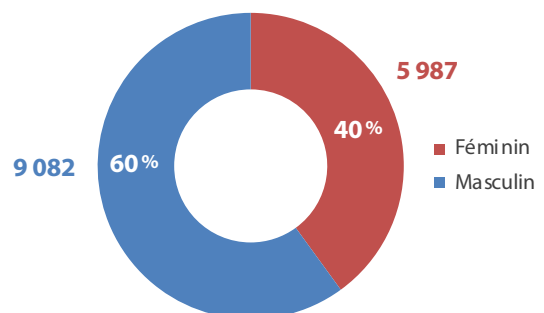
2021-2022 Nombre total d'hospitalisations : 15 079

PROPORTION D'HOSPITALISATIONS

Par groupe d'âge



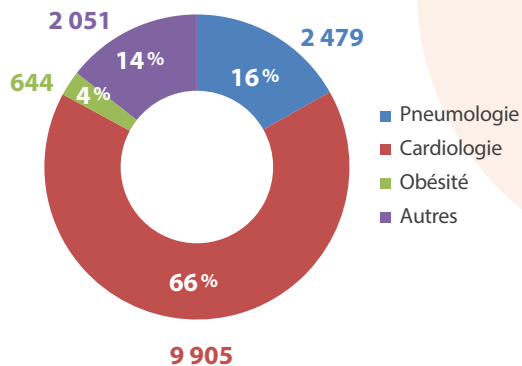
Selon le sexe



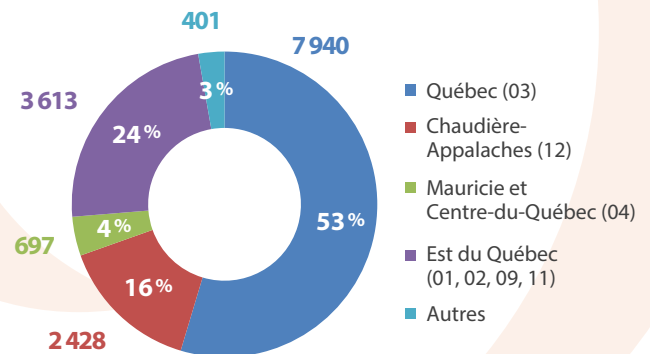
2021-2022
**Nombre total d'hospitalisations :
 15 079**

**PROPORTION
 D'HOSPITALISATIONS**

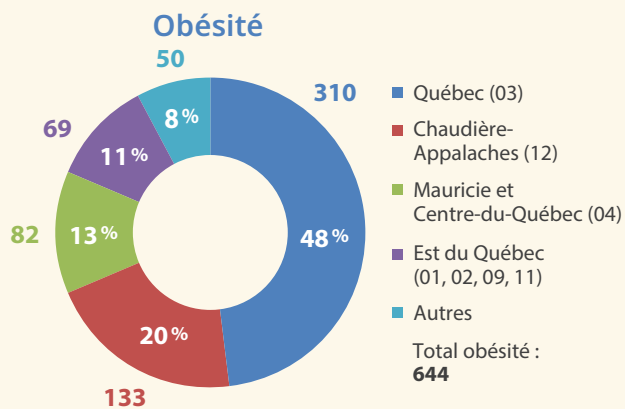
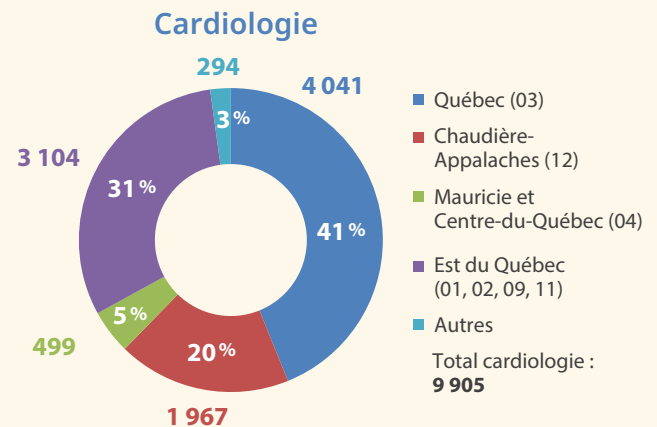
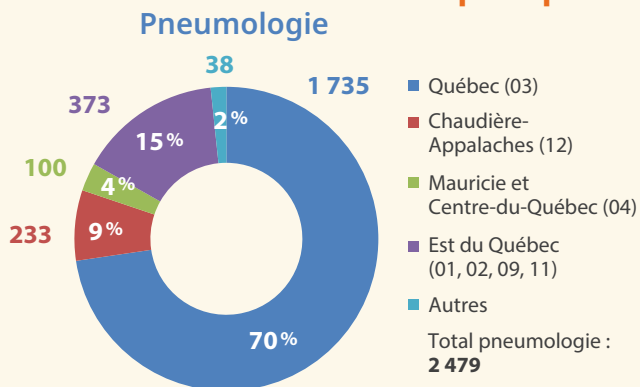
par spécialité



par région sociosanitaire (RSS)

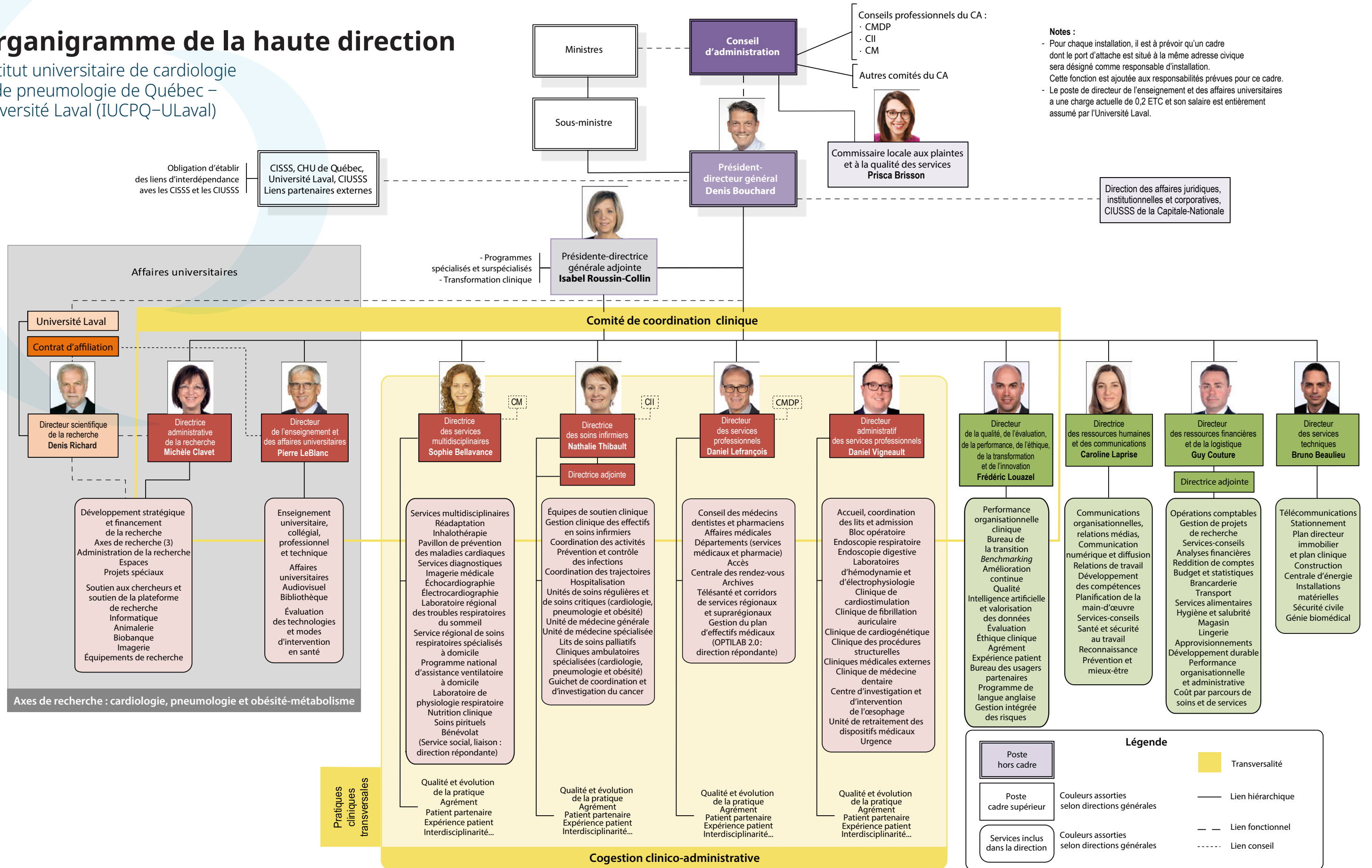


**par région sociosanitaire (RSS)
 par spécialité**



Organigramme de la haute direction

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



Notes :

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

Conseil d'administration

M. Laurent Després



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

M^{me} Myriam Levesque



Membre indépendant
Compétence en gouvernance et éthique

M^{me} Lucie Rochefort



Université affiliée

M. Gilles Kirouac



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

M^{me} Marie-Claude Giguère



Département régional de médecine générale

M. Serge Simard



Conseil multidisciplinaire

M. Denis Bouchard



Secrétaire
Président-directeur général

M. Marcel Pepin



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

M^{me} Isabelle Taillon



Comité régional sur les services pharmaceutiques

M^{me} Claudia Boulanger



Membre indépendant
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M^{me} Julie Veillette



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

M^{me} Kathleen Vézina



Conseil des infirmières et infirmiers

M^{me} Joanne Desjardins



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

M^{me} Chantale Simard



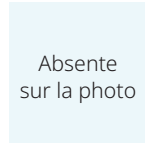
Membre indépendant
Compétence en gouvernance et éthique

