

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



IUCPQ.qc.ca

Nous profitons de l'occasion pour souligner les efforts constants de plusieurs médecins et membres du personnel pour leur implication active dans l'organisation d'événements scientifiques d'envergure provinciale, nationale et internationale, dans l'enseignement, à titre de conférenciers, responsables de cours, membres de comités d'enseignement, dans la publication d'articles scientifiques, dans l'administration de leur ordre professionnel respectif à divers autres titres. Toutes ces personnes contribuent à la renommée de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec comme étant un lieu de haut savoir, de référence et de recherche de l'excellence.

TABLE DES MATIÈRES



- 1 MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION
- 2 MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM
- 4 LA MISSION – LES VALEURS
- 5 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE
- 6 PARTENARIAT – TRANSFERT DU SAVOIR
- 9 SOINS ET SERVICES
- 12 NOUVELLES PRATIQUES
- 14 PERFORMANCE
- 15 QUALITÉ ET SÉCURITÉ
- 19 SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE
- 21 ATTRACTION ET RÉTENTION DES RESSOURCES HUMAINES
- 24 DOSSIERS EN COURS
- 25 RECONNAISSANCE
- 27 ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE
- 30 RECHERCHE UNIVERSITAIRE
- 34 IMMOBILISATIONS ET NOUVEAUX ÉQUIPEMENTS
- 36 ÉTATS FINANCIERS
- 38 CORPORATION DE L'ICQ
- 39 FONDATION HÔPITAL LAVAL
- 40 ORGANIGRAMME DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
- 41 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
- 45 COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE
- 46 COMITÉ DE PHARMACOLOGIE
- 48 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS
- 50 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE
- 56 ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES
- 56 COMITÉ DES USAGERS
- 57 COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
- 59 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
- 60 STATISTIQUES

LEXIQUE

- AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
ASSSCN : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
BCM : bilan comparatif des médicaments
CEMDP : Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
CER : Comité d'éthique de la recherche
CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUL : Centre Hospitalier de l'Université Laval
CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec
CECIL : Comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers
CII : Conseil des infirmières et des infirmiers
CM : Conseil multidisciplinaire
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPS : compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
CRIUCPQ : Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
CSJ : Centre de soins de jour
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DACD : diarrhées associées au Clostridium difficile
DBP : dérivation biliopancréatique
DMS : durée moyenne de séjour
ERV : Entéroque résistant à la Vancomycine
FRSQ : Fonds de recherche en santé du Québec
GMF : groupe de médecine familiale
HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise
HTAP : hypertension artérielle pulmonaire
ICQ : Institut de cardiologie de Québec
ICUQ : Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
IPS : infirmières praticiennes spécialisées
IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada
ISC : infections de site chirurgical
IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MDEIE : ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation
MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique
MSI : méthodes de soins infirmiers
MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux
OIF : Organisation internationale de la Francophonie
OING : organisation internationale non gouvernementale
OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec
OSBL : organisme sans but lucratif
PCI : prévention et contrôle des infections
PTI : plan thérapeutique infirmier
RSS : région sociosanitaire
RUIS-UL : réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
SARDM : système automatisés et robotisés de distribution des médicaments
SARDO : Système d'Archivage des Données en Oncologie
SARM : Staphylococcus aureus résistant à la Méthycilline
SIAD : suivi intensif à domicile
SIDIIEF : Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone
SRSRSD : Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile
TEP : tomographie par émission de positrons
UMF : Unité de médecine familiale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

La fiabilité de l'information publiée dans le rapport annuel de gestion et d'activités de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (anciennement Hôpital Laval) relève de ma responsabilité.

Ce rapport, qui porte sur l'exercice 2008-2009, décrit fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement. Il présente aussi les indicateurs utilisés, les cibles fixées et les résultats obtenus.

Je déclare que les renseignements qu'il contient, ainsi que les contrôles y afférents, sont fiables, c'est-à-dire objectifs, exempts d'erreurs et vérifiables. Ces données rendent compte de la situation au 31 mars 2009.

André Ducharme
Directeur général par intérim

Note au lecteur :
Le genre masculin a été utilisé afin d'alléger le texte.

ISSN 1481-9392
ISSN 1920-9401 (PDF)
ISBN 978-2-923250-13-7
ISBN 978-2-923250-18-2 (PDF)
Dépôt légal : 3^e trimestre 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

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

PRODUCTION :

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)
Direction générale
Communications et relations publiques
2725, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone : 418 656-4932
Télécopieur : 418 656-4866
IUCPQ.qc.ca
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

Graphisme : Siamois graphisme

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Rangée arrière (de gauche à droite) :
MM. Laurent Després, Adolphe Michaud,
M^{me} Anne Michaud, MM. André
Ducharme, Jacques Métras, Louise Milot,
René Lamontagne, André-J. Castonguay,
Georges Smith, M^{me} Ginette G. Defoy

Rangée avant (de gauche à droite) :
M. Jean Brown, M^{mes} Martine Dubois,
Line Grisé, Madeleine Nadeau,
Marie-France La Haye, Claudia Boulanger
et M. Serge Simard

Absents de la photo :
M^{mes} Valérie Gaudreault, Danielle
Rodrigue, MM. Jean-Pierre Grégoire,
Benoît Riendeau



COMITÉ DE DIRECTION

Rangée arrière, de gauche à droite :
M. André Ducharme, directeur général par
intérim, M^{me} Francine Dubé, directrice des
ressources financières,
M. Gino Albert, directeur des ressources
humaines, M. Guy Régnière, directeur des
ressources informationnelles
et technologiques.

Rangée avant :
M^{me} Suzanne Petit, directrice des soins
infirmiers, D^{re} Isabelle Kirouac, directrice
de l'enseignement universitaire,
D^r Michel Piraux, directeur des services
professionnels, M^{mes} Claudine Bois,
directrice générale adjointe aux affaires
institutionnelles et administratives et
Mireille Ouellet, directrice des services
hospitaliers et ambulatoires par intérim.

Absents lors de la prise de la photographie :

M. Denis Potvin, directeur des services techniques, D^r Denis Richard, directeur de la recherche universitaire
et Ann Lalumière, directrice-associée à la Direction de la recherche universitaire.



MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM

On connaît l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) comme un milieu vivant, chaleureux et proche des gens. Établie en 1918, notre institution est majeure à Québec et bien enracinée dans sa communauté. C'est un centre hospitalier qui, grâce à la compétence de son personnel et de ses médecins, fournit à ses patients des soins et des services de la plus haute qualité. L'amélioration de l'accessibilité aux services dans une perspective réseau, la qualité et la sécurité des soins, la collaboration avec nos partenaires, le mieux-être de nos employés de même que la valorisation de nos volets universitaires ont figuré parmi les dossiers d'importance.

L'année financière 2008-2009 marque le début d'un changement organisationnel majeur en adoptant les principes de l'approche par programmes. Le nouveau mode de gestion par processus remplacera le mode traditionnel de gestion par fonctions, entraînant une réorganisation du travail et des soins. Cette transformation appelle des changements dans les structures, les modes de gestion et les pratiques, tant cliniques qu'administratives et se poursuivra au cours des prochains mois.

En cours d'année, l'établissement a changé officiellement son appellation et son identité visuelle, tel qu'inscrit au Plan stratégique 2008-2013, réalisé suite à un vaste processus de consultation en 2007. Déjà en

1996, l'hôpital était désigné comme institut universitaire dans les domaines de la cardiologie et de la pneumologie, en vertu de l'article 89 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le sens donné au mot « institut » correspond à un établissement de haut savoir offrant des soins, de la recherche scientifique et de l'enseignement. Dans cet esprit, le nouveau nom prend tout son sens puisqu'il identifie à la fois un centre hospitalier universitaire où la mission englobe un volet d'enseignement et de recherche en complémentarité avec les services et les soins offerts, ainsi qu'un volet en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

C'est donc avec une grande fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion de notre établissement. Il fait état des dossiers stratégiques, des priorités d'action ainsi que des grandes réalisations de l'année. Par ailleurs, consultez régulièrement le site Internet afin de suivre l'actualité de notre institution au jour le jour.

Voici nos réalisations qui témoignent de l'énergie et du leadership de nos équipes.

Bonne lecture.

Madeleine Nadeau
Présidente du conseil d'administration

André Ducharme
Directeur général par intérim



D^r ONIL GLEETON,
CARDIOLOGUE

LA MISSION

LA SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CARDIOPULMONAIRES ET DE MALADIES RELIÉES À L'OBÉSITÉ

Affilié à l'Université Laval, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) se distingue par:

- ses programmes de soins et de services spécialisés et ultraspécialisés pour le traitement des maladies cardiopulmonaires et des maladies reliées à l'obésité pour une population locale, régionale et suprarégionale;
- ses programmes de soins et de services complémentaires en gériatrie, en soins palliatifs, en médecine interne ainsi que dans plusieurs autres spécialités;
- son urgence ainsi que ses soins et ses services généraux et spécialisés pour la population locale;
- son expertise en prévention et en réadaptation des maladies cardiopulmonaires;
- son centre de recherche regroupant des axes de recherche alignés avec sa mission clinique ultraspécialisée;
- son implication en enseignement;
- sa contribution en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

LES VALEURS

LES VALEURS PRÔNÉES DICTENT LES COMPORTEMENTS À L'ÉGARD DES USAGERS, DU PERSONNEL, DES MÉDECINS, DES ÉTUDIANTS, DES BÉNÉVOLES ET DES PARTENAIRES

LE RESPECT :

Se traduit par des relations interpersonnelles basées sur la considération, l'écoute, la confiance, l'ouverture, la tolérance et l'honnêteté. C'est une considération réciproque des différences et des valeurs individuelles.

LA RECONNAISSANCE :

Se traduit par la valorisation au quotidien des intervenants œuvrant au sein de l'organisation. C'est apprécier les gens pour leur contribution et reconnaître leur expérience. C'est aussi tenir compte de leurs intérêts et de leurs motivations.

LA RESPONSABILISATION :

Se traduit par l'engagement personnel à réaliser les actions requises en vue de contribuer à l'atteinte des résultats recherchés.

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT :

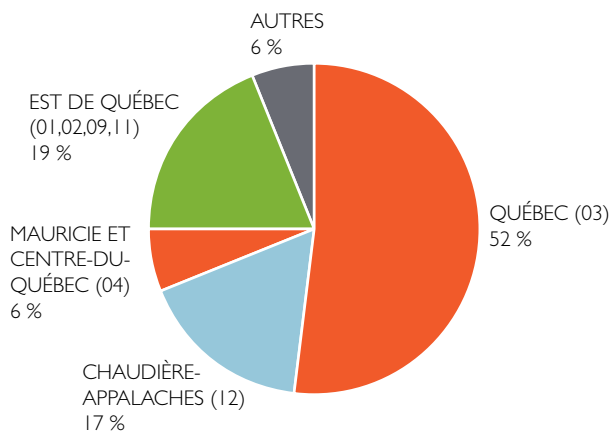
Se traduisent par le partage de l'information, des connaissances et des expériences dans un souci de travail d'équipe, de complémentarité et d'interdisciplinarité, tant à l'interne qu'à l'externe. C'est considérer l'impact de nos actions sur celles des autres et partager les responsabilités de manière équitable.

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

L'Institut dessert la population de la région de Québec ainsi que celle du Centre et de l'est de Québec, soit Chaudière-Appalaches, Mauricie-Bois-Francs, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord et Saguenay-Lac-Saint-Jean. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'IUCPQ.

La répartition de la clientèle hospitalisée selon les régions sociosanitaires reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2008-2009, 52 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec.

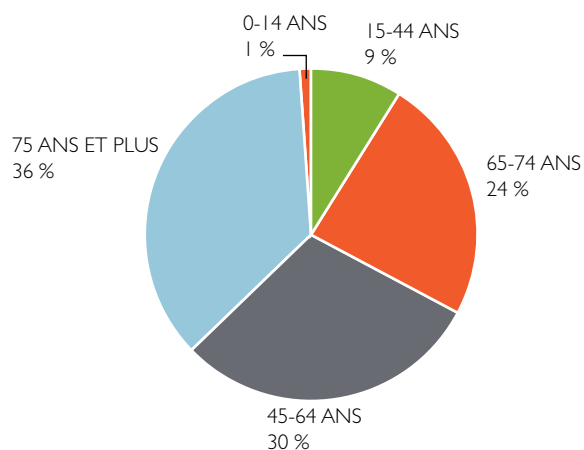
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS
2008-2009



Les hospitalisations en soins de courte durée ont connu une diminution de l'ordre de 11,1 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 14 302 hospitalisations en 2008-2009 pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,6 jours par rapport à 16 083 en 2007-2008 pour une DMS de 5,8 jours¹. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 61 % et 23 %. Les autres spécialités totalisent 16 % de la clientèle hospitalisée.

La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de gens de 75 ans et plus selon une proportion de 36 % de la clientèle totale hospitalisée. Suivent de près les 45-64 ans pour un taux de 30 %.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE
2008-2009



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, l'ORL et les services dentaires curatifs. Ainsi, les visites en mode ambulatoire sont au nombre de 87 233 pour 31 614 usagers. Cela représente une augmentation de 5 % par rapport à 83 114 visites pour 31 106 usagers en 2007-2008.

¹ Les données de 2008-2009 tiennent compte d'une diminution de treize (13) lits dressés compensée par une augmentation de treize (13) civières en médecine de jour.

PARTENARIAT - TRANSFERT DU SAVOIR

PROJET D'OFFRE DE SERVICE EN PNEUMOLOGIE À L'HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE

Des membres du Département multidisciplinaire de pneumologie de l'établissement ont participé aux activités hospitalières de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) pendant deux semaines, à la fin de l'automne dernier, afin d'évaluer le niveau d'activités en pneumologie, la nature des services offerts ainsi que le fonctionnement, et ce, en vue de répondre à une demande formulée par le CHUQ afin d'obtenir une offre de service en pneumologie. Quelques rencontres ont par la suite eu lieu afin d'échanger sur les constats observés et de présenter les modifications demandées sur certains aspects entourant la pratique médicale et l'organisation des services en pneumologie. Des discussions sont toujours en cours afin de concrétiser, dès janvier 2010 et de façon progressive, une offre de service en pneumologie à l'HSFA du CHUQ, par l'équipe du Département multidisciplinaire de pneumologie.

PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Dans un esprit de complémentarité et de continuité des services, l'Institut s'est investi, tout au cours de l'année au niveau régional, en participant activement aux travaux requis pour la concrétisation d'une entente multipartite entre les centres hospitaliers et les centres de santé et de services sociaux sur le Projet clinique perte d'autonomie liée au vieillissement. La clientèle visée par cette entente est les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, avec compromission de demeurer à domicile, occupant un lit de courte durée en CHSGS dont l'épisode de soins aigus est terminé. Les objectifs de cette entente sont de coordonner le processus de dépistage et d'évaluation de la clientèle visée, afin de l'orienter et d'assurer sa prise en charge par les services appropriés et d'ainsi réduire le taux d'occupation des lits de courte durée par cette clientèle. De nombreux intervenants de l'établissement ont participé à plusieurs comités régionaux en vue de la mise en application de cette entente en 2009-2010.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Depuis de nombreuses années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) considère la lutte contre le cancer comme une priorité d'action, en raison de l'accroissement constant des taux de cancer au Québec. À cet égard, une des préoccupations ministérielles est d'assurer aux personnes atteintes et à leurs proches un accès rapide à des soins et à des services de qualité le plus près possible de leur milieu de vie.