M. Frédéric-Simon Hould



Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Mireille Lavoie



Université affiliée

Absente sur la photo

M. Marius Plante



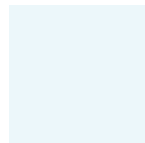
Comité des usagers

M. Daniel Gilbert



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

Poste vacant



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

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

Comités, conseils et instances consultatives

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

Membres

Joanne Desjardins
Laurent Després
Gilles Kirouac
Marcel Pepin
Serge Simard
Denis Bouchard

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre

Représentation

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

Réunions

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

Mandat

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

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

En outre, le comité doit :

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

Le comité de vérification (CV)

Membres

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

Statut

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

Représentation

Membre du CA
Membre du CA (depuis mai 2021)
Membre du CA
Président du CA
Président-directeur général
Directeur des ressources financières et de la logistique
Directrice adjointe des ressources financières et de la logistique

Réunions

Le comité de vérification a tenu 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
Denis Bouchard
Claudia Boulanger
Marius Plante
Prisca Brisson

Statut

Président
Secrétaire
Membre
Membre
Membre

Invité d'office
Invitée permanente

Représentation

Vice-président du CA
Président-directeur général
Membre du CA
Membre du CA
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (commissaire)
Président du CA
Adjointe à la directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (jusqu'en janvier 2022)
Directrice des soins infirmiers (avril 2021 à février 2022)
Directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, de la transformation et de l'innovation (DQEPETI)
Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques (DQEPETI) (depuis février 2022)

Réunions

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

Mandat

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

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

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

Le comité des ressources humaines (CRH)

Membres

Claudia Boulanger
Daniel Gilbert
Mireille Lavoie
Laurent Després
Denis Bouchard
Caroline Laprise

Statut

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

Représentation

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

Réunions

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

Mandat

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

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

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

Membres

Lucie Rochefort
Denis Bouchard
Isabelle Taillon
Chantale Simard
Laurent Després

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre
Invité d'office

Représentation

Membre du CA
Président-directeur général
Membre du CA
Membre du CA (à compter de novembre 2021)
Président du CA

Réunions

Le comité a tenu trois 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
Kathleen Vézina
Julie Veillette
Louis-Jacques Lalonde
Guy Couture

Statut

Président
Membre
Membre
Membre
Membre

Représentation

Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Directeur des ressources informationnelles
Directeur des ressources financières et de la logistique
Directeur des services techniques (jusqu'en novembre 2021)
Directeur des services techniques (depuis novembre 2021)
Président du CA
Président-directeur général

Denis Potvin

Membre

Directeur des services techniques (jusqu'en novembre 2021)

Bruno Beaulieu

Membre

Directeur des services techniques (depuis novembre 2021)

Laurent Després
Denis Bouchard

Invité d'office
Invité d'office

Président du CA
Président-directeur général

Réunions

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

Mandat

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

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

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

Membres

Laurent Després
Isabel Roussin-Collin
Gilles Kirouac
François Duchesneau
Marius Plante
Isabelle Taillon
Kathleen Vézina
Anick Turcotte
Denis Bouchard
Charles Morasse
Jacques Villeneuve
Daniel Lefrançois
Daniel Vigneault
Frédéric-Simon Hould
Marie-Claude Giguère

Statut

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

Représentation

Président du CA
Présidente-directrice générale adjointe
Vice-président du CA
Membre du CA (jusqu'en octobre 2021)
Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Membre du CA
Usagère-ressource
Président-directeur général
Membre du CA (jusqu'en octobre 2021)
Membre du CA (jusqu'en octobre 2021)
Directeur des services professionnels
Directeur administratif des services professionnels
Membre du CA (depuis novembre 2021)
Membre du CA (depuis novembre 2021)

Réunions

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

Mandat

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

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

Le comité d'éthique clinique et de l'enseignement (CECE)

Membres

| | |
|--------------------|--------------------|
| Isabelle Winter | Présidente |
| Myriam Cassard | Membre |
| Charles Desjardins | Membre |
| Alain Dompierre | Membre |
| Daniel Gagné | Membre |
| Josia Gagnon | Membre |
| Bruno Laflamme | Membre |
| Carole Lavoie | Invitée permanente |

Statut

| | |
|------------------|-----------------------------|
| Pierre LeBlanc | Membre |
| Cynthia Lévesque | Membre |
| Vicky Mai | Membre |
| Michel T. Giroux | Membre |
| Lise Tremblay | Membre |
| Frédéric Louazel | Membre |
| Claudia Blouin | Représentante des étudiants |

Représentation

Recommandée par le conseil multidisciplinaire
Infirmière, CII
Médecin, CMDP
Intervenant en soins spirituels
Comité des usagers
Préposée aux bénéficiaires, DSI
Infirmier, CII
Adjointe à la directrice de la qualité,
de l'évaluation et de l'éthique
(jusqu'en janvier 2022)
Directeur de l'enseignement
et des affaires universitaires
Professionnelle, DSI (jusqu'en mars 2022)
Représentante des étudiants, DEAU
(jusqu'en juin 2021)
Éthicien recommandé par le PDG
(jusqu'en octobre 2021)
Médecin, CMDP
Recommandé par le PDG
Recommandée par le DEAU
(à partir de septembre 2021)

Réunions

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

Mandat

Le CÉCE devient la ressource de référence pour toutes questions de nature éthique dans l'établissement autres que celles normalement présentées au comité d'éthique de la recherche. Il émet son opinion à la lumière des

normes éthiques, professionnelles et autres normes existantes ainsi qu'à la lumière de principes généraux aux plans juridique et scientifique, après avoir obtenu un consensus au sein de ses membres.

Le comité d'éthique de la recherche (CER)

Membres

Jamila Chakir
Jonathan Beaudoin
Andréanne Côté
Isabelle Labonté
Éric Larose
Julie Méthot
Annie Roy
Frédéric Sériès
Emmanuelle Trottier
Lise Couillard
Sylvie Blais
François Caron
Geneviève Dion
Nathalie Châteauvert
Sébastien Bonnet
Marie-Claude Côté
Thérèse Dussault
Jean-François Hébert
Suzanne Roy
Marie-Christine Côté,
Camille
Desaulniers-Tremblay

Statut

Présidente
Vice-président
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant
Membre suppléant

Représentation

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Personne versée en éthique
Personne ayant une formation juridique
Personne non affiliée à l'établissement
Personne non affiliée à l'établissement
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Personne versée en éthique
Personne non affiliée à l'établissement
Personne ayant une formation juridique (fin de mandat 11 juin 2021)
Personne non affiliée à l'établissement
Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche
Personne ayant une formation juridique

Réunions

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

Mandat

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

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

Le comité de gestion des risques cliniques (CGRC)

| Membres | Statut | Représentation |
|--------------------------|------------|--|
| Carole Lavoie | Présidente | Adjointe à la directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (jusqu'en novembre 2021) |
| Valérie Langlois | Membre | Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques, présidente depuis décembre 2021 |
| Bianka Paquet-Bolduc | Membre | Personne désignée en prévention et contrôle des infections |
| Cassiopée Paradis-Gagnon | Membre | Membre nommé par le conseil multidisciplinaire |
| Denis Bouffard | Membre | Membre nommé par le comité des usagers |
| Guy Proulx | Membre | Membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (jusqu'en décembre 2021) |
| Julie Racicot | Membre | Responsable des procédures de gestion des médicaments |
| Pierre-Luc Nolet | Membre | Membre du conseil des infirmières et infirmiers (jusqu'en octobre 2021) |
| Maxime Garant | Membre | Personne désignée pour le retraitement des dispositifs médicaux |
| Nathalie Gagné | Membre | Responsable des avis et des alertes |
| Pierre Gagnon (usager) | Membre | Personne désignée par le président-directeur général |
| Stéphanie Drouin | Membre | Personne désignée pour la sécurité transfusionnelle |
| Nathalie Thibault | Membre | Nommé par le président-directeur général |
| Audrey Colletaz | Membre | Nommé par le conseil des infirmières et infirmiers (début novembre 2021) |
| Camille Gosselin | Membre | Résidente en pneumologie |
| Sophie Ste-Onge | Membre | Désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (depuis février 2022) |
| Valérie Caron | Membre | Personne possédant des compétences au niveau de la sécurité du laboratoire |
| Bruno Laflamme | Invité | Conseiller à la gestion des risques |

Réunions

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

Mandat

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

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

Le comité de révision (CR)

Membres

Chantale Simard
Pierre Laflamme
Charles Morasse
Mario Sénéchal

Statut

Présidente
Membre
Membre
Membre suppléant

Représentation

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

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

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

État de traitement des plaintes médicales transmises au comité de révision

| Année | En traitement au début | Reçues durant l'exercice | Total | Conclues | En traitement à la fin |
|-----------|------------------------|--------------------------|-------|----------|------------------------|
| 2021-2022 | 1 | 5 | 6 | 6 | 0 |
| 2020-2021 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |

Le comité des usagers (CU)

Membres

Yves Larose
Marius Plante
Lucie Bélanger
Denis Bouffard
Louise Turgeon
Daniel Gagné
Sylvie Houde
Suzanne Michaud-Belzile

Statut

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

Réunions

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

Mandat

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

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

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

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

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

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres

Marie-Hélène LeBlanc
Marie-Claude Vézina
Nathalie Châteauvert
Mathieu Bernier
Éric Dumont
Denis Bouchard
Daniel Lefrançois
Frédéric-Simon Hould
Sarah Brousseau

Frédéric Pépin-Dion

Kim Lavallée

Statut

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

Représentation

Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Président-directeur général
Directeur des services professionnels
Membre et représentant au conseil d'administration
Agente de communication, infirmière clinicienne à l'unité du D1
Agent de communication, infirmier clinicien à l'urgence
Agente de communication, infirmière clinicienne à l'urgence

Réunions

Le comité a tenu neuf 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 de donner 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
Audrey Colletaz
Hélène Blouin
Nathalie Thibault
Denis Bouchard
Sarah Brousseau

Frédéric Pépin-Dion

Kim Lavallée

Statut

Président
Vice-présidente
Agente de communication
Membre d'office
Membre d'office

Représentation

Infirmier clinicien à la salle de réveil
Infirmière à l'unité du C6
Infirmière clinicienne à l'unité coronarienne
Directrice des soins infirmiers
Président-directeur général
Agente de communication,
infirmière clinicienne à l'unité du D1
Agent de communication,
infirmier clinicien à l'urgence
Agente de communication,
infirmière clinicienne à l'urgence

Réunions

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

Mandat

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

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

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

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

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

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

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

Le CII forme un CECII.