En janvier 2008, l'équipe interdisciplinaire de l'établissement s'est vu octroyer par la direction de lutte contre le cancer une désignation suprarégionale en cancer du poumon (niveau 3), soulignant l'excellence en regard des soins et services offerts aux personnes atteintes de cancer et leurs proches. Cette reconnaissance lui confère toutefois des rôles et des responsabilités, dont la responsabilité de se doter d'un plan local de lutte contre le cancer. En harmonie avec les *Orientations prioritaires 2007-2012* du MSSS et en accord avec les *Orientations stratégiques 2008-2013* de l'établissement, le *Plan de lutte contre le cancer* de l'IUCPQ a été développé. Le fruit du travail d'une équipe engagée avec détermination dans la lutte contre le cancer donnera lieu au lancement du programme au début de l'automne 2009.

CLINIQUE SATELLITE MPOC AU CSSS DE PORTNEUF

Dans le cadre de l'actualisation de la trajectoire régionale pour les personnes atteintes de MPOC, une clinique satellite a été créée dans la région de Portneuf en collaboration avec l'IUCPQ, et ce, dans le but d'assurer aux résidents atteints de MPOC l'accès à des services de première et de deuxième lignes pour l'investigation, le traitement, la réadaptation, l'enseignement et le suivi de leur état clinique le plus près possible de leur milieu de vie.

Préalablement à l'implantation de cette clinique satellite, les médecins et les professionnels concernés du CSSS de Portneuf ont bénéficié de la formation dispensée par l'IUCPQ. En plus d'apporter le soutien aux intervenants, les Cliniques spécialisées de pneumologie de l'Institut offrent les corridors de services nécessaires aux consultations spécialisées de troisième ligne pour les clientèles référées par la clinique satellite.

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE (SIDIIEF)

À titre de membre promoteur depuis janvier 2009, l'Institut fait maintenant partie du Consortium de Québec et travaille de concert avec le Centre hospitalier universitaire de Québec et la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval à faciliter le partage des expériences et des savoirs infirmiers, à travers le monde francophone, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts aux populations.

Le SIDIIEF est une organisation sans but lucratif (OSBL) dont le siège social est à Westmount (Québec, Canada). Il est reconnu en tant qu'organisation internationale non gouvernementale (OING) par le ministère des relations internationales du Québec et a un statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF), au regard, plus particulièrement, de l'éducation, de la formation, de l'enseignement supérieur et de la recherche. C'est donc un réseau d'échanges dans les domaines de la pratique clinique, de la gestion, de la formation et de la recherche en sciences infirmières.

JOURNÉE SCIENTIFIQUE EN SOINS CARDIORESPIRATOIRES

Le 4 octobre avait lieu la seconde édition de la Journée scientifique en soins cardiorespiratoires à l'Institut. Planifiée par une équipe d'inhalothérapeutes enthousiastes, les 80 participants venus de la région de Québec et des environs ont eu droit à une journée à la hauteur de notre milieu d'enseignement. De précieux collaborateurs de l'IUCPQ ont généreusement accepté de faire une présentation sur différents sujets dont les cancers pulmonaires, la trachéotomie en soins intensifs, la ventilation automatisée et le partenariat inhalothérapeute-physiothérapeute dans les cas de dystrophie de Duchesne.

Grâce à la collaboration de tous, organisateurs, conférenciers et bénévoles, les participants se sont dits très satisfaits de cette journée. Un tel succès laisse présager longue vie à ce projet qui permet de promouvoir la profession et la pratique de l'inhalothérapie et contribue au rayonnement de l'établissement.



HYPERTENSION ARTÉRIELLE PULMONAIRE – PREMIÈRE RÉUNION PROVINCIALE USAGERS/INTERVENANTS

L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est une maladie rare et sévère qui touche environ 40 personnes sur un million. Au Québec, seules deux cliniques ont été conçues afin d'optimiser le traitement pour cette clientèle : la Clinique des maladies vasculaires pulmonaires de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et celle de l'Hôpital général juif de Montréal.

Ces deux centres ont collaboré à l'organisation d'une première réunion provinciale pour les usagers atteints d'HTAP et les intervenants de ces deux cliniques, rencontre qui s'est tenue les 20 et 21 septembre à Trois-Rivières. Cent-vingt personnes y ont participé.

Ce colloque d'éducation populaire a donné lieu à d'intéressantes discussions touchant la pathologie et à des échanges stimulants entre les usagers atteints. De plus, cette rencontre a permis d'officialiser la création d'une association québécoise de patients porteurs d'HTAP, qui sera dirigée par la Fondation HTAPQ, dont le but est d'offrir du support à la clientèle atteinte.

JOURNÉE EN HÉMODYNAMIE POUR LES CENTRES HOSPITALIERS RÉFÉRENTS

Le 21 novembre a eu lieu une journée de formation pour les centres référents. Cette rencontre visait à présenter aux participants la mise à jour des protocoles et des procédures ainsi que des cahiers d'enseignement à la clientèle afin de leur permettre de bien préparer la clientèle qui est transférée à l'établissement.

Cinquante-neuf (59) professionnels de la santé ont assisté à cette journée qui a débuté par une conférence du D^r De Larochellière, responsable médical en hémodynamie, suivi par la suite du D^r O'Hara, responsable médical de l'électrophysiologie. Également, une visite du Service d'hémodynamie et d'électrophysiologie a été proposée aux participants.

Les conférences ont été appréciées des participants et ceux-ci ont manifesté une très grande satisfaction concernant cette journée de formation.

LE PROGRAMME CLIENTÈLE DIABÉTIQUE CONNU À LA GRANDEUR DU QUÉBEC

L'Institut, centre agréé en diabète depuis 2005, s'est donné comme mandat d'améliorer l'accès à l'éducation destinée aux personnes diabétiques. Pour ce faire, le comité d'enseignement aux personnes diabétiques a développé un programme afin de partager son expertise avec divers lieux cliniques tant interhospitaliers que communautaires.

Des outils d'enseignement et de suivi ont donc été développés afin de répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, mais également dans le but de répondre à l'ensemble des professionnels du réseau. C'est ainsi que plus de 500 infirmières de partout au Québec, notamment les infirmières des groupes de médecine familiale (GMF), ont reçu une formation d'une durée de 29 heures sur le diabète et son traitement.

L'Institut travaille actuellement conjointement avec la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval afin d'accorder des crédits universitaires aux infirmières qui suivent ces formations. Nous souhaitons ainsi contribuer à améliorer l'accès et la qualité de l'enseignement destiné aux personnes diabétiques et ainsi répondre à la mission de l'Institut au niveau de la prévention et du traitement des maladies cardiovasculaires et métaboliques.



ISABELLE SIMARD,
INFIRMIÈRE
CONSEILLÈRE CLINICIENNE,
SOINS INFIRMIERS

SOINS ET SERVICES

OUVERTURE D'UNE SALLE ADDITIONNELLE AU BLOC OPÉRATOIRE

Inaugurée le 19 janvier dernier, la salle 2 du bloc opératoire est maintenant en fonction à raison de trois jours par semaine. Fermée depuis plusieurs années, elle fut remise à neuf afin de répondre à l'accroissement des listes d'attente en chirurgie bariatrique et thoracique. Elle est le fruit du travail acharné de plusieurs intervenants de l'établissement ainsi que de collaborateurs externes. Dotée de deux tours endoscopiques sur bras articulé, elle est idéale pour la chirurgie laparoscopique, thoracoscopique et l'endoscopie anesthésique. Notons également qu'elle est munie d'écrans haute définition et qu'elle est la salle pilote pour l'implantation du projet Triax dans les salles d'opération.

CAS ADDITIONNELS EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Considérant l'augmentation constante de la liste d'attente pour des procédures en électrophysiologie, une salle additionnelle a été ouverte à raison d'une journée par semaine, depuis le 30 janvier 2009, au bloc opératoire.

Cette ouverture a permis au secteur d'électrophysiologie de réaliser environ 32 procédures additionnelles au 31 mars 2009. Cette salle additionnelle sera maintenue ouverte au rythme d'une journée par semaine jusqu'à l'été, et des démarches sont en cours afin d'évaluer la possibilité d'augmenter le temps d'utilisation à deux jours par semaine, à compter de l'automne 2009.

SOINS INTERMÉDIAIRES DE CHIRURGIE THORACIQUE

Afin d'assurer le suivi postopératoire immédiat de la clientèle de chirurgie thoracique en lien avec l'augmentation du volume opératoire, l'organisation des soins et des services a été revue à l'unité du 6^e Central. La salle Jean Deslauriers (salle 6158) a été équipée de trois moniteurs cardiaques et un écran de surveillance a été installé au poste des infirmières. L'équipe de base d'infirmières a été rehaussée pour assurer le ratio attendu infirmière/patients pour la surveillance de la clientèle de soins intermédiaires. De la formation a été dispensée en lien avec l'interprétation des bandes de rythmes et de la manipulation des moniteurs cardiaques. Finalement, des critères d'entrée et de sortie de la clientèle ont été établis.





SERVICE DE L'URGENCE

Les mesures structurantes relativement aux éléments requis pour assurer l'accessibilité des soins (ex : coordination des admissions 7 jours/7) ont été maintenues. Le processus de réévaluation systématique de la clientèle ambulatoire tel que stipulé dans le *Guide de gestion de l'urgence* a été consolidé.

Dans le but d'assurer des soins de qualité et sécuritaires à la clientèle qui séjourne à l'urgence et dans une vision d'une pratique organisationnelle exemplaire, le bilan comparatif des médicaments à l'urgence a débuté. De plus, plusieurs algorithmes ont été révisés pour assurer l'optimisation de la gestion des lits. L'augmentation du nombre de jours présence de la clientèle longue durée, dans les lits de courte durée, a eu un impact significatif sur les résultats des indicateurs du Service de l'urgence.

Voici les faits saillants des activités opérationnelles qui caractérisent l'année 2008-2009 :

- augmentation de 32 % du nombre d'usagers avec un séjour de 24 heures ou plus sur civière;
- augmentation de 6,8 % du nombre d'usagers de 75 ans et plus sur civière;
- augmentation de 3,4 % des arrivées en ambulance;
- augmentation de 1,9 % du nombre d'usagers ambulants;
- augmentation de 2 % du nombre d'admissions.

Le Service de l'urgence a atteint certaines cibles de l'entente de gestion au regard du pourcentage d'usagers avec un séjour de 48 heures ou plus sur civière et du pourcentage des usagers de 75 ans et plus avec un séjour de 48 heures et plus. Les autres cibles n'ont pas été atteintes et différents facteurs ont contribué à la non-atteinte des cibles. Finalement, le palmarès des urgences 2008 du quotidien *La Presse* attribuait la note A au Service de l'urgence.

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE POUR LE SUIVI DE LA CLIENTÈLE ADULTE ATTEINTE DE FIBROSE KYSTIQUE

En juin 2008, l'équipe interdisciplinaire pour le suivi de la clientèle adulte atteinte de fibrose kystique fut consolidée. Les membres de cette équipe ont bénéficié d'un programme de formation et d'intégration avec les membres de l'équipe spécialisée du CHUL qui assumaient, à ce moment, le suivi de ces clientèles. Comme prévu dans le « *programme régional intégré pour la clientèle*

pédiatrique et adulte atteinte de fibrose kystique », l'équipe de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec a pris, dès lors, en charge le suivi de la clientèle adulte, et ce, à même les locaux du CHUL. Le suivi ambulatoire de la clientèle adulte sera réalisé à même les installations de l'Institut d'ici janvier 2010, soit au terme des travaux d'aménagement qui ont cours actuellement. Quant aux activités d'hospitalisation, celles-ci seront transférées en juillet 2009.

SYSTÈME D'ARCHIVAGE DES DONNÉES EN ONCOLOGIE

Une des mesures stratégiques découlant des orientations prioritaires 2007-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux vise la mise en place d'un registre québécois de cancer afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec. Le Système d'Archivage des Données en Oncologie (SARDO) est tout indiqué afin de répondre à ce besoin. En effet, il s'agit d'un système d'information évolutif qui vise l'intégration de l'ensemble des données pertinentes en oncologie et une analyse clinique plus large que dans le cas d'un registre usuel des tumeurs.

En mars 2009, l'IUCPQ s'est doté de cette base de données dont les principaux objectifs sont l'évaluation de la qualité de l'acte médical, la tenue de statistiques et la recherche évaluative. Tous les nouveaux usagers atteints de cancer du poumon y sont inscrits et les données cliniques sont consignées par une archiviste registraire en oncologie. Cette base de données permet une meilleure appréciation de l'évolution de la maladie de l'utilisateur, de l'efficacité des traitements et elle est un support aux activités cliniques et de recherche.

SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'AIDE À LA CESSATION TABAGIQUE

En juin 2008, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale mandatait l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) pour mettre en œuvre un projet pilote, d'une durée de deux ans, visant principalement l'accompagnement et l'aide à la cessation tabagique auprès de la clientèle hospitalisée. Pour ce service, le « *Modèle d'Ottawa* » pour l'abandon du tabac est retenu. Conçu en 2002 par l'Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO), ce mode d'intervention est un programme simple et systématique d'abandon clinique du tabagisme dont le

but est d'aider les fumeurs hospitalisés à cesser de fumer de façon définitive. Déjà utilisé dans plus de 40 hôpitaux à travers le Canada, son efficacité a été clairement démontrée. En effet, on a observé une augmentation de 15 % du taux d'abandon à long terme au sein de la population cardiaque, celui-ci étant passé de 35 % à 50 % lors d'un suivi après six mois. Soulignons également que l'IUCPQ est le premier établissement de la province à instaurer ce modèle d'intervention.

Compte tenu du nombre d'admissions à l'IUCPQ et de l'incidence du tabagisme déterminée au terme de la première phase d'implantation, qui est de l'ordre de 18 %, approximativement 2880 usagers par année pourront bénéficier du service d'accompagnement et d'aide à la cessation tabagique.

SUIVI INTENSIF À DOMICILE (SIAD)

Projet issu de la collaboration entre la clinique MPOC de l'IUCPQ et le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD), le suivi intensif à domicile (SIAD) se veut une réponse à la volonté régionale des établissements hospitaliers d'élargir la gamme de soins et services offerts à cette clientèle. Le but du projet est d'assurer un suivi intensif, à domicile, sécuritaire à l'usager présentant une exacerbation des signes et des symptômes reliés à la MPOC après stabilisation de sa condition respiratoire, lors d'une courte hospitalisation.

Le projet SIAD a complété sa première phase en mai 2008 avec 12 usagers inscrits. Les résultats en sont concluants :

- Le temps d'hospitalisation est passé d'une moyenne de 8 jours pour un usager non référé, par rapport à une moyenne de 44,5 heures pour un usager référé au SIAD.
- Le coût du suivi de 7 jours SIAD est de 748,88 \$ par usager comparativement à 7 000 \$ pour la même période d'hospitalisation.
- Les usagers ont été majoritairement très satisfaits et se sont sentis en sécurité à domicile.

Considérant la faible proportion des usagers inscrits et les résultats positifs observés, il a été convenu de prolonger la phase I de ce projet d'une année.

NOUVELLES PRATIQUES

PREMIÈRE CANADIENNE EN SALLE D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE

En février 2009, une équipe composée de cardiologues et d'électrophysiologistes a procédé à une ablation par cathéter avec une nouvelle technique de ponction transseptale par radiofréquence. Cette nouvelle façon de procéder facilite l'accès à l'oreillette gauche pour certaines ponctions transseptales difficiles. La ponction transseptale est une étape essentielle pour accéder aux cavités cardiaques gauches et ainsi débiter la thérapie d'ablation par cathéter. Grâce à cette nouvelle technologie, il est plus facile de traverser un septum intra-auriculaire récalcitrant qui ne veut pas céder à la pression manuelle de l'aiguille, principalement pour les septums épaissi ou de type élastique. Une fois l'accès réussi au niveau de l'oreillette gauche, on peut finalement se concentrer à la guérison de l'arythmie, procédure pouvant durer 2 à 4 heures.