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

Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres

Sylvianne Picard
Carmen Paquette
Serge Simard
Cassiopée Paradis-Gagnon
Vicky Courtois-Plourde
Stéphanie Drouin (CHU)
Denis Bouchard
Sophie Bellavance
Valérie Côté
Cynthia Lévesque
Sandra Jolin

Statut

Présidente
Vice-présidente
Secrétaire
Trésorière
Communication
Membre
Membre
Membre
Membre coopté
Membre coopté
Membre coopté

Représentation

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

Réunions

Le comité a tenu neuf réunions ordinaires 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.



Faits saillants

Principales réalisations liées à nos priorités organisationnelles

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

Durant la dernière année, les activités de la Direction des services techniques ont été fortement marquées, encore une fois, par le soutien donné aux directions cliniques dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Bien que cette pandémie ait retardé le cheminement de plusieurs projets liés aux priorités organisationnelles, notamment le démarrage du dossier d'opportunité pour le projet de construction d'un nouvel hôpital, des efforts considérables ont été consentis afin d'accélérer le décaissement du plan de conservation et de fonctionnalité immobilières ainsi que du plan de conservation d'équipement et de mobilier.

Par ailleurs, plusieurs projets en cours sont en adéquation avec le développement des infrastructures indispensables à la croissance des activités de l'Institut, dont l'agrandissement du bloc opératoire et celui de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, la construction d'un pavillon administratif en soutien aux activités ambulatoires ainsi que celle d'une nouvelle unité de soins de 64 lits et finalement, le remplacement de plusieurs équipements médicaux spécialisés.

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

Durant la dernière année, les priorités de la Direction des ressources informationnelles (DRI) ont été fortement orientées par le support aux activités cliniques durement touchées par la COVID-19. Cette pandémie a bouleversé les façons de faire au niveau technologique, notamment par l'augmentation marquée des besoins liés au télétra-

vail et à l'utilisation accrue des outils collaboratifs. De plus, de nombreux incidents de sécurité vécus ont poussé les établissements à mettre en place, à un rythme effréné, de nouvelles mesures de sécurité telles que les « 15 mesures de sécurité » du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Centre opérationnel de la cyberdéfense.

Les « 15 mesures de sécurité »

La DRI a mis de l'avant de nombreux projets visant à se conformer, et même dépasser, les objectifs visés dans le cadre des « 15 mesures de sécurité ». De pair avec les directions concernées, les serveurs et stations de travail ont été rehaussés afin de bénéficier des protections visant à bonifier la stabilité et la sécurité des infrastructures. En parallèle, un logiciel moderne de détection des activités virales a été déployé sur les systèmes, de manière à favoriser la corrélation d'évènements visant à détecter les sources d'infection par des analyses comportementales, particulièrement efficaces contre les rançongiciels, et ce, avant même que les antivirus traditionnels reconnaissent l'infection. La Direction a aussi procédé à

l'acquisition d'une solution d'audit afin de détecter des failles de sécurité en sondant les divers systèmes informationnels. L'Institut se positionne ainsi avantageusement en matière de détection et de correction proactive de potentielles failles de sécurité et réduit les possibilités d'attaques sur les systèmes.

De nombreuses autres mesures ont été traitées, telles que la mise en place d'une solution d'authentification multifacteur pour l'accès aux systèmes exposés sur Internet afin, notamment, de s'assurer de l'identité des intervenants accédant aux infrastructures à distance, ainsi qu'une révision en profondeur des processus en gouvernance.

Comblent les besoins en matière de télétravail

La pandémie a profondément bouleversé nos habitudes de travail, dont l'augmentation fulgurante du télétravail. L'année précédente nous a forcés à réagir afin de mettre en place les infrastructures visant à favoriser pour les intervenants la réalisation de leurs tâches à distance. Toutefois, une pérennisation du processus s'est révé-

lée plus que nécessaire. La DRI a alors travaillé de pair avec la Direction des ressources humaines et des communications afin de mettre en place les mesures administratives et technologiques visant à mieux cadrer le processus et ainsi positionner l'Institut comme un leader en matière de télétravail.

Accélération et priorisation des projets

Dans le contexte évolutif des besoins en modernisation technologique, la DRI, de pair avec le comité aviseur en ressources informationnelles, a mis en service un portail numérique afin de consolider la trajectoire des demandes de projets informatiques et le processus de priorisation organisationnelle du portefeuille de projets en ressources informationnelles (RI). Cela permet, entre autres, de structurer le plan de modernisation technologique et la programmation des projets impliquant les RI. Ce nouveau portail solidifie le processus de prévision et d'autorisation du portefeuille de projets en donnant

une visibilité sur son évolution et l'état de situation. Appuyée par ces nouveaux processus, la DRI s'assure de la continuité des activités de nombreux projets prioritaires avec une stratégie de modulation des initiatives du portefeuille de projets.

Pour conclure, la DRI poursuit son objectif de mettre en action les meilleures pratiques en gestion de projets, notamment avec la création de ces nouveaux processus et outils pour optimiser la planification des projets et le suivi des investissements requis pour leur réalisation.

Doter l'Institut d'une stratégie d'optimisation de l'utilisation des outils collaboratifs

La mise en place de la plateforme des outils collaboratifs Microsoft 365 dans le milieu de la santé amène de nouvelles opportunités afin de mieux communiquer et de mieux diffuser l'information. Afin de mieux répondre aux besoins de l'Institut, la DRI a mis en place une équipe de travail visant à accompagner les directions et les intervenants dans l'appropriation des possibilités liées aux divers outils de collaboration. Ainsi, une offre de service a été présentée aux directions qui peuvent compter sur un accompagnement privilégié en ce sens. Cette offre de service prévoit d'accompagner et de conseiller les directions pour développer leur potentiel dans l'utilisa-

tion des outils collaboratifs, de faire connaître les outils inclus au panier d'outils fournis par le réseau, de proposer des solutions adaptées au contexte de travail des demandeurs, de mettre en valeur des solutions validées et normalisées ainsi que d'appuyer les directions d'optimisation des performances à promouvoir les outils dans leur processus de restructuration. Ainsi, des projets structurants sont déjà en cours, tels qu'un projet visant à mettre en place des salles virtuelles permettant les interactions entre les intervenants en milieu de travail et en télétravail.

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

La Direction des ressources humaines et des communications a participé à plusieurs activités virtuelles d'attraction et de recrutement pour l'embauche de nouveau personnel ainsi qu'à des présentations des différents emplois dans plusieurs établissements d'enseignement. Comme par les années passées, un mandat a été donné à Recrutement Santé Québec pour l'embauche à l'international de personnel infirmier et de personnel préposé aux bénéficiaires. Toutefois, un mandat additionnel a été octroyé pour l'embauche d'une ressource technologique en radiologie. Dans les stratégies mises de l'avant, on note le rehaussement de structures de poste, la création de postes à temps complet et la stabilisation de postes ayant une composante équipe volante. Enfin, les travaux se sont poursuivis en lien avec la priorité organisationnelle visant à assurer l'attraction et la rétention des talents en quantité suffisante pour répondre aux défis actuels et futurs.

L'équipe de prévention en santé, sécurité et mieux-être au travail a poursuivi ses efforts afin de s'ajuster aux différentes mesures selon les vagues, assurant la santé et la sécurité du personnel en temps de pandémie. L'Institut s'est d'ailleurs doté d'une clinique de vaccination pour l'administration de la troisième dose, un réel succès. L'équipe a également revu la page intranet consacrée à la prévention, à la santé et à la sécurité au travail, afin que toutes les informations concernant les risques en santé et sécurité au travail y soient répertoriées. De plus, plusieurs activités de reconnaissance, dont le gala en mode virtuel, ont repris vie afin de souligner le travail des intervenants de l'Institut. Enfin, 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.

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

En raison de la pandémie de COVID-19, les efforts ont dû être consacrés au maintien de la qualité et de la sécurité des soins. Par conséquent, certains travaux ont été reportés. De par son rôle de leader, l'Institut met en place des pratiques exemplaires basées sur des données probantes. La participation de l'utilisateur et de ses proches

dans le choix des traitements ainsi que dans la prise de décision liés à sa santé constitue la pierre angulaire de l'approche patient partenaire. L'Institut privilégie l'intégration de l'éthique et de l'approche de partenariat dans la prestation des soins et des services.

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

Les vagues d'hospitalisations liées à la COVID-19 s'étant succédé au cours de la dernière année, nous avons dû poursuivre l'adaptation de nos lieux physiques et réviser nos processus de travail afin de maintenir nos activités tertiaires en cardiologie, en pneumologie et en obésité pour la population de l'est du Québec. En fonction des besoins évolutifs des usagers atteints de la COVID-19, nous avons implanté une unité pouvant offrir un taux d'occupation variable ou «unité accordéon». Cette unité accordéon vise à diminuer substantiellement les impacts de restrictions d'accès aux lits de mission tertiaire et donne une agilité organisationnelle qui permet de s'adapter au réel besoin d'admissions des usagers porteurs de la COVID-19.

Une première année de partenariat avec le centre médical spécialisé (CMS) OPÉRA M.D. inc. nous a permis de donner l'accès à 141 usagers en chirurgie bariatrique et à 95 usagers en chirurgie générale. Considérant le succès de ce partenariat, l'amélioration de l'accessibilité à ces soins et services spécialisés de même que la satisfaction des usagers de cette trajectoire de soins, nous avons augmenté l'accès à deux jours par semaine au CMS après seulement quatre mois d'activité. Nous avons également convenu de procéder au renouvellement de cette entente de service pour une deuxième année.

En cohérence avec la vision et les objectifs ministériels, plusieurs travaux ont été réalisés au cours de la dernière année visant un accès à distance aux soins et aux services (télésanté, téléconsultation), ce qui a permis de diminuer le nombre de déplacements pour plusieurs usagers de notre desserte suprarégionale tout en maintenant le suivi requis pour les clientèles ciblées. Les efforts des membres du comité tactique en télésanté se sont surtout concentrés autour du soutien et de l'accessibilité à la téléconsultation, notamment par la consolidation d'une équipe de rendez-vous en télésanté. Reconnaisant le besoin pourvu par les équipes de l'Institut et la qualité du service fourni, un financement non récurrent est maintenant assuré par l'Institut de la pertinence des actes médicaux. Ainsi, nous avons pu améliorer plusieurs volets de l'offre de service en télésanté dont l'augmentation

des services en téléinterprétation des échographies cardiaques de même que la mise en place d'un service de téléconsultation et de téléinterprétation en pneumologie pour les usagers de Chibougamau. De plus, les visites préopératoires à distance en anesthésie et la poursuite de l'intégration de la télésanté dans la trajectoire de chirurgie bariatrique ont contribué à bonifier cette offre de service.

Notons également que les résultats des sondages de qualité, tant auprès des usagers que des utilisateurs, ont permis d'apporter des changements dans une perspective d'amélioration continue afin de bonifier l'expérience-usager. Finalement, le rapport de la visite d'Agrément Canada touchant le volet de la télésanté fait à l'automne dernier a été très positif, avec une conformité à 100% aux critères retenus et avec l'annotation suivante : «Vous pouvez considérer la télésanté comme un fleuron de l'Institut!». Notre défi : assurer le maintien ainsi que la consolidation des soins et services offerts en télésanté au-delà de la pandémie.

Encore une fois cette année, plusieurs publications scientifiques ont été produites par les équipes cliniques des différentes spécialités de l'Institut. Il faut également souligner le travail remarquable de l'équipe des cardiologues hémodynamiciens et électrophysiologistes qui ont présenté un nombre de publications particulièrement important.

Les recherches publiées ont permis de faire bénéficier les usagers de nouvelles thérapies ou de protocoles de soins renouvelés, particulièrement concernant le traitement de troubles de rythme suite à une implantation de valve mitrale par approche percutanée. D'autres travaux ont mené à la découverte de nouvelles mutations génétiques et ont permis d'expliquer ainsi que de mieux comprendre les raisons associées à la cardiomyopathie hypertrophique, pour n'en citer que quelques-unes. Cette dernière avancée scientifique servira à déterminer le traitement optimal à prodiguer, et ce, tant pour la clientèle de l'Institut que pour l'ensemble de la population souffrant de cette pathologie cardiaque génétique.

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

Leadership

- Déploiement du projet de documents d'enseignement destinés aux usagers et à leurs proches

L'optimisation de ce processus permet aux usagers de recevoir des renseignements liés à leur santé dans un langage clair et simple tout en répondant aux meilleures pratiques. Ces documents sont accessibles à l'externe, tant pour les usagers et leurs proches que pour nos partenaires du réseau, répondant ainsi à notre mission suprarégionale en soins spécialisés et surspécialisés.

Au terme de l'année financière, 306 documents d'enseignement ont été déposés sur le portail de la bibliothèque de l'Institut. De ce nombre, 64 sont des capsules vidéo. Le portail inclut :

- Des documents d'enseignement produits à l'Institut ;
- Des documents collaboratifs produits avec d'autres établissements ;
- Des documents produits à l'externe par d'autres organisations.

Les documents contenus sur le portail de la bibliothèque sont accessibles aux intervenants et aux usagers. Ils sont également disponibles sur le téléviseur au chevet. Ce sont 71 documents d'enseignement qui ont été créés ou mis à jour selon les nouvelles pratiques de littératie en santé de l'Institut et adaptés avec une nouvelle mise en page au goût du jour.

- Adaptation du milieu d'enseignement en contexte de pandémie

Le travail collaboratif avec nos partenaires internes et externes a permis de maintenir la tenue de stages sécuritaires et de qualité tout en poursuivant notre mission universitaire.

- Soutien de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) dans l'évaluation des modes d'intervention en santé les plus efficaces pour la réadaptation respiratoire des usagers hospitalisés à la suite d'un épisode de COVID-19. Implication de l'UETMIS en transfert des connaissances quant aux meilleures pratiques pour le développement du programme de réadaptation respiratoire régionale et suprarégionale en collaboration avec le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval.

Rayonnement

- Valorisation des plateformes de recherche: la première phase complétée durant la période financière 2021-2022 a permis de répertorier plus d'une quinzaine de plateformes technologiques disponibles au Centre de recherche de l'Institut. La promotion de ces plateformes a été assurée par l'ajout, sur le site Internet de l'Institut, de nouvelles sections (en version française et anglaise) ainsi que la production de plusieurs dépliants explicatifs détaillant les différentes offres de services disponibles.
- Positionnement de la recherche et de la mission universitaire assuré par l'entremise du nouveau comité de rayonnement de l'Institut. Parmi les nombreux événements et activités de rayonnement, citons les journées de la recherche de l'Institut qui ont favorisé, malgré leur formule « virtuelle », les échanges entre les membres de la communauté scientifique (étudiants, chercheurs, cliniciens) de l'Institut et de l'Université Laval. La participation à titre de conférencière d'honneur de la conseillère scientifique en chef du Canada, la D^{re} Mona Nemer, a grandement contribué au rayonnement et à la réussite de ces journées.

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

L'objectif de cette priorité est de mettre en place une gestion basée sur les parcours de soins optimaux. La gestion par trajectoire est une stratégie porteuse, permettant d'améliorer la coordination des services ainsi que le partenariat entre les usagers, les intervenants et les partenaires. Toutefois, les contraintes liées à la pandémie de COVID-19 ont fait en sorte que certaines rencontres ont dû être re-

portées, repoussant ainsi l'échéancier de quelques travaux. Les efforts sont actuellement déployés pour ajuster notre système de gestion de la performance, valoriser les données de trajectoires et déterminer le coût par trajectoire de soins. Les travaux de l'instauration du financement axé sur le patient se poursuivent en collaboration avec le MSSS, avec pour objectif une instauration au 1^{er} avril 2023.

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

L'Institut est chef de file dans le traitement des maladies chroniques sociétales et à ce titre, il est un établissement reconnu mondialement pour ses missions de soins, de recherche et d'enseignement. Pour les années 2020 à 2023, l'Institut vise à poursuivre le développement de stratégies de rayonnement afin

de se positionner davantage auprès de ses partenaires et de la population. La réalisation des objectifs poursuivis par cette priorité organisationnelle se traduira par une meilleure reconnaissance du fleuron québécois que constitue l'Institut.

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

En raison de la pandémie de COVID-19, les efforts ont dû être consacrés au maintien de la qualité et de la sécurité des soins. Par conséquent, certains travaux ont été reportés. De par son rôle de leader, l'Institut met en place des pratiques exemplaires basées sur des données probantes. La participation de l'utilisateur et de ses proches

dans le choix des traitements ainsi que dans la prise de décision liés à sa santé constitue la pierre angulaire de l'approche patient partenaire. L'Institut privilégie l'intégration de l'éthique et de l'approche de partenariat dans la prestation des soins et des services.



Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

| | Jours/stage 2021-2022 |
|---|--------------------------|
| Programme de formation universitaire | |
| Médecine | |
| Introduction à l'externat | 0 |
| Externat | 0 |
| Cardiologie | 485 |
| Chirurgie cardiaque | 175 |
| Chirurgie générale | 580 |
| Chirurgie thoracique | 75 |
| Gériatrie | 1 010 |
| Médecine interne | 1 150 |
| Pathologie | 30 |
| Pneumologie | 265 |
| Psychiatrie | 130 |
| Radiologie diagnostique | 635 |
| Soins intensifs | 250 |
| Urgence | 290 |
| TOTAL | 5 075 |
| Résidence | |
| Anesthésiologie | 780 |
| Cardiologie | 5 620 |
| Chirurgie cardiaque | 620 |
| Chirurgie générale | 160 |
| Chirurgie thoracique | 160 |
| Gériatrie | 380 |
| Médecine familiale et urgence | 120 |
| Médecine interne | 4 000 |
| Pathologie | 400 |
| Pneumologie | 3 380 |
| Psychiatrie | 520 |
| Radiologie diagnostique | 1 200 |
| Soins intensifs | 1 180 |
| Urgence | 460 |
| TOTAL | 18 980 |
| Moniteurs cliniques - Fellows (Médecin en stage de perfectionnement universitaire) | |
| Formation complémentaire | |
| Cardiologie | 1 880 |
| Chirurgie cardiaque | 1 020 |
| Chirurgie bariatrique | 380 |
| Chirurgie thoracique | 260 |
| Pneumologie | 240 |
| TOTAL | 3 780 |