NOUVELLES TECHNIQUES EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

La chirurgie bariatrique est pratiquée au Québec depuis plus de 30 ans et les techniques et les approches cliniques évoluent rapidement. L'instrumentation adaptée à l'approche laparoscopique, développée au cours des dernières années, offre l'accessibilité à la chirurgie à certains usagers non éligibles à la dérivation biliopancréatique (DBP) standard en raison des risques opératoires encourus. Ainsi, l'équipe chirurgicale a réalisé ce mode d'intervention pour 63 des 341 chirurgies totalisées pour l'année, soit 18,5 %.

Par ailleurs, la gastrectomie pariétale simple, moins invasive et moins contraignante pour le patient, est une approche de plus en plus populaire dans les milieux médicaux. Elle est pratiquée depuis quelques années à l'Institut, mais plus particulièrement depuis la dernière année et le plus souvent par laparoscopie. Cette chirurgie est offerte aux patients dont les risques opératoires sont élevés rendant inaccessible la DBP. Vingt-sept usagers ont bénéficié de cette technique cette année.

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Le déploiement du plan thérapeutique infirmier (PTI) a débuté à l'automne 2008. À ce jour, près de 600 infirmières ont été formées dans les onze unités de soins et les services ambulatoires de l'Institut. Un mécanisme de soutien clinique et d'évaluation de la qualité des PTI a été instauré afin de favoriser l'intégration de cette nouvelle norme par les infirmières. Des capsules de formation continue, des objectifs à atteindre hebdomadairement ou mensuellement ainsi que du préceptorat font partie des stratégies gagnantes mises en place pour l'intégration de ce changement de pratique. L'implantation du PTI dans les services restant se terminera à l'automne 2009. Le PTI permet de documenter les problèmes et besoins prioritaires de l'utilisateur, suite à l'évaluation de son état de santé, afin d'assurer le suivi clinique requis. Le PTI améliore ainsi la qualité et la sécurité des soins. Son implantation a également permis de revoir et d'adapter les outils cliniques pour optimiser l'efficacité des activités de soins.

IMPLANTATION DES MÉTHODES DE SOINS INFORMATISÉES

Afin d'uniformiser les standards de pratiques et d'assurer une continuité des soins avec les autres établissements du réseau de la santé, les méthodes de soins infirmiers (MSI) informatisées de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) ont été implantées à l'Institut. Les méthodes de soins spécifiques à la clientèle de l'Institut ont été personnalisées et intégrées avec celles de l'AQESSS. De plus, différents outils sont disponibles, tels des grilles d'appréciation de l'habileté et des programmes d'enseignement à l'utilisateur. L'uniformisation des pratiques est au cœur de la qualité des soins infirmiers. En utilisant les MSI, l'IUCPQ favorise l'intégration des données probantes dans les soins infirmiers. Ces méthodes sont basées sur un travail de recherche rigoureux et un processus de validation par des experts des milieux de soins. Des mises à jour sont effectuées régulièrement et de nouvelles méthodes sont ajoutées ce qui permet une économie de temps et de ressources. Elles sont accessibles sur le web à partir de n'importe quel ordinateur. Les MSI sont un outil indispensable et permettent l'harmonisation des pratiques professionnelles entre les établissements de santé.

OFFRE DE SERVICE

La Direction des ressources financières a poursuivi l'amélioration du service à la clientèle par la création d'équipes multifonctionnelles, formées de professionnels et de techniciens dédiés par direction et par secteur d'activités, et ce, principalement au Service des approvisionnements et au secteur des opérations budgétaires, analyse financière et système.

En terminant, l'exercice 2008-2009 se distingue par l'harmonisation des conventions comptables ayant pour objectif d'appliquer les principes comptables généralement reconnus, dans le but d'intégrer les états financiers à ceux du gouvernement.

NOUVELLE LÉGISLATION SUR LES CONTRATS D'ORGANISMES PUBLICS - SERVICE DES APPROVISIONNEMENTS

À la suite de l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation portant sur les contrats des organismes publics, le Service des approvisionnements a procédé à la révision de la politique d'approvisionnement de l'établissement, ainsi qu'aux procédures s'y rattachant. Par la suite, tous les mécanismes de reddition de compte ont été mis en place et le personnel concerné a reçu la formation nécessaire.

La diffusion auprès de l'ensemble du personnel de l'organisation aura lieu au début du prochain exercice financier, de même que des séances d'information selon les besoins du personnel d'encadrement et des gestionnaires.

PERFORMANCE

ENTENTE DE GESTION

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2008-2009	2007-2008	
MAIN-D'ŒUVRE				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salariale et le nombre d'heures travaillées	5,14 %	5,57 %	5,27 %	Bien que nous constatons une hausse du ratio, celui-ci est à la baisse de façon régulière depuis octobre 2008. Les plans d'actions transmis antérieurement sont en cours et se réalisent selon les échéanciers prévus. Nous souhaitons également faire remarquer que notre établissement a un taux personnalisé très performant en CSST, soit un taux de 1,10 \$/100 \$ de masse salariale comparativement à la moyenne de l'unité de classification qui est de 1,25\$. Il est généralement reconnu que lorsque les absences pour lésions professionnelles connaissent une baisse, le régime d'assurance salariale est plus sollicité.
SERVICES D'URGENCE				
Séjour moyen sur civière	15,05 h	13,26 h	12,19 h	
Séjour moyen sur civière - Usagers de 75 ans et plus	17,32 h	14,63 h	13,50 h	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0 %	0 %	0 %	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière				
Usagers de 75 ans et plus	0 %	0 %	0 %	
Activités chirurgicales				
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (cas équivalent Med-Echo)	144	167	147	
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (cas équivalent Med-Echo)				
Chirurgies bariatriques	335	358	332	
Autres chirurgies	1,032	1,030	1,031	
CARDIOLOGIE TERTIAIRE				
Pourcentage des demandes de services réalisées dans les délais prescrits :				
Électrophysiologie				
Catégorie A (entre 24 et 48 heures)	65 %	63 %	63 %	Principalement des usagers en attente de transfert interétablissement. Des cas hors délai de FA sont planifiés et ne peuvent être annulés, ce qui crée des hors délai pour les 24/48 heures. L'enregistrement d'un usager au système SGASS crée automatiquement un hors délai les fins de semaine.
Catégorie B (entre 48 h et 3 mois)	50 %	51 %	54 %	
Hémodynamie				
Catégorie A (entre 24 h et 2 semaines)	85 %	90 %	83 %	
Catégorie B (entre 1 et 3 mois)	90 %	98 %	85 %	
Chirurgie cardiaque				
Catégorie A (entre 24 h et 2 semaines)	85 %	93 %	85 %	
Catégorie B (entre 1 et 3 mois)	85 %	96 %	82 %	

QUALITÉ ET SÉCURITÉ

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Dans le cadre de la phase I du projet ministériel sur les systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM), le Département de pharmacie a procédé, en février dernier, à l'implantation de l'emballuseuse-ensacheuse. Cette technologie très attendue permet maintenant de distribuer la médication orale de tous les usagers de l'établissement en mode unidose 24 heures. Concrètement, la médication pour les 24 prochaines heures est livrée au poste de l'infirmière dans une bande contenant plusieurs sachets correspondant à toutes les heures d'administration de la journée. Le temps consacré à la préparation des médicaments à l'étage est ainsi diminué. La prochaine étape prévue au printemps 2009 consistera à livrer la médication dans des chariots de distribution qui seront gardés près des chambres des usagers. L'arrivée des cabinets automatisés dans les unités de soins critiques qui serviront à recevoir la médication gardée au commun, les narcotiques ainsi que les premières doses terminera la phase I du projet SARDM dans l'établissement. Les deux objectifs poursuivis par ce projet sont une diminution du temps consacré à la préparation des médicaments par les infirmières et une diminution des erreurs engendrées par le processus de préparation et de distribution des médicaments.

VISITE AGRÉMENT CANADA

À l'issue de sa dernière visite, Agrément Canada recommandait à l'équipe de gestion d'*élaborer un programme structuré d'amélioration continue de la qualité, en nous assurant que toutes les équipes soient en mesure de l'implanter*. Des 13 équipes qualité alors en place, 7 avaient d'ailleurs reçu une recommandation les invitant à adopter un plan structuré d'amélioration continue de la qualité, comportant des objectifs prioritaires accompagnés d'indicateurs de résultats et plans de suivi. Réaffirmant l'engagement de l'Institut à améliorer de manière constante les soins et services aux clientèles, un cadre de référence a été produit en appui au programme intégré d'amélioration continue de la qualité, en déploiement à l'échelle de l'organisation.

Plus d'une vingtaine d'équipes qualité ont été constituées, représentatives de chacun des secteurs d'activité. Profitant de l'introduction du nouveau programme



d'Agrément Canada, Qmentum, toutes les équipes ont réalisé leur autoévaluation et amorcé l'identification de priorités d'action visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés.

Plus de 1 000 personnes, toutes catégories confondues, ont participé aux autoévaluations ainsi qu'aux deux sondages exigés, l'un portant sur la *qualité de vie au travail* et l'autre sur la *culture de sécurité* prévalant au sein de l'établissement.

Un suivi attentif a également été porté aux autres recommandations émises. Le *mandat et la composition du comité de gestion des risques* ont été revus, les *délais de transmission* de l'interprétation des radiographies demandées par le Service d'urgence *abrévés* et la *satisfaction de la clientèle*, mesurée par l'équipe de cardiologie, est en voie de l'être par les équipes de chirurgie cardiaque et soins coronariens. Un *plan de soins intégrés* est en cours de développement en médecine interne, tout comme le *plan de gestion des ressources humaines* l'est à la Direction des ressources humaines.

AGRÉMENT DES LABORATOIRES

Faisant suite à la visite du Conseil Canadien d'Agrément qui a eu lieu en décembre 2007 dans les laboratoires de l'IUCPQ, un rapport de suivi a été acheminé concernant les actions entreprises afin de répondre à certaines recommandations émises par les visiteurs.

Entre autres, des procédures opératoires normalisées ont été adoptées et sont en application concernant le retrait du sang et des produits sanguins labiles non sécuritaires. Un avis au receveur est inclus dans cette procédure et les actions prises auprès du receveur sont notées sur un formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire permettra de valider l'efficacité de la procédure par une revue des formulaires complétés, aux douze mois. De plus, une grille d'inventaire électronique des équipements a été élaborée et un programme d'entraînement et d'évaluation initiale des compétences, pour chacun des équipements, est en cours d'élaboration et de validation.

À PROPOS DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

Les points de transition du continuum de soins sont particulièrement sujets aux risques et la communication de l'information relative aux médicaments est une des priorités pour améliorer la sécurité des soins. Près de la moitié des déclarations d'incident ou d'accident a trait à des erreurs de médicaments, la mise en place du bilan comparatif des médicaments à l'admission, aux transferts, aux congés des usagers est un des moyens privilégiés pour diminuer les risques d'erreurs.

Concrètement, le *bilan comparatif des médicaments* exige que l'on compare la *liste des médicaments pris avant l'admission*, par un usager, avec la *liste des médicaments provenant des ordonnances émises à l'admission, au transfert ou au congé*.

L'implantation de cette pratique a été amorcée au Service d'urgence depuis bientôt un an. Infirmières, médecins et pharmaciens impliqués sont unanimes : la collaboration interdisciplinaire s'en trouve améliorée, le transfert d'information mieux encadré et une diminution des erreurs médicamenteuses y est observée.

En réponse aux exigences d'Agrément Canada, l'établissement doit assurer le déploiement du BCM, d'ici trois ans, dans tous les secteurs de soins. Une réflexion est en cours sur le partage des rôles et responsabilités; un plan

de déploiement sera arrêté, au cours des prochaines semaines, en réponse aux exigences formulées.

STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Une stratégie de prévention des chutes a été élaborée afin de réduire les chutes avec conséquences néfastes. À l'automne 2008, de la formation a été donnée sur la prévention des chutes et en janvier 2009, l'implantation a été débutée, en projet pilote, sur trois unités de soins. Du soutien clinique et des capsules de formation ont été organisés pour faciliter l'intégration. Un outil, l'échelle de Morse, sert à dépister les usagers à risque de chutes si tel est le cas, la problématique est notée au PTI avec une directive pour assurer le suivi. Les interventions universelles sont applicables en tout temps et sont disponibles sur affiches au chevet des usagers. Un outil pour identifier le niveau de risque et de mobilité a également été élaboré et sera mis à l'essai sous peu. Le déploiement de la formation et de l'implantation de la stratégie de prévention des chutes se poursuivra au cours de l'année 2009-2010. De plus, une étude réalisée par une résidente en pharmacie a permis de confirmer que les usagers sont plus à risques de chutes suite à la prise de benzodiazépines. Par ailleurs, un guide d'utilisation des benzodiazépines est en élaboration par le département de pharmacie.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

En 2008-2009, l'équipe et le comité de prévention des infections ont actualisé l'ensemble des activités prévues au plan d'action du programme de prévention et contrôle des infections (PCI) de l'établissement telles qu'adoptées par le comité de direction (CD), le comité consultatif à la direction générale (CCDG) et le conseil d'administration (CA). Les faits saillants de cette année concernent principalement trois des six volets du programme, soit la surveillance, l'éducation et la formation, ainsi que la gestion des éclosions.

Les activités entourant la surveillance nécessitent une grande proportion des ressources en PCI puisque l'IUCPQ participe aux cinq programmes provinciaux de surveillance des infections nosocomiales. Des programmes locaux complètent ce volet avec la surveillance de la transmission nosocomiale du *Staphylococcus aureus* résistant à la Méthycilline (SARM), de l'Entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV), de l'Influenza et de l'incidence des infections de site chirurgical (ISC) en chirurgie cardiaque.

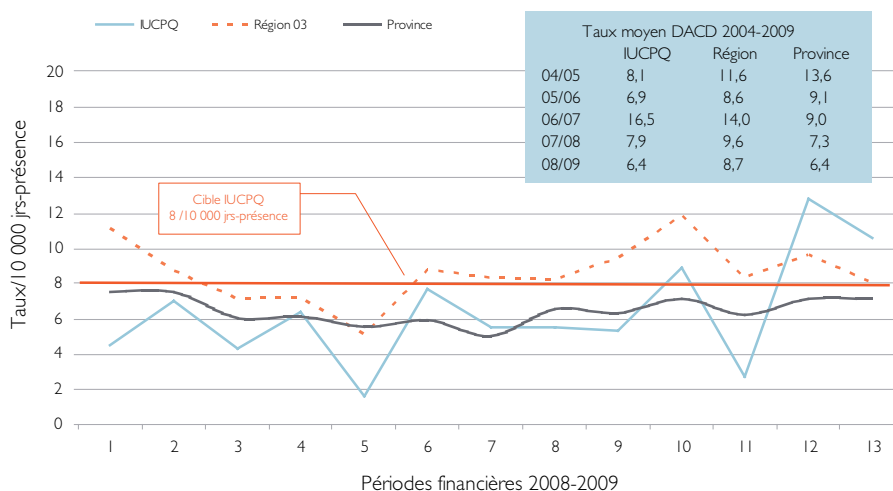
En termes de résultats, le taux moyen de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale a diminué de 19 % et se situe maintenant en deçà du taux préendémique de 2004-2005. Le taux moyen de transmission nosocomiale du SARM a pour sa part augmenté de 30 %, par rapport à l'année dernière. Malgré cette hausse, le taux moyen se situe sous la barre des 10 cas/10 000 jours-présence, soit près de trois fois moins que le taux de base de l'IUCPQ (27,5/10 000 jours-présence). Enfin, aucun cas de transmission nosocomiale d'ERV n'a été enregistré.

Dans le volet formation et éducation, la priorité a été mise sur le développement des connaissances de l'équipe d'hygiène et salubrité en suivi des lignes directrices

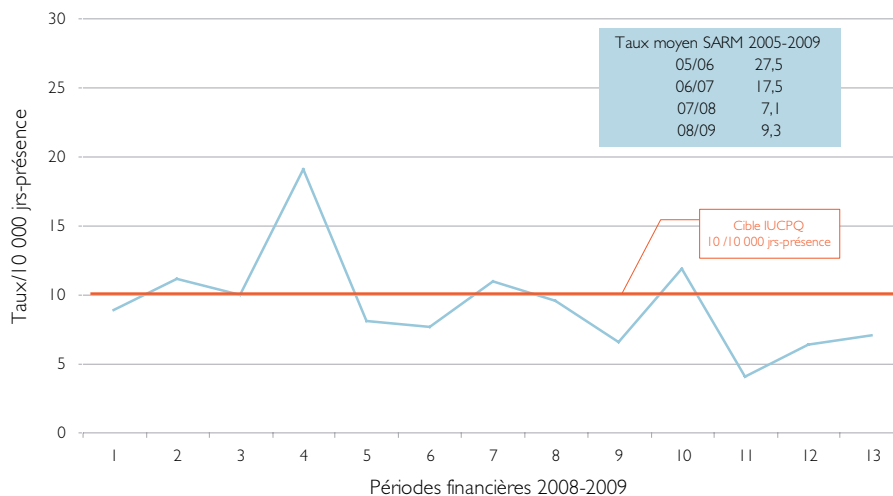
émises au regard de la prévention des infections. La cible de 100 % du personnel formé a été atteinte. L'équipe de PCI a également maintenu sa participation à l'accueil des nouveaux employés et au total, près de 175 travailleurs ont reçu une formation à l'embauche spécifiquement dédiée à la prévention et contrôle des infections.

Enfin, dans le volet gestion des éclosions, quatre épisodes de gastro-entérite, sur une période de trois mois, ont forcé la mise en place de mesures exceptionnelles pour limiter la propagation du virus. Plusieurs ressources additionnelles ont été affectées pour renforcer l'hygiène des mains à la gestion des visiteurs, à la désinfection des surfaces et à la gestion des cas et des contacts.

COMPARAISON DES TAUX DE DACD DE L'IUCPQ AVEC LA RÉGION 03 ET LA PROVINCE 2004-2009



TAUX DE SARM D'ACQUISITION NOSOCOMIALE À L'IUCPQ DE 2005-2009



GESTION DES RISQUES

La complexité des activités aujourd'hui réalisées, dans un établissement comme l'IUCPQ, et les dommages pouvant découler d'un accident exigent la mise en place d'un grand éventail de moyens pour réduire, sinon éliminer, les risques d'accident.

La sécurité demeure une responsabilité *partagée*. Étroitement associés, chacune des directions ainsi qu'une dizaine de comités partenaires (matières dangereuses, évaluation de produits, erreurs médicamenteuses, erreurs transfusionnelles, pharmacie-soins infirmiers, santé et sécurité au travail, prévention des infections, radioprotection, sécurité civile sociosanitaire et sécurité des actifs informationnels) sont invités annuellement à identifier les risques propres à leur secteur d'activité, à s'assurer de la mise en place des mécanismes de contrôle appropriés ou des correctifs nécessaires, le cas échéant. C'est sur la vigilance de chacun que repose la sécurité de tous, usagers, employés, médecins et visiteurs. Tous sont encouragés à déclarer les événements dont ils sont témoins et la hausse du nombre de déclarations démontre clairement le niveau d'engagement de l'ensemble.

Acheminées à la Direction générale, responsable de la coordination de la qualité et de la gestion des risques, toutes les déclarations sont rigoureusement analysées. Pour ce faire, une conseillère à la qualité et à la gestion des risques s'est jointe à l'équipe. Année de consolidation et de transition, nombre d'activités ont été réalisées non seulement pour promouvoir la déclaration des événements indésirables, mais également pour s'assurer de la compréhension des nouveaux formulaires de déclaration, d'analyse et de divulgation, introduits au 1^{er} avril 2008.

Une formation sur les concepts utilisés en gestion des risques et sur les formulaires en usage a été intégrée au processus d'accueil de nouveaux employés, infirmières, préposés, etc. Des présentations ont également été réalisées au sein des comités de coordination de chacune des directions, aux comités exécutifs des trois conseils professionnels, aux comités aviseurs de soins infirmiers ainsi qu'à l'équipe de bénévoles. La consignation de toutes les déclarations au registre local, l'analyse des données et la présentation des tendances observées à toutes les instances impliquées ont contribué à accroître la sensibilisation de chacun et par le fait même à renforcer la culture de sécurité.

VISITE D'INSPECTION DE L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Conformément au programme d'inspection professionnelle en vigueur, l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) a effectué une évaluation de l'exercice collectif en pharmacie de l'établissement du 16 au 18 avril 2008. L'évaluation du milieu et de l'implication des pharmaciens y œuvrant ont fait l'objet de cette inspection. Une attention particulière a également été apportée au circuit du médicament et à la sécurité reliée à la distribution des médicaments au niveau de la pharmacie et sur les unités de soins.

L'OPQ a conclu, suite aux constatations et aux informations obtenues, que l'exercice de la pharmacie est de haute qualité dans le département de pharmacie. L'implication des pharmaciens est très appréciée et recherchée. De plus, cet organisme a souligné la collaboration interprofessionnelle vécue dans le meilleur intérêt des patients.

Les recommandations faites, suite à cette visite, visent principalement la poursuite des actions déjà entreprises pour assurer la sécurité du circuit du médicament, ainsi que le développement des effectifs pharmaceutiques requis pour assurer la réalisation du plan d'action concernant le circuit du médicament ainsi que la consolidation des activités cliniques, de gestion et d'enseignement.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Interrogés par le biais d'un sondage qui leur a été expédié à l'issue de leur hospitalisation, plus de 1 500 usagers ont fait connaître leur opinion sur la qualité des soins et des services reçus lors de leur séjour à l'hôpital.

Accès et signalisation, accueil reçu à l'admission et sur l'unité de soins, personnalisation des soins, confidentialité et respect, propreté des lieux, qualité des repas sont quelques-unes des composantes sur lesquelles ils se sont prononcés. Le questionnaire, identique à celui qui avait été administré en 2006, comportait 19 questions.

Globalement, la clientèle hospitalisée semble très satisfaite des services reçus, le taux de satisfaction exprimé étant tout près de 92 %, 91,8 % précisément, en hausse d'à peine 0,1% par rapport au sondage précédent.

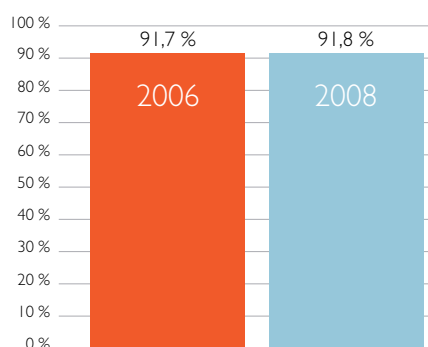
Quelques pistes d'amélioration ont été ciblées et seront intégrées au plan d'amélioration continue de l'établissement : la qualité des repas, le bruit ambiant et la signalisation intérieure en font partie.

De nombreux commentaires ont été ajoutés, commentaires extrêmement positifs à l'endroit du personnel soignant et de la qualité des soins, qualifiés d'exceptionnel par plusieurs. Le regard de ceux à qui les soins sont prodigués est de loin le plus beau témoignage à recevoir.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leur plainte. À cette fin, elle applique la procédure d'examen des plaintes définie au règlement 32 du conseil d'administration.

Le rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes des usagers est prescrit à l'article 76.11 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Il présente le bilan des activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services visé au 9^e paragraphe du 2^e alinéa de l'article 33. Il intègre le rapport du médecin examinateur visé à l'article 50 et celui du comité de révision visé à l'article 57 de la Loi. Il est également disponible sur le site Internet de l'IUCPQ.



VUE D'ENSEMBLE DES DEMANDES REÇUES

STATUT	REÇUES EN 2006-2007	REÇUES EN 2007-2008	REÇUES EN 2008-2009	VARIATION
ASSISTANCES INTERVENTIONS CONSULTATIONS	58	38	65	27 £ = 71%
PLAINTES	55	64	65	1 £ = 2%
TOTAL	113	102	130	28 £ = 28%

L'ensemble des demandes reçues durant l'année 2008-2009 a augmenté de 28 % par rapport à l'année précédente soit une hausse de 2 % des plaintes et de 71 % des demandes d'assistance et de consultation. Cette croissance importante des insatisfactions exprimées est sans doute attribuable à la promotion de la procédure d'examen des plaintes complétée en cours d'année.

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT AU DÉBUT DE L'EXERCICE	PLAINTES REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL	PLAINTES CONCLUES DURANT L'EXERCICE	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT À LA FIN DE L'EXERCICE
COMMISSAIRE LOCALE	3	48	51	41	10
MÉDECIN EXAMINATEUR	4	17	21	18	3
TOTAL	7	65	72	59	13

Des 65 plaintes reçues, 17 ont été transférées pour traitement au médecin examinateur, 48 ont été traitées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Parmi toutes les plaintes examinées, 59 ont été conclues en cours d'année, 13 demeurent en traitement, au 31 mars 2009.

OBJETS DE PLAINTES

CATÉGORIE D'OBJETS	COMMISSAIRE LOCALE		MÉDECIN EXAMINATEUR	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
RELATIONS INTERPERSONNELLES	16	39%	6	28%
ORGANISATION DU MILIEU	5	12%	0	-
SOINS ET SERVICES	8	20%	12	57%
ACCESSIBILITÉ	9	22%	2	10%
ASPECT FINANCIER	1	2%	0	-
DROITS PARTICULIERS	2	5%	1	5%
AUTRES	0	-	0	-
TOTAL	41	100%	21*	100%

*Une plainte peut comporter plusieurs objets de plainte.

Les trois principaux motifs de plaintes traitées par la commissaire locale sont par ordre d'importance :

- les relations interpersonnelles qui regroupent le respect de la personne, la communication avec l'entourage, le savoir-être et l'empathie;
- l'accessibilité qui concerne les délais, notamment la prise en charge médicale à l'urgence mineure, l'annulation et le report de chirurgie, et la prise d'un rendez-vous médical;
- les soins et services. Parmi ceux-ci, on retrouve des plaintes relatives à l'approche thérapeutique, l'évaluation, et le jugement professionnel.

Les motifs de plaintes traitées par le médecin examinateur concernent particulièrement :

- les soins et services, en particulier l'évaluation et le jugement professionnel;
- les relations interpersonnelles en particulier le respect de la personne;
- l'accessibilité et plus spécifiquement les délais relatifs à un transport interétablissement et à un transfert en hébergement.

MESURES CORRECTIVES

- 31% des plaintes traitées ont donné lieu à des mesures correctives;
- 50% des mesures correctives concernent l'encadrement des intervenants qui prend les formes suivantes : information, formation, supervision, rappel des règles, normes et standards de pratique, ainsi que du Règlement 33 du conseil d'administration sur le code d'éthique prévalant à l'IUCPQ, tel que prescrit à l'article 233 de la Loi;
- Les autres mesures concernent des ajustements techniques, matériels ou administratifs.

RECOMMANDATIONS

Quatre recommandations ont été émises cette année. Elles concernent :

- la signalisation, afin de faciliter l'orientation des usagers dans l'établissement;
- les notes au dossier médical, afin qu'elles soient complètes et lisibles;
- le délai de réponse des médecins aux demandes écrites des usagers dans les 30 jours de la réception de la demande (art. 97 du code de déontologie médicale);
- l'élaboration d'une entente entre les services d'inhalothérapie et de physiothérapie, afin que les usagers aient accès à des traitements de clapping 24 heures sur 24.

ATTRACTION ET RÉTENTION DES RESSOURCES HUMAINES

PROJET DE RÉORGANISATION DES SOINS ET DU TRAVAIL À LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

L'été 2008 a été marqué par l'implantation du nouveau mode de distribution de soins globalisés, en collaboration, pour l'ensemble des unités de soins généraux. Ce mode de distribution favorise le travail en collaboration au sein des équipes de soins. Une démarche de suivi post-implantation a permis de démontrer qu'au sein de la plupart des équipes, la mise en place de la nouvelle organisation du travail a amélioré la communication entre le personnel infirmier favorisant ainsi une meilleure continuité des soins pour les usagers. Enfin, des actions concrètes, telles que le soutien clinique et la formation ont été mises en place pour corriger certaines difficultés identifiées.

L'automne 2008 a été consacré à l'implantation d'une pratique de collaboration pour les unités de soins intensifs, qui se veut une version adaptée du mode de distribution de soins des unités de soins généraux. En bref, le rôle de l'infirmière et de l'inhalothérapeute a été revu afin d'assurer une utilisation optimale des compétences de chacun des professionnels et de favoriser une répartition efficace des activités cliniques à être réalisées. Un sondage a été réalisé pour connaître le niveau d'atteinte des objectifs visés. L'analyse est actuellement en cours et les résultats seront connus prochainement.

Par ailleurs, à la fin de l'année, un programme de maintien et optimisation des compétences chez les infirmières auxiliaires a été élaboré et sera mis en place dès l'automne 2009.



RESSOURCES HUMAINES

Bien que l'attraction de la main-d'œuvre soit un enjeu de taille pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région, force est de constater que l'Institut fait bonne figure en termes de recrutement de personnel infirmier et clinique. Avec des besoins en ressources humaines de plus en plus grands et une disponibilité plutôt constante, il faut réviser et planifier adéquatement les moyens de recruter. À ce titre, cette année fut un beau laboratoire et l'occasion d'initier de nouvelles façons d'atteindre les objectifs de recrutement.

En ce qui a trait à la rétention et à la planification des effectifs, plusieurs démarches ont pris forme. Parmi celles-ci notons le rehaussement de postes à temps partiel pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires, la titularisation des postes en soins infirmiers et en inhalothérapie ainsi que la mise en place de mesures favorisant l'augmentation de la présence et de la disponibilité au travail. Des mesures telles un programme d'externat plus élaboré, l'embauche précoce d'étudiants du secteur de soins infirmiers, un suivi plus systématique des stagiaires présents sur les unités et l'embauche de retraités ont été des occasions de parfaire le bilan de main-d'œuvre.

REHAUSSEMENT ET TITULARISATION

Avec pour toile de fond la préoccupation d'augmenter la stabilité des équipes, de favoriser l'attraction de nouvelles ressources et la rétention du personnel en place tout en diminuant la précarité, les exercices de rehaussement des postes à temps partiel et de titularisation des heures de remplacement en poste, effectués de concert avec les partenaires syndicaux, se sont déroulés tout au long de l'année.

• INFIRMIÈRES

Pour le personnel en soins infirmiers, l'actualisation du processus de rehaussement a été réalisée au cours des mois de mai et juin 2009. En ce qui a trait à l'exercice de titularisation, processus obligatoire en vertu de la convention collective nationale, les deux phases ont eu lieu à l'automne 2008.

• INHALOTHÉRAPEUTES

Également prévus dans la dernière convention collective nationale, les travaux de titularisation des inhalothérapeutes se sont déroulés au début de janvier 2009.

• PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Bien que non obligatoire en vertu de la convention collective, un exercice de rehaussement de postes à temps partiel s'est tenu au cours de mars 2009.