**Jours/stage
2021-2022**

Pluridisciplinaires

| | |
|---|--------------|
| Ergothérapie | 105 |
| Kinésiologie | 315 |
| Maîtrise en administration des affaires | 35 |
| Maîtrise en science de l'orientation | 52 |
| Nutrition | 957 |
| Pharmacie | 2 110 |
| Physiothérapie | 85 |
| Science de l'orientation | 98 |
| Sciences infirmières | 2 585 |
| TOTAL | 6 342 |

Programme de formation collégiale

| | |
|---|-----------------|
| AEC Spécialisation technique en intelligence artificielle | 50 |
| Archives médicales | 90 |
| Médecine nucléaire | 7 |
| Prévention des incendies | 26,5 |
| Retraitement des dispositifs médicaux | 52 |
| Soins infirmiers | 4 974,04 |
| Soins préhospitaliers d'urgence | 29 |
| Techniques d'électrophysiologie médicale | 191 |
| Techniques d'inhalothérapie | 700 |
| Techniques en bureautique | 24 |
| Techniques de comptabilité et de gestion | 100 |
| Techniques de diététique | 29 |
| Techniques de la logistique du transport | 26 |
| Techniques de physiothérapie | 73 |
| Techniques de radiodiagnostic | 597 |
| Techniques d'éducation spécialisée | 29 |
| Technologie de l'échographie médicale | 129 |
| TOTAL | 7 126,54 |

Programme de formation secondaire

| | |
|--|------------|
| Assistance à la personne en établissement de santé | 32 |
| Assistant technique en pharmacie | 89 |
| Hygiène et salubrité | 71 |
| Massothérapie | 20 |
| Mécanique de machines fixes | 38 |
| Santé, assistance et soins infirmiers | 52 |
| Secrétariat | 15 |
| Secrétariat médical | 25 |
| Soutien administratif AEP | 85 |
| TOTAL | 427 |

Direction de la recherche universitaire

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

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

Nouveaux chercheurs

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche a eu le plaisir d'accueillir le docteur Sylvain Iceta qui a rejoint l'axe de recherche obésité, diabète de type 2 et métabolisme. De plus, neuf professionnels de la santé, membres du CMDP, ont amorcé leur programmation de recherche au Centre, soit les docteurs David Garcia-Labbé, Émilie Laflamme, Mohamed Marzouk et David Paré dans l'axe de recherche en cardiologie, les docteurs Daniel Garceau, Rémi Lajeunesse et Sonya Poulin dans l'axe obésité, diabète de type 2 et métabolisme ainsi que les docteurs Annie Lajoie et France-Émilie Roy dans l'axe pneumologie.

Les « mauvais glucides » augmenteraient le risque cardiovasculaire

Le risque d'évènements cardiovasculaires graves ou de décès est 21 % plus élevé chez les personnes ayant une diète caractérisée par un indice glycémique élevé. Une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* rapporte qu'il existe une association entre une diète riche en « mauvais glucides » et le risque cardiovasculaire. Signée par l'équipe du projet international PURE, dont fait partie le cardiologue Paul Poirier du Centre de recherche de l'Institut et de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval, cette étude démontre qu'une alimentation caractérisée par un indice glycémique élevé est associée à une élévation du risque d'évènements cardiovasculaires graves et de décès.

COVID-19 : L'érythropoïétine (EPO) pour traiter les personnes gravement atteintes?

Une étude exploratoire, dirigée par Jorge Soliz, chercheur au Centre de recherche de l'Institut et professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, montre que de

faibles taux d'EPO sont associés à une hausse marquée du risque de décès chez les personnes infectées par le SARS-CoV-2 (COVID-19).

Une découverte par l'équipe du docteur André Marette au palmarès de Québec Science

La table est mise pour de nouvelles approches cliniques du diabète de type 2 grâce à la découverte d'une signature bactérienne spéciale dans certains organes des diabétiques. L'équipe du docteur André Marette, chercheur à l'Institut, a démontré que des bactéries intestinales qui décidaient de prendre des vacances en allant visiter d'autres tissus et organes avaient un lien avec le diabète de type 2! Cette découverte fait partie du palmarès des dix découvertes de Québec Science.

Palmarès 2021 : deux chercheurs du Centre de recherche parmi les scientifiques les plus influents au monde!

Nous sommes ravis d'annoncer la nomination en 2021, dans le prestigieux palmarès annuel des scientifiques, de deux de nos chercheurs dont les travaux sont les plus fréquemment cités dans le monde entier. *Clarivate Analytics*, une société qui détient et gère plusieurs revues scientifiques, dresse ce palmarès basé sur les citations récoltées par les chercheurs pour des articles scientifiques depuis les dernières années. Les deux chercheurs sont les docteurs Philippe Pibarot et Vincenzo Di Marzo.

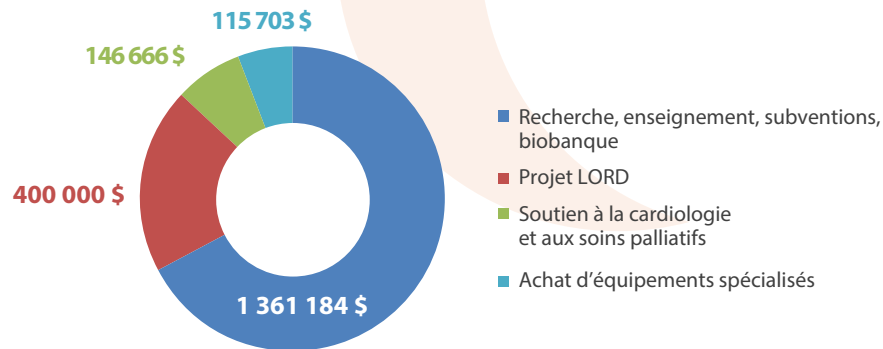
Les données de ces citations sont répertoriées dans une base de données, *Web of Science*, rassemblant la grande majorité des publications scientifiques dans le monde. Pour établir l'influence des chercheurs, leur score est établi à partir du nombre d'articles à leur crédit qui font partie du premier percentile supérieur, soit 1 %, des articles ayant été le plus cités dans une année donnée. Pour mettre cela en chiffre, seulement un chercheur sur 1000 au monde fera partie du 1 %. Chaque catégorie du palmarès est calculée différemment, sauf pour ce 1 % qui représente l'ensemble des catégories.

Le détail complet des activités, statistiques et faits saillants de la recherche sont disponibles dans le rapport annuel 2021-2022 du Centre de recherche à l'adresse suivante : iucpq.qc.ca/fr/recherche/rapport-annuel.

Fondation IUCPQ

Où vont les dons?

2 023 553 \$ remis à l'Institut*



Grâce à la générosité de ses donateurs et de ses partenaires, la Fondation IUCPQ a pu remettre en 2021 la somme de 2 023 553 \$ à l'Institut afin de contribuer au financement de nombreux projets.

La Fondation est fière de soutenir de façon importante l'Institut, un acteur international déterminant dans la lutte contre les maladies chroniques sociétales, afin qu'il puisse demeurer un leader dans ses domaines d'expertise, soit la cardiologie, la pneumologie et l'obésité-métabolisme.

115 703 \$ ont servi à l'achat d'équipements spécialisés pour l'Institut afin qu'il demeure à la fine pointe de la technologie.

1 361 184 \$ ont été investis en projets de recherche, en enseignement ainsi qu'en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. De ce montant, la Fondation a remis, dans le cadre du concours annuel de recherche, la somme de 963 484 \$ en subventions à 38 chercheurs de l'Institut, afin de soutenir la lutte aux maladies cardiovasculaires, pulmonaires et reliées à l'obésité. Les découvertes effectuées au Centre de recherche sont essentielles et jouent un rôle majeur pour limiter la progression des maladies chroniques sociétales, maladies qui affectent plus de la moitié de la population canadienne.

Un montant de 130 000 \$ a été remis à la biobanque, une ressource unique au monde qui constitue un levier essentiel à la recherche et qui permet le développement de pistes de traitements pour les maladies cardiovasculaires, respiratoires et reliées à l'obésité.

400 000 \$ ont été investis dans le projet LORD en médecine personnalisée pour le cancer du poumon, le plus meurtrier de tous les cancers.

146 666 \$ ont été investis en soutien annuel à la cardiologie et aux soins palliatifs.

* Année de référence : du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion)

| OBJECTIF : DIMINUER LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Description de l'indicateur | Résultats au 31 mars 2021 | Résultats au 31 mars 2022 | Cible 2021-2022 de l'établissement |
| Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (en minutes) | 111 | 129 | 110 |
| Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (en heures) | 11,54 | 11,67 | 15 |

Commentaires

Notre performance sur le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire s'est détériorée en 2021-2022 en raison de la pandémie de COVID-19. Toutefois, nous prévoyons atteindre la cible en 2022-2023. Pour améliorer notre performance, nous avons implanté un suivi périodique des délais de prise en charge médicale pour le volet ambulatoire à l'intérieur des rencontres de Département d'urgence ainsi qu'à la table des chefs de département.

Notre performance sur la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence s'est maintenue en 2021-2022 et demeure largement supérieure à la cible de l'établissement. Les actions structurantes mises en place pour le désengorgement 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 le dépassement de la cible prévue au plan stratégique. Nous nous attendons à maintenir notre performance en 2022-2023.

| OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Description de l'indicateur | Résultats au 31 mars 2021 | Résultats au 31 mars 2022 | Cible 2021-2022 de l'établissement |
| Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois | 209 | 261 | 50 |
| Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours | 85,1 | 92,5 | 85 |

Commentaires

Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois demeure élevé par rapport à la cible attendue. La situation s'est détériorée en raison du délestage en lien avec la pandémie de COVID-19. Toutefois, conformément aux attentes ministérielles (chantiers de chirurgie du ministère de la Santé et des Services sociaux), la priorité est présentement accordée aux chirurgies en attente depuis plus d'un an (chirurgie bariatrique). Il ne reste que neuf usagers en attente depuis plus d'un an. Une fois la cible atteinte, nous porterons nos efforts à l'amélioration de notre performance pour les chirurgies en attente depuis plus de six mois. Bien que la cible pour les demandes de ces chirurgies soit très louable, elle est très ambitieuse pour la clientèle de la chirurgie bariatrique. En effet, en chirurgie bariatrique, un délai de plus de six mois est fréquent et s'explique par la nécessité d'un changement dans les habitudes de vie de l'utilisateur pour que l'opération soit un succès. La modification des habitudes alimentaires chez un usager est un processus long et complexe, se déroulant sur plusieurs mois.

Résultats des engagements annuels (cibles des ententes de gestion)

Notre performance pour le pourcentage des usagers traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours s'est améliorée en 2021-2022 et demeure toujours supérieure à la cible de l'établissement. Cette performance s'explique par les nombreuses mesures déployées et priorisées dans l'établissement, notamment une vigie hebdomadaire des usagers en attente, l'application de la politique de l'accès aux services et l'implication des équipes médicales dans un mode de cogestion clinico-médico-administrative.




| OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Description de l'indicateur | Résultats au 31 mars 2021 | Résultats au 31 mars 2022 | Cible 2021-2022 de l'établissement |
| Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante | N. D. | 0,00 | 0,00 |
| Ratio de présence au travail | 90,03 | 90,21 | 90,12 |

Commentaires

L'Institut n'a pas eu recours à la main-d'œuvre indépendante en 2021-2022 et ne prévoit pas y avoir recours en 2022-2023, par choix organisationnel.

La performance de l'Institut s'est accrue pour le ratio de présence au travail en 2021-2022 par rapport à l'année précédente, en plus d'être supérieure à la cible de l'établissement. Cette performance s'explique par la mise en place des mesures suivantes: déploiement d'un programme psychosocial pour le personnel, inclusion d'éléments favorisant la qualité de vie personnelle dans le programme entreprise en santé, augmentation de la présence d'intervenants en ressources humaines sur le terrain pour soutenir le personnel et mise en place de la politique de télétravail pour favoriser l'équilibre travail-famille.

Légendes

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

Diminuer le temps d'attente à l'urgence

L'Institut a révisé son plan d'action et a instauré des mesures organisationnelles structurantes permettant d'améliorer la trajectoire des usagers nécessitant des soins et services (parcours de soins), dont plusieurs ont été inspirées du guide de priorisation des hospitalisations du MSSS. Certaines des mesures permettront d'atteindre l'objectif de réduire le temps d'attente de la clientèle ambulatoire à l'urgence, notamment en accentuant l'orientation des usagers préalablement identifiés vers les groupes de médecine de famille, les cliniques d'urgences mineures, les pharmacies communautaires ou tout autre professionnel de la santé de la région de la Capitale-Nationale. Ces mesures s'inscrivent dans la foulée des initiatives ministérielles visant l'accès amélioré à la première ligne par le recours au personnel non médical. Une coordination et une collaboration régionales au sujet de l'offre de service des soins pharmaceutiques en première ligne sont d'ailleurs en cours. La mise à jour du logiciel de triage effectuée au cours de la dernière année

permet une diminution du temps d'évaluation infirmière et l'uniformisation des critères d'orientation des usagers, dans un souci d'optimisation tout en contribuant à diminuer le temps d'attente au Service de l'urgence.

Nous avons également pu observer une hausse significative de l'achalandage à ce service, soit 4 122 visites supplémentaires en 2021-2022 comparativement à l'année précédente. L'Institut a toutefois réussi à maintenir une durée moyenne de séjour (DMS) sur civière à 11,67 heures, surpassant ainsi les attentes de 12,5 heures inscrites au plan stratégique 2019-2023 du MSSS. Soucieux de poursuivre et de maintenir au plus bas la DMS sur civière, nous travaillons selon une approche interdisciplinaire en améliorant notamment l'accès en tout temps au service de tomodensitométrie ainsi qu'en impliquant un physiothérapeute répondant au Service de l'urgence pour l'évaluation des lésions musculosquelettiques.



Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Suivi de la visite d'Agrément Canada



En octobre 2021, Agrément Canada a procédé à l'évaluation des normes de santé physique et de télésanté de notre établissement. Cette visite a permis d'obtenir une validation externe de notre conformité aux plus hauts standards de qualité. L'Institut s'est ainsi vu octroyer une note globale de 96,2% pour la qualité et la sécurité de ses soins et de ses services. En effet, 1226 critères ont été jugés conformes sur un total de 1274. L'obtention de ce

résultat atteste de l'engagement de tous les intervenants, gestionnaires, médecins et usagers, qui ont travaillé de concert envers l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

L'équipe des visiteurs a reconnu plusieurs qualités au sein de l'organisation, notamment :

- L'intégration des principes d'amélioration continue de la qualité dans nos pratiques
- Le programme de gestion intégrée des risques
- La structure de gestion du cheminement des usagers
- Le déploiement du bureau du partenariat
- Le développement de la télésanté

Agrément Canada a également ciblé les cinq critères suivants, pour lesquels des mesures de suivi doivent être mises en place d'ici octobre 2022 :

| CHAPITRE | CRITÈRE |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Services des urgences • Unités d'hospitalisation • Services de soins ambulatoires • Services de transplantation | L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins |
| <ul style="list-style-type: none"> • Services de soins ambulatoires | Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services |
| | Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités |
| | L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits |
| <ul style="list-style-type: none"> • Services d'imagerie et médecine nucléaire | Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers |

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 usagers dont le thème était « Le proche de l'utilisateur, un partenaire de soins essentiel ». Les objectifs poursuivis étaient :
 - La sensibilisation des membres de l'organisation à l'importance des proches dans la sécurité des soins et des services
 - La promotion des initiatives qui facilitent ou encouragent l'implication des proches dans le parcours de soins des usagers
- Formation sur la déclaration, la divulgation ainsi que la culture de sécurité donnée par le conseiller à la gestion des risques à près de 500 nouveaux employés dans le cadre de leur journée d'accueil
- 26 séances d'information sur la déclaration et la culture de sécurité réalisées par une résidente, membre du comité de gestion des risques cliniques, auprès de groupe de résidents lors de leur journée d'accueil ou de leur réunion de stages de nuit
- Début des travaux d'automatisation des rapports de la gestion des risques cliniques afin d'améliorer l'accessibilité aux données issues des déclarations
- Intégration de deux nouveaux secteurs dans l'accès aux graphiques de contrôle, facilitant le suivi périodique de leurs indicateurs, améliorant l'identification de variations significatives et contribuant à la culture de déclaration
- Promotion de deux nouvelles formations disponibles en ligne sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) portant sur les processus de déclaration et d'analyse sommaire des incidents et des accidents
- Activités de promotion et de sensibilisation aux réalités que peuvent vivre notre clientèle en contexte de prestation de soins ou de services, notamment concernant :
 - Les limitations fonctionnelles au quotidien pouvant avoir un impact dans les soins ou services rendus
 - Le phénomène de la maltraitance envers les personnes âgées ou toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité
- Accueil d'une étudiante-chercheuse de deuxième cycle en sciences infirmières dont le travail consistait à évaluer les mécanismes de soutien à la seconde victime et qui s'est conclu par six recommandations

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

Cette année, 3 464 évènements* ont été déclarés, dont 91 % n'ont eu aucune conséquence pour les usagers (indices de gravité A à D).

* Données disponibles en date du 28 avril 2022

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 évènements |
| Médication | 181 | 30 % | 5 % |
| Autres** | 152 | 25 % | 4 % |
| Retraitement des dispositifs médicaux | 102 | 17 % | 3 % |

** Trois principales circonstances : décompte chirurgical inexact ou omis (10 %), lié à l'identification (7 %), erreur liée au dossier (5 %).

| ACCIDENTS (indices de gravité C à I) | | | |
|--------------------------------------|--------|--|---|
| Principaux types d'accidents | Nombre | Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des évènements |
| Médication | 1 605 | 56 % | 46 % |
| Chute | 502 | 18 % | 14 % |
| Traitement | 317 | 11 % | 9 % |

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

Médication

- Analyse des erreurs liées à l'utilisation de la feuille manuscrite d'administration des médicaments
- Mise en œuvre des nouvelles normes de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales sur la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux

Identification de l'utilisateur

- Mise en place de deux bracelets d'identification de l'utilisateur au bloc opératoire et dans les plateaux interventionnels
- Ajout d'un temps d'arrêt à la fin d'une procédure interventionnelle, obligeant l'infirmier à confirmer que l'utilisateur a bel et bien son bracelet d'identification
- Modification de la politique relative à l'identification de l'utilisateur (DSI-022)
- Ajout d'un graphique de contrôle sur l'identification de l'utilisateur

Retraitement des dispositifs médicaux

- Poursuite de l'informatisation des modules de traçabilité dans le processus de stérilisation, permettant d'uniformiser les pratiques de retraitement et d'accroître la vigilance au niveau des conformités

Chute

- Mise en place d'un projet pilote (protocole spécifique au réentraînement en interdisciplinarité SPRINT) sur une unité de courte durée gériatrique visant à prévenir le déconditionnement des personnes âgées hospitalisées ou à favoriser leur réentraînement
- Élaboration d'un outil facilitant la documentation des chutes et l'analyse de leurs causes
- Réalisation d'audits dans les dossiers d'utilisateurs afin d'évaluer l'application des mesures de prévention des chutes
- Réalisation d'un projet pilote sur l'utilisation d'une alarme de positionnement sans fil

Événements sentinelles

Déclaration et analyse de sept 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

En 2021-2022, le taux d'hygiène des mains (HDM) s'établit à 64%. Ce taux est comparable aux taux obtenus dans les trois dernières années (entre 64 et 70%). Le résultat de l'audit effectué en février 2022 présente une augmentation à 77%, soit le plus haut taux jamais observé depuis les premiers audits d'HDM en 2006. Comparativement à l'année 2020-2021 alors que le taux de l'HDM chez les médecins était de 62%, une augmentation à 69% a été observée en 2021-2022. Globalement, le taux d'HDM au moment n° 1 (avant le contact avec l'utilisateur ou son environnement) est de 56% et celui au moment n° 4 (après le contact avec l'utilisateur ou son environnement) est de 71%. L'ensemble de la méthodologie demandée par les instances gouvernementales est respectée dans la réalisation des audits.