CRÉATION DE NOUVEAUX POSTES

Au cours de l'automne 2008 et de l'hiver 2009, suite à une analyse exhaustive des heures de remplacement, plusieurs types de postes furent affichés et proposés au personnel infirmier. Bien que l'historique soit récent, les différents affichages ont suscité un intérêt certain pour une offre de postes qui diffère de la structure actuelle. Les types de postes créés sont les suivants :

- quarts de 12 heures;
- postes deux quarts : jour/soir – jour/nuite;
- équipe volante sectorielle : cardiologie – pneumologie – médecine et soins critiques;
- postes composés : Équipe volante/unité de soins – postes sur deux unités de soins – équipe volante avec priorité sur un service (ambulatoire ou service clinique);
- une fin de semaine sur quatre (au lieu de deux) de disponibilité exigée sur des postes d'équipe volante sectorielle.

RECRUTEMENT

La dernière année fut particulièrement exigeante en termes d'attraction de la main-d'œuvre et il convient de rappeler que le recrutement du personnel infirmier et clinique est en mouvement constant. En se référant aux années antérieures, il faut noter que l'établissement a conservé une certaine stabilité en termes de départs et d'embauches, et ce pour les différents titres d'emploi. Les départs à la retraite, quoiqu'un peu à la hausse, n'ont pas eu un effet majeur sur l'équilibre de la main-d'œuvre et sur la gestion des effectifs. L'objectif de recrutement, particulièrement en soins infirmiers et en inhalothérapie, fut atteint grâce au travail concerté de la Direction des ressources humaines et des directions et services de

l'établissement.

PORTEFEUILLE DES COMPÉTENCES POUR LES INFIRMIÈRES CLINIENNES

Cette année, la Direction des soins infirmiers désirait reconnaître officiellement l'engagement professionnel des infirmières cliniciennes de l'Institut. Pour y parvenir, le portefeuille des compétences a été élaboré. Cette démarche de développement professionnel vise les 228 infirmières cliniciennes de l'Institut. Cette approche implique de l'autoappréciation ainsi que des évaluations régulières des réalisations cliniques ou mandats effectués au cours de l'année. Chaque section de cet outil a été pensée dans l'objectif d'offrir aux cliniciennes les moyens d'atteindre leurs objectifs de carrière en tenant compte de leur niveau d'expertise, selon l'échelle de Patricia Benner (novice/débutante, compétente/performante, experte).

TABLEAU : EFFECTIFS MÉDICAUX / BÉNÉVOLES / CADRES / EMPLOYÉS

EFFECTIFS MÉDICAUX	2008-2009	2007-2008
TOTAL EFFECTIFS MÉDICAUX	152	144
-SPÉCIALISTES	131	125
-OMNIPRATICIENS	21	19
BÉNÉVOLES		
-NOMBRE TOTAL DE BÉNÉVOLES	86	90



KATY FERGUSON,
TECHNOLOGUE EN RADIODIAGNOSTIC

RAPPORT ANNUEL

	2008-2009
PERSONNEL D'ENDACEMENT	
MOINS DE 30 ANS	4
30-39 ANS	14
40-49 ANS	38
50-54 ANS	19
55 ANS ET PLUS	25
TOTAL	100

EMPLOYÉS	
MOINS DE 30 ANS	607
30-39 ANS	530
40-49 ANS	541
50-54 ANS	313
55 ANS ET PLUS	217
TOTAL	2208

NOMBRE D'EMBAUCHES ET DE RETRAITES (INCLUANT PERSONNEL D'ENDACEMENT)		
DÉPARTS À LA RETRAITE	65	
DÉPARTS (EXCLUANT LES RETRAITES)	212	
	277	DÉPARTS
EMBAUCHES	322	

STATUT DES EMPLOYÉS (EXCLUANT PERSONNEL D'ENDACEMENT)	
TEMPS COMPLET	1144
TEMPS PARTIEL	585
OCCASIONNEL	479
TOTAL	2208

PERSONNEL (EXCLUANT PERSONNEL D'ENDACEMENT)	
CATÉGORIE 1	1005
CATÉGORIE 2	514
CATÉGORIE 3	340
CATÉGORIE 4	349

DOSSIERS EN COURS

PROGRAMME DE PRÉCEPTORAT POUR LES JEUNES INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

Le préceptorat est un des trois volets du soutien clinique. Les deux autres sont l'accueil-orientation-intégration et le mentorat. Le programme de préceptorat élaboré par la Direction des soins infirmiers est largement inspiré du cadre de référence du programme national de soutien clinique et du *Guide sur le préceptorat et le mentorat*, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Deux principaux objectifs sont poursuivis par ce programme soit : assurer un soutien clinique sous forme de préceptorat pour les infirmières et les infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience, travaillant le soir et le nuit et maintenir à l'emploi le plus longtemps possible les infirmières et les infirmières auxiliaires de plus de 50 ans.

Le programme local de préceptorat a été déposé et approuvé par l'Agence de la santé et des services sociaux. Un projet pilote est en place depuis février 2009 et vise le soutien clinique en regard de deux dossiers prioritaires soit le nouveau mode de distribution de soins et l'implantation et la consolidation du plan thérapeutique infirmier sur quatre unités de soins réguliers.

SUPLÉANCE RÉNALE

Avec les années, la technique de suppléance rénale (hémofiltration et hémodialyse) s'est développée et installée dans notre milieu. En 2005, un document « **Consolidation des activités de suppléance rénale pour les usagers hospitalisés** » présentait l'évolution de la clientèle, les besoins actuels et futurs concernant les équipements, les ressources humaines et les coûts associés à ces traitements, pour finalement conclure avec des recommandations pour lesquelles, entre-temps, la majorité ont été réalisées.

Considérant l'augmentation constante de la clientèle présentant de l'insuffisance rénale susceptible d'être suivie à la clinique ambulatoire et de recevoir des traitements de suppléance rénale, un *groupe de travail ad hoc* a effectué une analyse plus détaillée de la trajectoire de la clientèle, en mode ambulatoire et hospitalisée, en lien avec l'identification des besoins en ressources humaines,

matérielles et financières qui permettra de mettre en lumière des orientations nécessaires pour répondre adéquatement, à court et moyen terme, à l'organisation d'un modèle de prestation de soins et services.

RÉPARTITION TRANSITOIRE DES LITS SUR LES UNITÉS DE SOINS ET PAR SPÉCIALITÉ

Dans le contexte d'assurer, entre autres, le respect des activités spécifiques à la mission des soins et services tertiaires et la mission d'enseignement et d'améliorer l'efficacité et l'efficacé des soins sur les unités de soins, des travaux effectués par un *groupe de travail ad hoc* ont permis l'élaboration de scénarios transitoires de répartition des lits sur les unités de soins et par spécialité.

Le scénario privilégié répond majoritairement aux besoins actuels du volume d'activité et aux besoins identifiés par les équipes médicales. Le projet propose ainsi le regroupement de 32 civières d'hémodynamie et d'électrophysiologie au Centre de soins de jour (CSJ) et le transfert des activités du CSJ dans les locaux de l'unité de médecine familiale. Une analyse d'impact plus détaillée, en lien avec l'identification des besoins en ressources humaines, matérielles et financières, sera complétée dans les prochains mois. Le projet sera soumis aux différentes instances pour approbation.

LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS DANS LA NOUVELLE APPROCHE DE GESTION PAR PROGRAMMES

Au cours de l'année, des travaux ont été réalisés afin de réorganiser l'ensemble de la direction des soins infirmiers selon la nouvelle approche de gestion par programmes.

La première étape, maintenant complétée, fut l'identification des responsabilités de cette direction qui concentrera ses activités autour des axes suivants :

- l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins infirmiers;
- l'organisation et la distribution des soins infirmiers;
- le maintien, l'optimisation et le développement des compétences;

- la prévention et le contrôle des infections;
- la contribution aux objectifs organisationnels;
- le fonctionnement du conseil des infirmières et infirmiers et du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.

La deuxième étape, qui en est à la phase de rédaction, concerne l'élaboration de la nouvelle offre de service pour assurer la complémentarité avec la Direction des services professionnels et la nouvelle Direction générale adjointe aux affaires cliniques. Une consultation élargie sera faite au cours du printemps 2009. La troisième étape concerne le nouveau plan d'organisation inhérent à ces changements structuraux. Un projet sera aussi soumis d'ici peu pour commentaires auprès des différentes instances.

TRANSFERT DE LA CHIRURGIE CARDIAQUE PÉDIATRIQUE

Les activités de formation du personnel du bloc opératoire et des soins intensifs du CHUL se sont poursuivies cette année en vue du transfert de l'activité chirurgicale cardiaque pédiatrique. Des intervenants de l'établissement ont participé à deux journées de simulation virtuelle organisées par le CHUL afin de tester l'équipement ainsi que les processus de travail et la communication interservice et interétablissement. Afin d'assurer un support adéquat au transfert de l'activité, une entente de service, concernant les perfusionnistes, a été établie entre les deux établissements. En 2008-2009, nous avons effectué 87 chirurgies cardiaques pédiatriques. La date officielle du transfert de l'activité a été arrêtée au 4 mai 2009.

RECONNAISSANCE

SOIRÉE RECONNAISSANCE

Le 30 octobre 2008, la direction conviait à une réception, au Musée national des beaux-arts du Québec, les employés et les médecins ayant cumulé 25 ans de service ainsi que ceux ayant quitté à la retraite au cours de la dernière année. Cette soirée de reconnaissance, sous le thème de l'artiste et de l'artisan, a permis de souligner le travail exceptionnel de 102 personnes provenant de l'ensemble des directions de l'organisation. Parmi ce nombre d'employés et de médecins honorés, 31 l'étaient pour leurs 25 années de service et 71 l'étaient pour leur départ à la retraite. Nous voulions, par cette occasion, reconnaître et honorer le personnel pour leur engagement et leur dévouement à offrir un environnement et des soins de très grande qualité.

PRIX RELÈVE INFIRMIÈRE

Le comité Relève de l'Institut décerne chaque année à une jeune infirmière de moins de cinq ans d'expérience le prix relève infirmière. Ce prix est remis lors du cocktail Reconnaissance du conseil des infirmières et infirmiers à une jeune recrue qui s'est illustrée par sa vision, ses idées novatrices et sa collaboration dans des dossiers cliniques de son unité de soins. Elle croit en sa profession et s'y implique activement. En mai 2008, le prix a été remis à **madame Julie Lacasse**, infirmière du 3^e pavillon central, chirurgie cardiaque.



PRIX MENTOR

Chaque année, les jeunes infirmières votent pour l'infirmière d'expérience qui s'est le plus démarquée par ses judicieux conseils, son approche dynamique et son souci d'assurer des soins sécuritaires et de qualité à la clientèle. Dans le désir de partager son savoir et son vécu, cette infirmière parvient à inspirer les jeunes dans leur nouvelle profession. Cette année, le comité Relève infirmière a décerné, lors du cocktail Reconnaissance du conseil des infirmières et infirmier, cet honneur à **madame Micheline Marquis**, infirmière du 3^e Pavillon Notre-Dame, unité accueillant les clientèles de gériatrie active et de soins palliatifs.

PRIX FLORENCE RELÈVE

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a décerné à madame Marie-Noëlle Vallée, conseillère clinicienne en soins infirmiers, le prix Florence, catégorie Relève. Ce prix souligne la contribution exceptionnelle d'une jeune infirmière, de moins de dix ans d'expérience, qui s'est illustrée dans ses études, son travail, son engagement communautaire ou professionnel, mettant en valeur son influence positive auprès de ses pairs.

Titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières et récipiendaire de plusieurs bourses d'études, madame Vallée poursuit un diplôme de deuxième cycle en gestion des services de santé et de services sociaux. Au cours des dernières années, elle s'est impliquée dans l'évaluation globale de la qualité des soins, l'élaboration du cheminement clinique de la clientèle en chirurgie bariatrique, la mise en oeuvre du protocole postadministration des opiacés, les ECOS et elle exerçait également des activités d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Madame Vallée s'est aussi impliquée au comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches et au comité relève de l'établissement. Elle constitue un modèle pour les jeunes infirmières.

PRIX RECONNAISSANCE LOUISE-JOBIN

Le 6 mai 2008, le conseil des infirmières et infirmiers a remis le *Prix reconnaissance Louise-Jobin* à madame Hélène Gagné, infirmière clinicienne responsable du programme diabète au CSJ. Ce prix de distinction est décerné à une infirmière reconnue par ses pairs comme une infirmière exceptionnelle qui, par ses aptitudes, son leadership, son dynamisme et ses réalisations, contribue à la qualité des soins et au développement de la profession de façon distinctive et particulière.

PRIX CHARLOTTE-MARTIN-MÉTIVIER

La direction a convié ses bénévoles à l'édition 2008 de l'Homage aux bénévoles. Cette activité de reconnaissance s'est déroulée sous le thème de « Tout le monde en parle des bénévoles », sous la présidence d'honneur de monsieur Maurice Tanguay, président fondateur des Ameublements Tanguay, représenté par son fils monsieur Jacques Tanguay. L'activité a permis à la direction, au conseil d'administration ainsi qu'au personnel hospitalier de signifier aux bénévoles toute leur gratitude envers le travail qu'ils ont accompli au cours de l'année. L'Institut soutient et encourage l'action bénévole qui occupe une place essentielle



dans l'organisation. Le *Prix Charlotte-Martin-Métivier* de l'Association des bénévoles reconnaît l'engagement, la générosité, la disponibilité, la capacité d'écoute ainsi que le soutien et le réconfort des bénévoles envers les usagers. La récipiendaire de cette année est madame Fernande Sénéchal qui s'investit bénévolement depuis cinq ans.

PRIX D'EXCELLENCE

Ce prix d'excellence vise à identifier une personne ayant contribué de façon exceptionnelle à l'enrichissement de la vie scientifique, technique ou à l'humanisation des soins et à lui rendre hommage. La mise en place du processus de mises en candidature a été confiée à un comité présidé par un membre du conseil d'administration. Sept critères ont été retenus aux fins de l'analyse des dossiers, soit l'implication du candidat dans son secteur d'activité ou pour l'ensemble de l'hôpital, le dynamisme, la créativité ou l'enthousiasme au travail, l'attitude favorisant les contacts personnels, l'apport et l'échange des connaissances nouvelles, l'approche humanitaire face à la clientèle, la réalisation d'un projet particulier ainsi que la constance dans la qualité du travail et la performance. Cette année, le prix d'excellence a été décerné à madame Nathalie Châteauvert, pharmacienne, pour son implication constante et sa disponibilité au niveau des soins, de l'enseignement et de la recherche, son professionnalisme, son leadership, sa promotion de la recherche, sa diplomatie et ses qualités reconnues de communicatrice.



DE GAUCHE À DROITE : ANNIE BÉRUBÉ, RÉCIPIENDAIRE 2007, NATHALIE CHÂTEAUVERT, RÉCIPIENDAIRE 2008, MICHEL DELAMARRE, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET JEAN BROWN, PRÉSIDENT DU COMITÉ DE SÉLECTION ET MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

En conformité avec sa mission, et à titre de membre du réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL), l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec continue d'assurer son leadership en enseignement pour les futurs professionnels de la santé en provenance de l'université et du collégial. L'augmentation constante des cohortes étudiantes maintient la direction à de hauts défis de performance et d'innovation en matière d'enseignement, avec un souci de qualité.

Le centre hospitalier a accueilli cette année des étudiants du 1^{er} cycle de médecine avec un programme renouvelé de l'externat et des stagiaires en médecine, des résidents de plusieurs spécialités dont un nouveau stage en soins intensifs, un nouveau stage en psychiatrie de liaison, un stage pour des résidents en hématologie, en soins palliatifs, déploiement de stages en ambulatoire ainsi que plusieurs stages pour les étudiants dans d'autres domaines des sciences de la santé, notamment le programme de kinésiologie qui est fort apprécié. L'Institut demeure un milieu de formation pour les étudiants gradués de 2^e et 3^e cycles. Il accueille également plusieurs moniteurs cliniques de partout dans le monde, notamment en chirurgie cardiaque et en hémodynamie ainsi que plusieurs étudiants provenant des universités de Montréal, McGill, Sherbrooke et d'Espagne dans le programme de l'externat pour des stages d'observation en cardiologie et en pneumologie. La formation de nouvelles infirmières en pratique avancée en cardiologie ainsi que la résidence et la maîtrise en pharmacie se poursuivent aussi.

DISTRIBUTION DES STAGES

Les tableaux ci-après donnent une vision des stages effectués à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. On note une concentration majeure d'étudiants dans les secteurs de pointe liés à la mission avec un soutien notable particulièrement en médecine interne, en gériatrie, en soins palliatifs, en chirurgie, en médecine familiale, en radiologie, en anesthésiologie et à l'urgence.

ALLOCATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE RÉGIONALE DESTINÉE À SUPPORTER L'ORGANISATION DU RÉSEAU UNIVERSITAIRE

L'allocation régionale a permis cette année :

- de se doter d'un appareil Cbo3x dédié à l'enregistrement de présentation et transfert sur CD/DVD;
- d'acheter un système de fibre optique « Glidescope » pour l'intubation endotrachéale au 6^e SI;
- d'augmenter le nombre de cours sur le serveur central (modules *Le Consultant*);
- de mettre à niveau plusieurs postes d'ordinateurs dédiés à l'enseignement;
- de continuer le projet en multimédia de l'auditorium (panneaux de sonorisation et rideaux);
- de remplacer l'ordinateur et les amplificateurs de la salle d'enseignement C-00115;
- d'acheter plusieurs volumes pour les unités d'enseignement dédiés aux externes, résidents et professionnels des secteurs de la pneumologie,



- cardiologie et réadaptation;
- d'acheter plusieurs ordinateurs et licences dédiés à l'enseignement dont 2 ordinateurs pour le stage obligatoire des externes en radiologie, 1 pour l'urgence, 1 pour l'anesthésiologie, 1 pour le 3^e Notre-Dame;
- de se doter d'une console d'interprétation et de 2 consoles de consultation d'échographie cardiaque pour les résidents en cardiologie et en radiologie;
- de se doter de 3 consoles de consultation PACS au Salon des étudiants pour la garde, 4^e Laval et 4^e Central;
- d'organiser une nouvelle salle d'enseignement au 4^e Laval en multimédia et visioconférence;
- d'organiser une nouvelle salle d'enseignement au 4^e Central en multimédia;
- de remplacer un portable et 2 ordinateurs McIntosh en audiovisuel;
- de remplacer le téléviseur et l'ameublement au Salon des externes et résidents;
- de permettre la formation continue de plusieurs infirmières.

NOMINATIONS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET/OU HONNEURS SIGNALÉS AU COURS DE L'ANNÉE

Docteur Éric Fréchette – Professeur de clinique
 Docteur Yves Lacasse – Professeur titulaire
 Docteur Julie Milot – Professeur boursier J1 C1, FRSQ
 Docteur Patrick Mathieu – Professeur boursier J2, FRSQ
 Docteur Olivier Bertrand – Professeur boursier J2 C1, FRSQ
 Docteur Sylvie Trottier – Prix Hommage aux héros, Fondation Farha
 Docteur Jean-Pierre Beauchemin – Prix Médecin de cœur et d'action 2008 de l'Association des médecins de langue française du Canada
 Docteur Éric Larose – Prix « Preventive Cardiology Award of Excellence » et lauréat du Prix Cœur Québec de la Fondation des maladies du Cœur du Québec
 Docteur Simon Biron – Représentant au Conseil de la Faculté 2008-2011
 Docteur Guy Béland – Représentant au Conseil de la Faculté 2008-2011
 Docteur Isabelle Kirouac – Représentante au Conseil de la Faculté 2008-2011
 Docteur Jacques Somma – Professeur de clinique
 Docteur Stéfane Lebel – Professeur de clinique
 Docteur Lise Tremblay – Professeur de clinique

Docteur Sébastien Bergeron – Professeur de clinique
 Docteur François Dagenais – Directeur du programme de chirurgie cardiaque
 Docteur Éric Fréchette – Directeur intérimaire du programme de chirurgie thoracique
 Docteur Rénaud Bergeron – Prix Gaïa de la Faculté
 Docteur Jean Perron – Professeur de clinique

La Direction de l'enseignement universitaire participe aux différents dossiers de réorganisation des lits, de l'intégration des activités d'enseignement dans le virage de l'approche par programmes.

En matière de formation continue, les différents secteurs en enseignement ont été particulièrement productifs (journée de formation en soins des plaies, en cardiologie, en nutrition, formation de plusieurs GMF en diabète, etc.).

En début mars, la Bibliothèque des sciences de la santé a été relocalisée au pavillon Marguerite d'Youville (Y-3255). Avec son mobilier neuf, ses espaces dégagés et fonctionnels, les aménagements prévus pour le travail à l'ordinateur et la présence des magnifiques vitraux de l'ancienne chapelle, la Bibliothèque est plus que jamais un lieu propice à la recherche et à l'étude.

La Direction de l'enseignement universitaire a aussi fait peau neuve dans de nouveaux locaux et les salles d'enseignement ont été déménagées dans le même secteur. Les locaux en pathologie ont été agrandis pour accueillir plus d'étudiants.

PERSPECTIVE D'AVENIR

La Direction de l'enseignement universitaire demeurera active dans la réalisation de la planification stratégique et de l'approche par programmes pour que les activités d'enseignement soient totalement intégrées au processus. Pour la prochaine année académique, tous feront le maximum pour accueillir le plus d'étudiants possible.

Dans le domaine de l'évaluation, des modifications sont régulièrement faites pour assurer le plus de rétroaction possible.

Enfin, nous travaillons de plus en plus en interdisciplinarité, de l'urgence aux soins ambulatoires, dans une perspective réseau.

STAGIAIRES EN MÉDECINE

	RÉSIDENTS		MOIS-STAGES		EXTERNES		MOIS-STAGES	
	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008
ANESTHÉSIOLOGIE	12	7	32	17				
CARDIOLOGIE	74	56	203	189	41	33	40,75	31,5
CHIRURGIE CARDIAQUE	2	3	5	8	7	2	6,25	1,5
CHIRURGIE GÉNÉRALE	14	10	16	10	40	40	62,25	61,5
CHIRURGIE THORACIQUE	6	10	17	26	9	5	7,75	4,25
GÉRIATRIE	9	4	10	5	41	37	63,5	56,75
INFECTIOLOGIE	3	3	3	4				
MÉDECINE FAMILIALE	27	19	112	91				
MÉDECINE INTERNE	76	75	134	136	47	49	73,25	75,5
PATHOLOGIE	6	3	8	4	4		4	
PNEUMOLOGIE	70	77	154	154	22	23	24,5	23
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	27	37	58	68	19	8	12,25	7,25
URGENCE	2		4		9	8	10	8,5
TOTAL	217 *	194 *	756	712	175 *	165 *	304,5	269,75

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

	STAGIAIRES		JOURS-PRÉSENCES	
	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008
ERGOTHÉRAPIE	17	16	206	132
KINÉSIOLOGIE	11	9	329	351
NUTRITION	17	15	833	535
PHYSIOTHÉRAPIE	10	9	142	126
PHARMACIE	41	34	2 149	2 192
SCIENCES INFIRMIÈRES	117	218	1 521	1 576
SERVICE SOCIAL	1	-	72	-
TOTAL	214	301	5 252	4 912

STAGIAIRES EN MÉDECINE INTRODUCTION À L'EXTERNAT 2 ^e -3 ^e ANNÉE DE MÉDECINE		
	2008-2009	2007-2008
STAGIAIRES	30	25
SEMAINES DE STAGES	104	100

ACCREDITATION DU PROGRAMME DE FORMATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN CARDIOLOGIE

En avril 2008 se tenait la visite d'agrément des programmes de formation et des milieux de stage des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en cardiologie. La structure administrative efficace, dynamique, créative et souple ainsi qu'une ouverture exceptionnelle du milieu clinique en soutien à la formation et au rôle ont été élogieusement soulignées. Considérant

la qualité du contenu du programme actuel, la qualité de la supervision clinique, le suivi étroit accordé par les responsables facultaires et la qualité des diplômées du programme, le programme de formation des IPS en cardiologie s'est vu accordé d'emblée un agrément complet sans condition et ce, valable pour cinq ans. Les points à améliorer, déjà connus par les responsables, n'ont pas d'impact significatif sur la qualité du programme et sont en cours de révision. L'objectif de la prochaine année est d'apporter davantage de supervision et d'encadrement à la stagiaire en clinique ambulatoire de chirurgie cardiaque.

RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ) est un centre reconnu à l'échelle internationale. Il est subventionné par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). La recherche y est regroupée sous trois grands axes : la cardiologie, la pneumologie et l'obésité. Il est le seul centre de recherche au Canada, et l'un des rares au monde, à regrouper sous un même toit de pareils axes de recherche. Ces axes de recherche sont, en outre, parfaitement alignés aux missions cliniques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec ce qui favorise à la fois de riches collaborations entre chercheurs cliniciens et chercheurs fondamentaux et un transfert des connaissances acquises en recherche vers les soins.

LA MISSION

Promouvoir le développement, l'acquisition et la dissémination des connaissances en cardiologie, pneumologie et obésité, dans le but d'enrayer la progression des maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Le CRIUCPQ a aussi pour mission de créer et d'offrir les meilleures conditions possible afin d'assurer la formation d'étudiants et de personnel hautement spécialisé en recherche biomédicale.

LA VISION

Devenir le centre de recherche nord-américain de référence en cardiologie, pneumologie et en obésité.

UN CENTRE DE RECHERCHE DE QUALITÉ

Fiers de la cote «*exceptionnelle*» reçue de la part du FRSQ en 2005 pour sa performance 2000-2004 et son plan de développement 2005-2010, tous les membres du CRIUCPQ travaillent sans relâche à améliorer la qualité et la performance du Centre et à concrétiser le plan de développement prévu.

Le CRIUCPQ réunit maintenant 107 chercheurs exerçant leurs activités en recherche fondamentale et clinique. Il compte aussi sur la collaboration de 5 chercheurs associés. Le budget annuel d'infrastructure provenant du FRSQ pour l'année 2008-2009 a été de 862 875 \$. Conscients de leur rôle de formateur, les chercheurs du Centre dirigent chaque année un grand nombre d'étudiants durant leurs études de deuxième ou troisième cycle ou lors de stages postdoctoraux. Ils ont aussi accueilli 72 stagiaires en cours d'année. Les nombreuses publications dans des revues scientifiques, les multiples invitations reçues de différents pays pour agir à titre de conférenciers et de présentateurs ainsi que la présence des chercheurs à titre de membres de comités d'experts, réviseurs pour des revues scientifiques et évaluateurs pour des organismes subventionnaires témoignent de la participation très active des chercheurs à l'avancement des connaissances scientifiques.

Le tableau ci-dessous présente quelques statistiques comparatives au regard de la recherche universitaire :

	2008-2009	2007-2008
NOMBRE DE CHERCHEURS	107	106
NOMBRE DE CHERCHEURS ASSOCIÉS	5	6
NOMBRE D'ÉTUDIANTS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX		
STAGIAIRES POSTDOCTORAUX	23	19
TROISIÈME CYCLE (DOCTORAT)	65	64
DEUXIÈME CYCLE (MAÎTRISE)	71	66
STAGIAIRES	72	88
MEMBRES DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF	235	229
BOURSES-SUBVENTIONS-CONTRATS	24 788 935 \$	27 854 863 \$
NOMBRE DE PUBLICATIONS	379	299

L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC ET LES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (IRSC)

Les IRSC sont des organismes subventionnaires de première importance pour les chercheurs et plusieurs d'entre eux bénéficient, chaque année, d'importantes subventions ou bourses permettant de faire progresser leurs recherches. Au cours de l'année, les subventions obtenues des IRSC totalisaient 4 148 023 \$ soit 58,46 % des sommes provenant d'organismes subventionnaires reconnus par le FRSQ.

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

NOMINATION DU DIRECTEUR DE LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Lors de son assemblée régulière du 2 décembre 2008, le conseil d'administration de l'Hôpital a procédé au renouvellement de la nomination de monsieur Denis Richard, Ph. D., au poste de directeur de la recherche universitaire, pour un nouveau mandat de quatre ans débutant le 1^{er} janvier 2009.

PRIX ET DISTINCTIONS EN RECHERCHE

Cette année encore, plusieurs chercheurs du CRIUCPQ se sont vus récompenser pour la qualité de leur carrière. Le **D^r Éric Larose** a obtenu le **Prix Cœur Québec** de la Fondation des maladies du cœur du Québec et le **D^r Jean-Pierre Després** a reçu le prix **Cœur Québec Argent** de cette même organisation. Les prix **Cœur Québec** représentent la plus haute distinction honorifique de la Fondation et soulignent la contribution exceptionnelle de certaines personnes à la lutte contre les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux.



Le **D^r Picard Marceau** s'est vu décerner le titre de **professeur émérite de l'Université Laval** et le **D^{re} Chantale Simard** a été nommée **Meilleure professeure de l'année** par les étudiants du baccalauréat en pharmacie de l'Université Laval. Finalement, le **D^r Angelo Tremblay** a reçu le **Prix reconnaissance 2008**, décerné par l'Amicale du Petit Séminaire de Québec ainsi que le **Prix Jacques Leblanc**, décerné par l'Association des Chercheur (es) – Étudiants (es) de la Faculté de médecine et le Vice-décanat à la recherche et aux études supérieures de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

AGRANDISSEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE

La Direction de la recherche universitaire, de concert avec les professionnels de la Direction des services techniques de l'hôpital, a travaillé intensivement à la poursuite du plan de développement des immobilisations. Les travaux de la première étape sont terminés depuis novembre 2005 et ont permis l'installation des chercheurs de l'axe de recherche en obésité et métabolisme dans la tour nord du pavillon Marguerite-d'Youville. Les travaux de construction de la deuxième étape, qui consistaient à doter le CRIUCPQ d'espaces supplémentaires en recherche clinique et d'une animalerie moderne, se sont terminés en 2009. Les espaces de recherche clinique sont d'ailleurs occupés à pleine capacité depuis l'automne 2008. Une subvention octroyée par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) permettra de concrétiser

la troisième étape du plan d'agrandissement. Ce projet de 13 M \$ a pour objectif de doter le centre de recherche des infrastructures nécessaires pour l'étude de l'obésité et des autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et respiratoires. Il consiste en l'ajout d'un étage supplémentaire au dessus de la future animalerie pour l'installation d'une plateforme de recherche pré-clinique et clinique, en l'aménagement de laboratoires de recherche fondamentale au 4^e étage du pavillon Marguerite-d'Youville et en la finalisation des espaces d'animalerie non aménagés à l'étape deux. Les plans et devis de ce nouvel agrandissement sont terminés et les travaux débuteront à l'été 2009 ce qui permettra l'installation de nouvelles équipes de recherche fondamentale au 4^e étage du pavillon Marguerite-d'Youville et l'ouverture de la nouvelle animalerie à l'automne 2009.



Crédit photo : StephaneGroleau.com

NOUVELLES CHAIRES DE RECHERCHE

Trois nouvelles chaires de recherche ont été annoncées au cours de la dernière année. Le D^r Louis-Philippe Boulet, M.D. est devenu titulaire de la Chaire sur le transfert des connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire. Le D^r François Maltais, M.D. a obtenu la Chaire de recherche GSK-IRSC sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Le D^r André Marette a, pour sa part, été nommé titulaire de la Chaire de recherche Pfizer—IRSC sur la pathogénèse de la résistance à l'insuline et des maladies cardiovasculaires. Le directeur de la recherche, en collaboration avec les représentants de l'Université Laval, poursuit les démarches auprès de différents partenaires afin de créer de nouvelles chaires dans nos domaines de compétences.