Surveillance et contrôle des infections nosocomiales

Une fois de plus, l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) a poursuivi les différentes actions dans le cadre de la gestion de la pandémie relative à la COVID-19. Au total, 17 éclosions de COVID-19 impliquant différents secteurs cliniques ont été déclarées à l'Institut, soit le même nombre d'éclosions que l'année précédente. Outre la COVID-19, une éclosion du virus respiratoire syncytial ainsi qu'une éclosion du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été signalées en cours d'année. En ce qui concerne la surveillance du *C. difficile*, l'Institut a obtenu le plus bas taux depuis le début de cette surveillance épidémiologique, soit un taux de 2,0/10 000 jours-présence. Les actions mises en place par le groupe de travail conjoint PCI-hygiène et salubrité portent fruit.

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 quatre réunions au cours de l'année. Durant cette période, les contentions ont été appliquées à 59 usagers. L'utilisation des mesures de contrôle demeure une option de dernier recours auprès de la clientèle, de nombreuses mesures alternatives étant 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.

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

Commissaire aux plaintes

- Durant l'année 2021-2022, l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services a traité 325 dossiers, qui se répartissent en plaintes, plaintes médicales, interventions, demandes d'assistance et consultations. L'ensemble de ces dossiers a été pris en charge avec diligence, en tenant compte du contexte particulier occasionné par la pandémie. Cependant, ce contexte a eu un impact sur la performance de l'équipe, en diminuant sa capacité à transmettre les conclusions à l'intérieur du délai de 45 jours. Le délai moyen d'examen d'une plainte, pour sa part, est demeuré comparable à l'exercice précédent. Au cours de l'année 2021-2022, aucun dossier de plainte ni de signalement concernant des cas de maltraitance envers les personnes âgées en situation de vulnérabilité n'a été reçu par la commissaire

EXEMPLES DE MESURES D'AMÉLIORATION MISES EN PLACE EN 2021-2022

| Thèmes | Nombre | Exemple de mesures mises en place |
|--|--------|---|
| Relations interpersonnelles | 12 | Le gestionnaire a rencontré l'employé ciblé par la plainte afin d'effectuer un rappel du code d'éthique et des attentes de l'organisation face à son attitude envers les usagers et leurs proches. Le prochain écart qui sera porté à l'attention de la commissaire sera transmis à la DRHC pour enquête et mesure disciplinaire, le tout conformément à la LSSSS. |
| Organisation du milieu et des ressources matérielles | 10 | Le gestionnaire prendra les mesures nécessaires aux différentes entrées pour s'assurer que le personnel de l'organisation connaît la procédure à suivre lorsqu'un usager demande l'accès à un fauteuil bariatrique, le tout rapidement. |
| Soins et services dispensés | 4 | Lors d'une rencontre avec l'employé ciblé, la gestionnaire a procédé à un rappel de l'information à documenter au dossier de l'usager, dont les demandes spécifiques des proches de ce dernier. Nous recommandons à la Direction des soins infirmiers (DSI) de prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que le plan de départ soit documenté au dossier des usagers inscrits en mode ambulatoire, le tout visant à limiter les impacts des enjeux de communication. |
| Accessibilité | 4 | L'intervenant a été rencontré par son gestionnaire en présence de la commissaire afin de le sensibiliser à l'importance de transmettre l'information juste aux usagers afin de limiter les impacts de l'interprétation, le tout en accordant de l'importance aux différentes questions adressées par l'usager. |
| Droits particuliers | 2 | Lors d'un caucus, un rappel sur l'importance de la confidentialité a été effectué par le gestionnaire. Durant cet échange, le gestionnaire a sensibilisé l'équipe traitante à la présence de différents locaux qui peuvent être utilisés afin de respecter le droit à la confidentialité. |
| Aspect financier | 1 | À la lumière des informations documentées dans le cadre de notre examen, nous demandons à la DRFL de procéder sans délai au remboursement de la prothèse dentaire. |
| Pandémie | 1 | La réalité de la pandémie a poussé l'organisation à encadrer les visites et la présence des proches aidants avec des règles claires. Ces consignes sont évolutives dans le temps, le tout en fonction du contexte épidémiologique et de la particularité propre à la situation de chaque usager. La DSI s'assure et s'assurera que le personnel ainsi que les gestionnaires transmettent l'information juste sur ce point, le tout avec humanité. |

Protecteur du citoyen

- Au cours de l'année, le Protecteur du citoyen a assuré le suivi dans deux dossiers transmis au deuxième palier. Dans un premier cas concernant la facturation des choix de chambre, il est venu appuyer les conclusions émises en première instance par la commissaire locale aux plaintes à la qualité des services. En ce qui concerne la deuxième situation qui touchait l'offre de services psychosociaux dans le contexte de fin de vie, une recommandation a été émise à l'établissement ainsi qu'au CIUSSS de la Capitale-Nationale. De façon concertée, les organisations ont accepté la recommandation et un plan d'action a été présenté au Protecteur du citoyen.

Coroner

- Nous n'avons reçu aucune demande spécifique de la part du coroner durant l'année.

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, 38 dossiers de plaintes médicales ont fait l'objet d'examen.

EXEMPLES DE MESURES CORRECTRICES RECOMMANDÉES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS ET MISES EN PLACE EN 2021-2022

| Thèmes | Nombre | Exemple de mesures mises en place |
|--|--------|---|
| Relations interpersonnelles | 19 | Les deux professionnels ayant participé au processus de médiation avec le médecin examinateur se sont engagés à rencontrer ensemble l'équipe de soins pour l'informer qu'ils ont réglé leurs différends. Que le DSP, la présidente du CMDP et le DEAU fassent un rappel sur l'importance de bien s'identifier auprès de l'utilisateur lors de la prestation des soins et des services, de s'assurer de sa compréhension et d'obtenir son consentement éclairé. |
| Aspect financier | 1 | Le médecin examinateur réclame le remboursement au plaignant de frais dentaires et demande à la commissaire d'assurer le cheminement de la requête. |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 1 | Il est recommandé au Service de médecine et de chirurgie dentaire, en collaboration avec la DSP, qu'une procédure soit mise en place afin que l'information sur les services non assurés par le réseau public soit clairement communiquée aux personnes qui reçoivent des soins dentaires à l'Institut. |
| Soins et services dispensés | 6 | Le médecin examinateur recommande à la DSP qu'une procédure soit mise en place afin que le personnel infirmier puisse avoir accès à un médecin de garde pour les usagers en chirurgie cardiaque. Il est recommandé au comité de l'évaluation de l'acte médical de procéder à l'évaluation de l'épisode de soins de l'utilisateur afin de dégager, s'il y a lieu, des pistes d'amélioration en ce qui a trait à la pratique médicale. |
| Accessibilité | 1 | Dans un but d'amélioration continu des soins et des services, la présente conclusion est transmise au directeur des services professionnels afin que l'expérience vécue par l'utilisateur et ses proches soit partagée aux membres de l'équipe. |

Nombre de personnes mises sous garde

| | Établissement Missions CH |
|---|------------------------------|
| Nombre de mises sous garde préventive appliquées | 15 |
| 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.

Procédure d'examen des plaintes

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

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

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

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 2021 au 31 mars 2022. Un rapport annuel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l'Institut.

Bilan des soins de fin de vie

| Activité | Information demandée | Nombre |
|--|---|--------|
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 648 |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 27 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées | 72 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 50 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées | 22 |
| | Motifs : | |
| | Ne répond pas aux critères 3 | |
| | A cessé de répondre aux critères en cours de processus..... 2 | |
| | Retrait de la demande 3 | |
| | Transfert vers un autre établissement 2 | |
| | Décès avant la fin de l'évaluation..... 5 | |
| | Décès avant l'administration 7 | |
| | Demande toujours en évaluation..... 0 | |



Ressources humaines

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

| | Nombre d'emplois au 31 mars 2022 | | | Nombre d'ETC en 2021-2022 | | |
|--|-------------------------------------|-----------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|
| | 2021 | COVID | TOTAL | 2021 | COVID | TOTAL |
| 1- Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires | 1 272 | 7 | 1 279 | 1 017 | 4 | 1021 |
| 2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers | 644 | 14 | 658 | 483 | 6 | 489 |
| 3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration | 385 | 7 | 392 | 330 | 6 | 335 |
| 4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux | 293 | 14 | 307 | 232 | 4 | 236 |
| 5- Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* | 36 | - | 36 | 25 | - | 25 |
| 6- Personnel d'encadrement | 81 | - | 81 | 79 | - | 79 |
| Total | 2 711 | 42 | 2 753 | 2 166 | 20 | 2 185 |

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

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

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

Source : Banque de données R25, MSSS

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

| | Comparaison sur 364 jours pour 2021-2022 | | |
|---|--|------------------------|-------------------------|
| | 2021-03-28 au 2022-03-26 | | |
| Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT | Heures travaillées | Heures supplémentaires | Total heures rémunérées |
| 1 – Personnel d'encadrement | 145 565 | 820 | 146 384 |
| 2 – Personnel professionnel | 283 539 | 3 702 | 287 240 |
| 3 – Personnel infirmier | 1 755 159 | 55 412 | 1 810 571 |
| 4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé | 1 573 329 | 47 222 | 1 620 551 |
| 5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service | 365 371 | 7 171 | 372 541 |
| 6 – Étudiants et stagiaires | 13 311 | 21 | 13 332 |
| Total 2021-2022 | 4 136 272 | 114 348 | 4 250 620 |
| Total 2020-2021 | | | 4 306 626 |
| | | Cible 2021-2022 | 4 250 620 |
| | | Écart | 0 |
| | | Écart en % | 0 % |

En 2021-2022, notre établissement a respecté la cible en heures rémunérées concernant la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs*, atteignant un total de 4 250 620, ce qui représente un écart de 0 % par rapport à la cible.