RECONDUCTION DE LA DÉSIGNATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc, a accordé la reconduction de la désignation du comité d'éthique de la recherche (CÉR), en vertu de l'article 21 du code civil du Québec, pour la période allant du 16 août 2008 au 30 septembre 2011. Cette désignation a pu être obtenue en raison de la qualité générale du dossier déposé au ministre et confirme que la recherche à l'UICPQ se fait dans le respect des standards d'éthique de la recherche et d'intégrité scientifique décrits dans le Plan d'action ministériel. Cette désignation permet au CÉR d'approuver des projets de recherche effectués auprès de personnes mineures ou majeures inaptes.

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DU GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE RECHERCHE SUR L'OBÉSITÉ DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (GIROUL)

Le GIROUL, dirigé par le D^r Denis Richard, a présenté à l'automne 2008 une demande de renouvellement à titre de groupe de recherche reconnu par la commission de la recherche de l'Université Laval. Cette reconnaissance et le financement qui y est rattaché permettent de poursuivre les objectifs suivants : développer les connaissances dans le domaine de l'obésité, accroître la formation de chercheurs, promouvoir l'importance de la recherche sur l'obésité à l'Université Laval, organiser des activités scientifiques pour le Groupe de recherche,

faciliter le recrutement d'étudiants, notamment de stagiaires postdoctoraux, aider au démarrage des jeunes chercheurs et au développement futur du Groupe de recherche. La commission a reconnu le GIROUL en mai 2009. Le groupe a obtenu la reconnaissance universitaire pour une période de cinq ans.

ANIMATION SCIENTIFIQUE

L'animation scientifique revêt une importance majeure au centre de recherche. Plusieurs clubs de lecture, séminaires et conférences ont eu lieu au cours de l'année. De nombreux conférenciers d'envergure internationale sont aussi invités à venir présenter le fruit de leur recherche. Chaque année, le centre de recherche tient une *Journée de la recherche* permettant aux étudiants et étudiantes, ainsi qu'aux professionnels de recherche, de faire connaître leurs travaux sous forme de présentations orales ou sur affiches. Au cours de cette activité tenue le 9 mai 2008, 24 présentations orales et 29 présentations sur affiches ont été mises en valeur. Des chercheurs ont aussi été les organisateurs de colloques majeurs.

PROGRAMME DE BOURSES POUR LES ÉTUDIANTS

Chaque année, la Direction de la recherche universitaire offre un programme de bourses aux étudiants d'un montant total de 120 000 \$. Dix étudiants inscrits au doctorat ou à la maîtrise ont reçu une bourse du CRIUCPQ.

PARTENARIAT AVEC L'INDUSTRIE ET LES FONDATIONS

La recherche à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec bénéficie chaque année d'un appui important de deux fondations : la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, et la Chaire de pneumologie de la Fondation J.-D.-Bégin. La Direction de la recherche universitaire travaille aussi en partenariat avec l'industrie et les compagnies pharmaceutiques. Ce partenariat favorise la progression des connaissances sur de nouveaux médicaments et produits permettant au CRIUCPQ de se faire connaître pour son avant-gardisme et ses compétences en matière de recherche.

IMMOBILISATIONS ET NOUVEAUX ÉQUIPEMENTS

ACQUISITION DE NOUVEAUX ÉQUIPEMENTS EN ÉCHOCARDIOGRAPHIE

Au cours de l'année, le laboratoire d'échocardiographie de l'établissement a renouvelé tout son parc d'appareils. Les anciens échographes désuets ont été remplacés par 8 appareils haut de gamme équipés de la toute dernière technologie en ultrasonographie cardiaque. Grâce à ces nouveaux appareils, la qualité des examens est meilleure qu'auparavant, particulièrement chez les usagers présentant des défis techniques et chez qui les images d'échocardiographie sont habituellement difficiles à obtenir. Les nouveaux appareils permettent également d'obtenir des images cardiaques échographiques en trois dimensions de haute précision. De nouvelles technologies de pointe pour l'analyse de la fonction du muscle cardiaque sont également disponibles. Les nouveaux échographes permettent donc d'améliorer la qualité diagnostique des examens d'échocardiographie tant au bénéfice des usagers que des médecins traitants qui obtiendront des données encore plus précises et de haute qualité.

Plusieurs grands projets ont été amorcés de façon concrète et certains autres ont été complétés. C'est le cas pour les projets ci-dessous :

- Des travaux d'aménagement totalisant 300 000 \$ ont été réalisés et l'acquisition de plus de 1,2 M\$ en équipements spécialisés ont été faites dans le cadre de l'ouverture d'une deuxième salle de chirurgie bariatrique et thoracique en janvier 2009. Il s'agit de la première salle intégrée dans laquelle une bonne partie des équipements est installée sur des suspensions plafonnrières, de manière à optimiser l'utilisation de la surface de plancher disponible.
- Les travaux d'aménagement, de l'ordre de 1,3 M\$, en vue d'ajouter une seconde salle d'endoscopie respiratoire vont bon train et les premiers cas devraient pouvoir y être réalisés dès le début juin 2009. Il s'agira d'une salle interventionnelle polyvalente de type intégré qui permettra de procéder à des interventions très diversifiées et de dégager du temps opératoire en chirurgie thoracique. Des technologies de pointe, d'une valeur globale de 2,5 M\$, ont été acquises pour rendre cette nouvelle salle apte à offrir des services



thérapeutiques de dernier cri. C'est le cas notamment d'un système de guidage électromagnétique et d'un système d'échographie endobronchique qui permettront de réaliser des biopsies (prélèvements de tissus) plus profondément dans l'arbre bronchique, à l'aide d'images radiologiques ou échographiques comme guides.

- Après plus d'une année de relocalisations en chaîne de certains secteurs d'activités, les travaux d'aménagement, de l'ordre de 1,9 M\$, en vue de l'installation d'une caméra TEP (*tomographie par émission de positrons*) au sous-sol du pavillon central, sont en cours. Ce nouveau plateau technique très attendu, d'une valeur de 2,8 M\$, devrait donc être opérationnel avant la fin de l'année 2009.
- Du côté des systèmes d'information, le plan de consolidation des infrastructures informatiques entrepris il y a un peu moins de deux ans progresse bien. La stabilité et la fiabilité des systèmes ont été nettement améliorées et le niveau de confiance et de satisfaction des utilisateurs est en hausse constante. Des investissements de près de 2,0 M\$ ont été réalisés depuis deux ans, afin de remplacer certains équipements critiques devenus désuets et d'amorcer la mise en place d'une architecture redondante dont le rôle sera d'assurer une haute disponibilité des services informatiques essentiels au bon fonctionnement de l'organisation. Les efforts ont été concentrés à améliorer la robustesse des réseaux de télécommunication informatique et à la planification d'une salle de relève en cas de sinistre dans la salle des serveurs principale. La mise en place d'un réseau sans fil est également prioritaire dans le cadre du projet de remplacement des systèmes de surveillance par télémétrie des signes vitaux des usagers hospitalisés. Le tout devrait être complété à la fin de 2009. La mise en place d'un intranet a également été réalisée et de nombreuses améliorations s'effectuent présentement.
- De nouveaux cadres de gestion pour le maintien des équipements médicaux et du parc immobilier ont été introduits en 2008-2009, avec comme principal avantage l'augmentation substantielle des enveloppes financières dédiées à ces programmes sur une base triennale. Ainsi, alors que nous disposons d'enveloppes annuelles de maintien de l'ordre de 600 000 \$

pour l'équipement médical, nous avons bénéficié d'un financement de 3,5 M\$ et ce dernier devrait augmenter jusqu'à 5,0 M\$ par année, d'ici trois ans. Cela permettra une planification plus précise et un renouvellement des plateaux techniques plus rapide pour maintenir la qualité des soins à un niveau optimal.

En résumé, voici les principaux projets réalisés :

- caméra scintigraphique grand champ remplacée par une technologie SPET-CT (900 000 \$);
- remplacement d'une plateforme de reconstruction 3D non performante (275 000 \$);
- remplacement des systèmes de mesures physiologiques en salles d'hémodynamie (350 000 \$);
- remplacement de six échocardiographes (700 000 \$);
- remplacement de quatre échographes polyvalents en imagerie médicale (600 000 \$);
- remplacement d'équipements de télécommunications pour le réseau de télémétrie (300 000 \$);
- acquisition de chariots de réanimation cardio-respiratoire fréquente (125 000 \$).

CHARIOTS DE RÉANIMATION FRÉQUENTE

Dans une perspective de sécurité et d'amélioration continue de la qualité, cinq chariots de réanimation fréquente viennent d'être achetés. Cette acquisition permettra de décentraliser des chariots beaucoup plus performants qui seront déployés dans les trois unités de soins intensifs, à l'urgence et au 2^e Notre-Dame, dans le but de standardiser et d'améliorer la couverture des codes bleus. Ces nouveaux chariots munis de cardiostimulateurs biphasiques amélioreront la prise en charge des usagers et devraient réduire les délais de réponse de l'équipe de code.

Jusqu'à présent, deux politiques et une directive concernant leur mode de fonctionnement ont été élaborées. Elles sont présentement en consultation avant leur approbation finale. Un algorithme de déplacement pour la couverture des codes bleus sur les unités de soins et de services a aussi été élaboré et sera discuté auprès des membres du comité de réanimation cardiorespiratoire de l'établissement qui chapeaute ce dossier. Les chariots de réanimation fréquente seront implantés au cours de la prochaine année, dès que la formation du personnel concerné sera dispensée.

ÉTATS FINANCIERS

Les informations financières présentées sont extraites des états financiers vérifiés (formulaire prescrit AS-471) ayant fait l'objet d'un rapport des vérificateurs le 29 mai 2009. Ces états financiers ont été approuvés par le conseil d'administration le 16 juin 2009.

L'exercice financier 2008-2009 s'est soldé par un excédent des charges sur les revenus de 1 312 560 \$ pour les activités principales. Ce résultat respecte la cible budgétaire déficitaire maximale acceptée par l'Agence et le Ministère, établie à 1 312 900 \$.

La Direction des ressources financières.

Note : Au cours de l'exercice 2008-2009, les fondations suivantes ont octroyé des sommes à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec : Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (apparentée) 2 113 999 \$ au fonds d'immobilisations, 673 142 \$ pour les activités de recherche; Institut de cardiologie de Québec 1 057 974 \$ pour les activités de recherche.

ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION					
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS		2009	2008		
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
REVENUS					
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		175 146 493 \$		166 582 394 \$	
Contributions des usagers		5 307 077		6 399 982	
Autres revenus		2 724 433		2 227 179	
Ventes de services		2 710 853		2 613 415	
		185 888 856		177 822 970	
CHARGES					
Centres d'activités principales					
Salaires, traitements et avantages sociaux		108 144 806		102 005 895	
Autres charges		76 435 709		75 840 513	
Correctifs salariaux rétroactifs-équité		-		131 339	
Autres charges non réparties		1 796 809		1 172 827	
		186 377 324		179 150 574	
Moins : transferts aux activités accessoires		120 908		115 641	
		186 256 416		179 034 933	
EXCÉDENT DES CHARGES		(367 560)		(1 211 963)	
CONTRIBUTION AU FONDS D'IMMOBILISATIONS					
EXCÉDENT DES CHARGES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTION AU FONDS D'IMMOBILISATIONS		(1 312 560) \$		(1 211 963) \$	
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
REVENUS					
		35 572 142 \$		30 976 682 \$	
CHARGES					
		35 559 404		30 968 450	
EXCÉDENT DES REVENUS		12 738 \$		8 232 \$	
SOMMAIRE DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES					
Au 31 mars		2009	%	2008	%
PAR CENTRE D'ACTIVITÉ					
Programme santé physique (soins infirmiers, services diagnostiques, thérapeutiques, ambulatoires)		126 161 542 \$	56,88	121 538 759 \$	57,87
Autres (urgence, pharmacie, services sociaux, physiothérapie, ergothérapie)		18 831 988	8,49	19 937 599	9,49
Services administratifs et de soutien		25 008 734	11,27	23 157 912	11,03
Services techniques		14 457 343	6,52	13 096 497	6,24
Activités accessoires		35 559 404	16,03	30 968 450	14,75
Charges non réparties		1 796 809	0,81	1 304 166	0,62
		221 815 820 \$		210 003 383 \$	
PAR NATURE DE DÉPENSES					
Masse salariale		127 596 825 \$	57,52	120 472 884 \$	57,37
Autres fournitures et services		42 387 547	19,11	37 710 603	17,96
Fournitures médicales et chirurgicales		38 299 359	17,27	38 028 015	18,11
Médicaments		7 346 279	3,31	7 645 953	3,64
Produits sanguins		4 607 880	2,08	4 634 045	2,21
Denrées alimentaires		1 577 930	0,71	1 511 883	0,72
		221 815 820 \$		210 003 383 \$	

BILAN

Au 31 mars	2009	2008		2009	2008
ACTIF			PASSIF		
FONDS D'EXPLOITATION			FONDS D'EXPLOITATION		
Encaisse	10 306 203 \$	18 080 194 \$	Comptes à payer et passif couru	14 465 441 \$	14 244 926 \$
Placements temporaires, 3,4 %	7 194 964	-	Provision pour avantages sociaux	12 599 029 \$	-
Comptes à recevoir et actif couru	5 921 030	5 432 747	Somme due au fonds affecté	100 439	100 529
Subvention à recevoir du MSSS - réforme comptable	12 156 519	-	Somme due au fonds d'immobilisations	19 305	-
Somme à recevoir du fonds d'immobilisations	-	2 457 811	Revenus reportés	26 503 161	28 355 351
Frais reportés	3 401 484	3 444 052		53 687 375	42 700 806
	38 980 200 \$	29 414 804 \$	Solde du fonds		
			Avoir propre négatif	(14 707 175)	(13 286 002)
				38 980 200 \$	29 414 804 \$
FONDS D'IMMOBILISATIONS			FONDS D'IMMOBILISATIONS		
Encaisse	207 139 \$	207 139 \$	Comptes à payer et passif couru	1 805 990 \$	1 133 212 \$
Comptes à recevoir - Agence et MSSS	997 575	6 226 983	Intérêts courus à payer	768 656	-
Autres débiteurs	567 828	-	Somme due au fonds d'exploitation	-	2 457 811
Somme à recevoir du fonds d'immobilisations	19 305	-	Revenus reportés	6 870 260	2 754 185
Subvention à recevoir du MSSS - réforme comptable	768 656	-	Dette à long terme échéant au cours du prochain exercice	10 293 067	-
	2 560 503	6 434 122		19 737 973	6 345 208
Immobilisations ¹	124 646 904	182 059 081	Dette à long terme		
	127 207 407 \$	188 493 203 \$	Financement temporaire	30 181 644	22 246 649
			Obligations et billets	46 243 379	46 783 837
			Revenus reportés du MSSS - réforme comptable	29 156 190	-
FONDS AFFECTÉ				105 581 213	69 030 486
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	100 439 \$	100 529 \$			
			Solde du fonds ²	1 888 221	113 117 509
				127 207 407 \$	188 493 203 \$
			FONDS AFFECTÉ		
			Fonds affecté non attribué	100 439 \$	100 529 \$

¹ Valeur nette au 31 mars 2009 (au coût au 31 mars 2008)

² Compte tenu de la réforme comptable dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'établissement a apporté des modifications aux méthodes comptables appliquées. Le solde du fonds équivaut à la valeur nette des terrains au 31 mars 2009.