Ressources financières

L'établissement bénéficie d'un budget annuel total de 331 678 845 \$. Au cours de l'exercice financier 2021-2022, la partie du budget alloué pour les activités principales a été utilisée selon le tableau suivant.

Répartition des charges brutes par programmes

| Programmes | Exercice courant | | Exercice précédent | | Exercice courant | |
|---|-----------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|-------------|
| | Dépenses \$ | % | Dépenses \$ | % | Variation \$ | Variation % |
| Programmes-services | | | | | | |
| Santé publique | 2 868 005 | 0,87 | 3 714 383 | 1,30 | (846 378) | -22,8 |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 315 285 | 0,10 | 91 073 | 0,03 | 224 212 | 246,2 |
| Santé mentale | 285 664 | 0,09 | 236 509 | 0,08 | 49 155 | 20,8 |
| Santé physique | 259 594 826 | 78,84 | 214 805 703 | 75,43 | 44 789 123 | 20,8 |
| Programmes-soutien | | | | | | |
| Administration | 16 957 114 | 5,15 | 15 744 063 | 5,53 | 1 213 051 | 7,7 |
| Soutien aux services | 25 461 710 | 7,73 | 24 187 205 | 8,49 | 1 274 505 | 5,3 |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 23 777 426 | 7,22 | 26 018 105 | 9,14 | (2 240 679) | -8,6 |
| Total | 329 260 030 \$ | | 284 797 041 | | 44 462 989 | 15,6 |

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

L'équilibre budgétaire

L'établissement présente, au 31 mars 2022, un surplus de 190 522 \$ attribuable au fonds d'immobilisations, l'équilibre étant atteint pour le fonds d'exploitation. Ainsi, l'établissement s'est conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

Les contrats de services

Le tableau suivant dénombre les contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022.

| | Nombre | Valeur |
|---|--------|------------------|
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique | 99 | 15 009 633,97 \$ |

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

| Description des réserves, commentaires et observations | Année xxxx- xxxx | Nature | Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée | |
|---|------------------------|--------------------------|--|---------------------------------|
| Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers | | | | |
| L'entité n'a pas comptabilisé au 31 mars 2021 ni au 31 mars 2022, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant les immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Ces subventions à recevoir du gouvernement du Québec sont actuellement présentées en partie à titre de droits contractuels à la page 636-01 des états financiers. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transferts (normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que l'entité a satisfait aux critères d'admissibilité. | 2020-2021 | 0500 Réserve | L'entité applique à partir de 2021-2022, conformément à la directive du MSSS, la norme sur les paiements de transfert. | 0600 Régulé |
| Dans le cadre du renouvellement des conventions collectives des employés de l'État, le gouvernement a déposé publiquement, à la date des états financiers, des offres salariales comprenant une indexation des salaires et des montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif. Ainsi, le dépôt de ces offres entraîne la comptabilisation d'un passif au 31 mars 2021. À la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux de comptabiliser centralement une provision pour tous les établissements, l'entité n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec ces offres, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. | 2020-2021 | 0500 Réserve | L'entité a comptabilisé la dépense associée aux nouvelles conventions collectives au cours de l'année 2021-2022, conformément à la directive du MSSS. | 0620 Non réglé |
| Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées | | | | |
| Aucun élément signalé | | 0 | | |
| Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant | | | | |
| Question 4 - L'établissement n'a pas reçu l'autorisation préalable du ministre pour un emprunt en date du 31 mars 2021, ce qui est non conforme à l'article 296 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). | 2020-2021 | 0520 Commen- taire | L'établissement a reçu l'autorisation nécessaire. | 0600 Régulé |
| Rapport à la gouvernance | | | | |
| Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux fonds de partenariat. | 2014 | 0510 Observa- tion | Une clause a été ajoutée dans l'ensemble des renouvellements de tous contrats générant des soldes aux anciens fonds de partenariat. Cette clause permet à l'Institut de reporter les soldes d'un exercice à un autre: « La partie non utilisée des contributions reçues au cours d'un exercice sera utilisée dans les prochains exercices pour le financement de futures activités tel que décrit au paragraphe précédent ». | 0610 Partiellement régulé |

Ressources informationnelles

La Direction des ressources informationnelles poursuit le développement des projets qui favorisent l'amélioration des services et la croissance de nos activités cliniques ainsi qu'administratives, tout en s'assurant du maintien, de l'évolution et de la sécurité des infrastructures technologiques. Voici un sommaire des réalisations annuelles en lien avec les enjeux et priorités organisationnelles dans un contexte de pandémie. Plusieurs réalisations, en adéquation avec nos objectifs, font foi de la valeur ajoutée et des bénéfices qu'elles ont engendrés.

Projet Dépistage du cancer du poumon – Mandat ministériel confié

- Bénéfice: Rendre disponibles aux radiologistes de l'Institut la lecture et la dictée à distance des examens réalisés par les établissements CHUS, Hôpital Charles-Le Moyne, CHUM, CUSM, CISSS de la Côte-Nord, CISSS de l'Outaouais.

Rehaussement des applications de MediSuite

- Bénéfice: Permettre à l'Institut de s'intégrer plus facilement aux actifs provinciaux confiés en ayant la plus récente version des applications du noyau clinico-administratif. Les améliorations fonctionnelles apportent à l'équipe traitante des informations complètes sur l'identification d'un usager, de façon rapide et efficace, recueillies à partir de tous les systèmes d'information cliniques et clinico-administratifs de l'établissement.

Activation de la requête d'imagerie du DCI Cristal-Net

- Bénéfice: Permettre à l'Institut de retirer une solution vieillissante et d'harmoniser les processus de travail avec la création et le traitement des requêtes d'imagerie avec le module requête du DCI Cristal-Net déjà utilisé pour la requête de laboratoire.

Plateforme de diffusion des documents d'enseignement clinique

- Bénéfice: Se doter d'un processus clair de production et de diffusion des documents d'enseignement clinique dans l'organisation et connaître les conditions gagnantes pour un enseignement optimal auprès de l'utilisateur. Utiliser la plateforme du fournisseur Bibliomondo, acquise en 2016, pour déposer les documents d'enseignement clinique et les rendre accessibles aux

usagers et à leur famille ainsi qu'aux professionnels du réseau et hors province, permettant d'améliorer l'exactitude, la fiabilité et la présentation de l'information.

Système pour le suivi des dossiers médicaux en électrophysiologie

- Bénéfice: Avancer vers la gestion intégrale du parcours de soins du patient, l'optimisation de ses processus, ainsi que faire la transition vers un fonctionnement sans papier. Ce nouveau système facilite la coordination des efforts des équipes interdisciplinaires en intégrant l'information clinique plus rapidement dans le dossier patient électronique, améliorant la continuité de l'information soutenant l'intégration des équipes cliniques dans la trajectoire du patient.

Migration du fureteur par défaut (Internet Explorer vers Microsoft Edge) afin de répondre à la désuétude annoncée d'Internet Explorer

- Bénéfice: Améliorer la compatibilité et l'expérience client dans l'utilisation des multiples produits Web et éviter les vulnérabilités d'un produit en fin de vie.

Remplacement de la suite logicielle du carrousel au magasin afin de répondre à la désuétude du produit antérieur

- Bénéfice: Améliorer la stabilité de cet environnement et profiter des améliorations du produit.

Transition du parc de postes de travail vers l'antivirus de dernière génération de Microsoft

- Bénéfice: L'antivirus de Microsoft a été choisi par le ministère de la Cybersécurité et du Numérique pour sa capacité à donner de la visibilité sur des incidents internes et d'être beaucoup plus proactif sur la prise en charge de ces incidents.

Remplacement de l'infrastructure de Cristal-Net

- Bénéfice: L'infrastructure de Cristal-Net a été déplacée vers un nouvel environnement de stockage plus performant et ayant une plus grande tolérance aux pannes.

Changement de l'unité de stockage

- Bénéfice: Remplacement de l'unité de stockage qui était en fin de vie. Le nouvel environnement est basé sur une nouvelle technologie à jour et plus sécuritaire.

Installation d'un second lien réseau entre l'Institut et le CHU de Québec – Université Laval

- Bénéfice: Un lien réseau additionnel en diversité géographique a été mis en place pour augmenter la sécurité du lien entre l'Institut et le CHU de Québec.

Restructuration de tous les liens réseaux internes et activation du nouveau cœur de réseau

- Bénéfice: Permet d'avoir une plus grande stabilité ainsi qu'une performance accrue entre toutes les salles de distributions réseautiques à l'intérieur de l'Institut, en connectivité avec un nouveau cœur de réseau diversifié.

Divulgations obligatoires

Divulgarion des actes répréhensibles

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

Code d'éthique et de déontologie

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

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

Préambule

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

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

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

Dans le cas des conjoints de fait:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Champ d'application

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

Disposition finale

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

Diffusion

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

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

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

Règles de déontologie

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

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

Disponibilité et compétence

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

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

Respect et loyauté

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

Impartialité

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

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

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

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

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

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notion d'indépendance

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

Obligations en fin du mandat

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

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

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



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



IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

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