CORPORATION DE L'ICQ

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Pendant plus de 50 ans, la mission de la Corporation de l'Institut de cardiologie de Québec a été de soutenir financièrement la recherche et l'enseignement supérieur en cardiologie. L'une des façons d'y arriver était de redistribuer les sommes recueillies au moyen de subventions en recherche et de bourses pour ceux et celles

qui ont poursuivi des études surspécialisées en cardiologie. La Corporation a remis, en 2008, un montant de 380 000 \$ à 16 chercheurs du Centre de recherche de l'Institut. Ces subventions leur permettent de mener à bien des projets de recherche novateurs et nécessaires. Cette importante somme s'ajoute aux 40 000 \$ que la Corporation verse annuellement à la banque de tissus en cardiologie, totalisant donc pour 2008 **une subvention record de 420 000 \$**. Ce concours annuel est crucial pour la continuité de la recherche en cardiologie.

Je tiens à remercier tous nos donateurs et nos partenaires pour leur générosité et à souligner le travail dévoué du personnel, en particulier celui de M^{me} Sylvianne Gervoise, directrice, et nos fidèles bénévoles. Sans la collaboration de chacun, il aurait été impossible de réaliser tant d'activités-bénéfice et de redistribuer autant d'argent au fil des ans.

L'exercice 2008 a vu la concrétisation d'un souhait maintes fois exprimé : le regroupement des forces en une même fondation et j'en suis personnellement très fier. Tout en demeurant encore très disponible, je sais que la nouvelle fondation est dorénavant entre les mains d'un président compétent et dynamique. Après 16 années à la présidence de la Corporation de l'Institut de cardiologie de Québec, je suis très heureux de constater que la relève est maintenant assurée.

Jacques Desmeules
Président du conseil

RAYONNEMENT DE LA CORPORATION

Les activités-bénéfice de la Corporation de l'ICQ connaissent un beau succès en 2008.

UNE CUVÉE QUI RAPPORTE 102 000\$



La 5^e édition de l'activité **Au cœur de vos passions** a réuni plus de 325 épcuriens au Château Frontenac, un record de participation. Cette dégustation de vins rares et prestigieux était sous la présidence d'honneur du ministre de la Santé et des Services sociaux.

PRÈS D'UN DEMI-MILLION DE DOLLARS EN SEPT ANS



Le brunch familial Desjardins est depuis ses débuts une activité-bénéfice importante pour la Corporation. La 7^e édition, qui avait lieu au Château Bonne Entente, a rapporté 62 000 \$. Cette année, le volet familial a été accentué au plus grand bonheur des invités qui faisaient salle comble.

FONDATION HÔPITAL LAVAL

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



L'année 2008 est ponctuée par le travail d'unification des deux fondations de l'Hôpital Laval. En effet, la fusion de la Fondation Hôpital Laval et de l'Institut de cardiologie de Québec a été officialisée le 1^{er} janvier 2009.

Dans le contexte économique actuel, l'union des forces des

deux fondations de l'Institut prend toute son importance puisqu'elle crée un organisme de collecte de fonds unique et fort. Formé par M. Christian Lessard, M. Jean Brown, M^e Claude M. Jarry et moi-même, le comité de transition a su rallier les différents intervenants et membres de ces deux fondations vers une seule et même cause : soutenir et promouvoir l'œuvre de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Le président de cette nouvelle fondation est M. Christian Lessard, vice-président Communications et marketing à la Société générale de financement du Québec.

RAYONNEMENT DE LA FONDATION

Les activités-bénéfice de la Fondation de l'IUCPQ la font rayonner en 2008.

60 000 \$ FOIS MERCI !

L'événement 24 Heures Profil, qui en est à sa 2^e édition en 2008, a permis d'amasser 60 000 \$. 24 Heures Profil, c'est relever un défi qui consiste à pratiquer, seul ou en équipe, une activité physique pendant 24 heures consécutives. Le but de cette activité est de sensibiliser la population à pratiquer une activité physique régulière pour être en bonne santé et pour se protéger contre certaines maladies.



LES PROFITS DU TOURNOI DE GOLF EXPLOSENT! 117 000 \$ SONT AMASSÉS



Depuis 24 ans, la Classique de golf est une activité prisée. Elle accueille chaque année plus de 150 golfeurs. Les gens de la communauté des affaires se joignent à la Fondation pour une journée au Club de golf de Cap-Rouge.

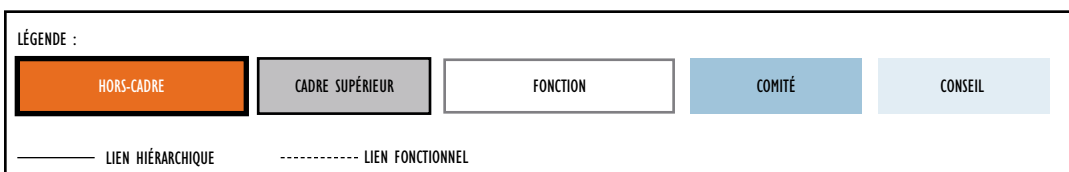
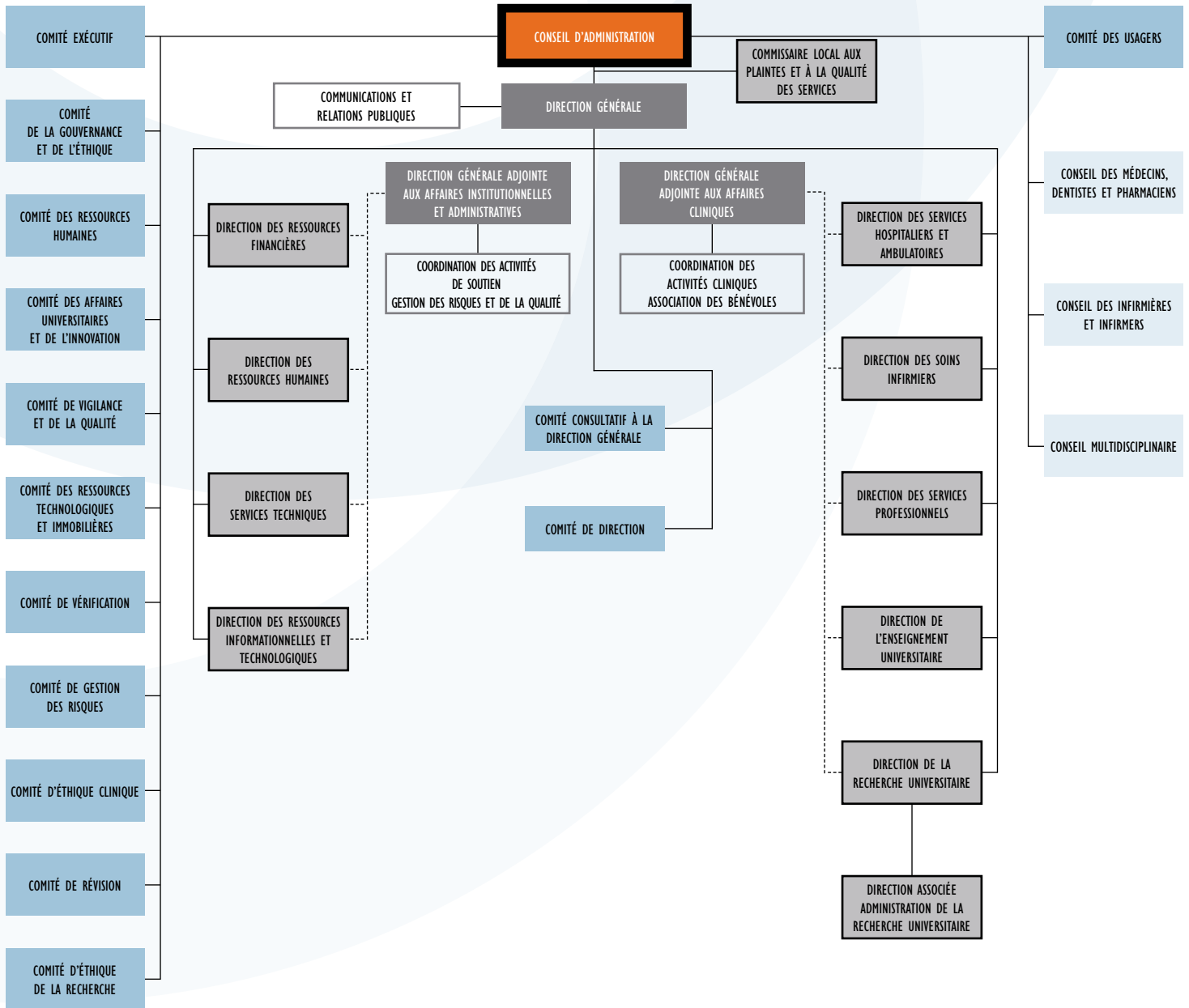
UTILISATION DES SOMMES AMASSÉES – MERCI À NOS GÉNÉREUX DONATEURS

Au nom du conseil d'administration de la Fondation, je tiens à remercier tous les donateurs individuels, corporatifs et privés pour leur grande générosité manifestée tout au long de l'année 2008. Nous avons reçu en 2008 plus de 26 000 dons qui ont contribué à financer de nombreux projets :

- bourses d'études et de formation ultraspécialisée;
- fonds de démarrage aux nouveaux chercheurs;
- achat d'équipements et de laboratoires;
- acquisition d'équipements médicaux (tomodensitomètre à double détecteur, équipements d'endoscopie respiratoire, équipement d'échographie)
- agrandissement et construction de nouveaux laboratoires, dont le centre de recherche;
- développement et application de nouvelles technologies;
- réalisation de projets de recherche originaux;
- soutien financier à l'embauche de candidats exceptionnels.

M^e Jean M. Gagné
Président du conseil d'administration

ORGANIGRAMME DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le comité exécutif du CMDP s'est réuni à 17 reprises, incluant une assemblée générale ordinaire le 17 décembre 2008 et une assemblée générale annuelle le 3 juin 2009. Le comité exécutif était composé de sept membres, soit :

- D^r Guy Proulx, président;
- D^{re} Kathleen Raby vice-présidente;
- M^{me} Johanne Morin, secrétaire-trésorière;
- D^r Christian-René Hébert, 1^{er} conseiller;
- D^{re} Sylvie Ferland, 2^e conseillère;
- M. Michel Delamarre, directeur général (jusqu'à février 2009);
- M. André Ducharme, directeur général par intérim;
- D^r Michel Piraux, directeur des services professionnels.

Deux invités participaient de façon régulière aux réunions ordinaires du comité exécutif :

- D^r Jacques Métras, membre désigné du CA;
- D^r Simon Martel, président sortant.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Le dossier de la radiologie a évolué à la suite des nombreuses démissions du personnel médical et cela a entraîné une situation précaire en 2007-2008. Des rencontres à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSSCN) ont eu lieu. Le rapport de l'évaluateur externe, le docteur Jean Chalaoui, ainsi que la mise en place de conditions de travail ont permis de recruter deux jeunes radiologues formés en radiologie cardiothoracique.

Par ailleurs, le développement d'une clinique vasculaire périphérique, grâce à la collaboration du Département de médecine interne et de la chirurgie vasculaire périphérique du CHUQ - Saint-François d'Assise, permettra la rétention des radiologues interventionnistes.

Le Département de médecine générale reste dans une situation précaire, quoiqu'améliorée comparativement à l'année précédente, en tenant compte des départs. Les omnipraticiens n'acceptent plus de nouveaux patients compte tenu des effectifs médicaux limités.

Les tâches en gériatrie et la création d'un service de soins palliatifs ont amélioré les soins s'adressant à ce type de clientèle. D'autres modifications sont à venir afin de poursuivre cette amélioration de la qualité des soins.

Pour ce qui est du Service de médecine d'urgence, la situation demeure difficile, car malgré l'arrivée de nouveaux médecins, d'autres ont remis leur démission. Afin de faciliter la gestion de ce service, celui-ci deviendra un département. En effet, étant donné que les responsabilités du Département de médecine générale deviennent trop grandes pour le chef et que les activités se sont diversifiées, la création d'un Département spécifique à l'urgence en facilitera la gestion puisqu'il s'agit d'un service constamment débordé et qui monopolise beaucoup d'énergie.

ORDONNANCES COLLECTIVES

À noter qu'il persiste toujours une ambiguïté relativement aux ordonnances collectives concernant la clientèle ambulatoire. Une question spécifique a été adressée à ce sujet au Collège des médecins du Québec pour laquelle une réponse est attendue.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

La performance reliée à la prévention des infections telles le SARM, le C. difficile et le ERV est relativement stable dans l'établissement. Toutefois, une éclosion de gastroentérite a nécessité la mise en place de mesures préventives supplémentaires au cours de la période hivernale. Quant à la pandémie de la grippe A (H1N1), celle-ci a monopolisé de nombreuses ressources et drainé beaucoup d'énergie. Cependant, les dispositifs qui ont dû être mis en place constituent un excellent exercice dans l'éventualité d'une pandémie qui pourrait survenir avec un virus plus virulent.

SOINS PALLIATIFS

Un an après l'instauration d'un Service de soins palliatifs, les résultats ne se sont pas fait attendre. Ce service s'est développé rapidement et dispense des services forts appréciés par la population. Des modifications seront faites au cours de la prochaine année pour en améliorer davantage l'accessibilité.

PROGRAMME PILOTE DE PRISE EN CHARGE DES FUMEURS

Un programme de prise en charge des patients fumeurs a été mis en place à l'IUCPQ; ainsi, dès leur arrivée à l'IUCPQ, ces patients sont référés au CLSC pour assurer un suivi adéquat.

LA RÉDUCTION DES ACTIVITÉS PENDANT LA PÉRIODE DES FÊTES 2008-2009 ET LA PÉRIODE ESTIVALE 2009

Pour une deuxième année consécutive, il y eu seulement deux jours ouvrables par semaine durant la période des fêtes et l'activité clinique s'est déroulée relativement bien. Pour la période estivale, des réductions semblables sont prévues. Par contre, il y a eu des débordements à l'urgence et au pavillon Rousseau, et, par moment, l'unité du centre de soins de jour a été requise pour accueillir les débordements de l'urgence. Ces actions ont été nécessaires en raison du nombre de patients chroniques ou en attente de placement qui a presque doublé comparativement à l'année précédente, limitant ainsi la gestion de la clientèle venant à l'Urgence.

PLAINTES

Dix-sept plaintes ont été acheminées relativement à des membres du CMDP; douze de ces plaintes concernent les soins et les services dispensés; six se rapportent aux relations interpersonnelles; deux par rapport à l'accessibilité des soins et une relativement aux droits particuliers. Quatorze plaintes ont été conclues par le médecin examinateur et trois plaintes sont encore actives au 31 mars 2009. De ce nombre, une seule fut analysée par un comité de révision.

MÉDICAMENTS

Le nouveau système de gestion d'échantillons des médicaments a causé des problèmes à la fin de l'année 2008, cependant la situation semble s'être améliorée depuis. En remplacement des *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPS) version papier, une version électronique sera disponible et mise à jour régulièrement et ce pour les ordinateurs des cliniques externes ainsi que les postes de travail sur les unités de soins. Cela représente une économie substantielle tout en bénéficiant d'une mise à jour automatique et constante.

FONDS SPÉCIFIQUES DU CMDP

Deux demandes de bourse ont été transmises au comité *ad hoc* de recrutement des effectifs médicaux. Après avoir étudié les deux dossiers, il a été résolu d'accorder une bourse de 10,000 \$ à la D^{re} Caroline Minville, résidente en pneumologie. Quant à l'autre demande, il a été convenu que celle-ci serait représentée plus tard.

AUTRES DOSSIERS

Un plan de développement immobilier (PDI) a été élaboré et déposé à l'ASSSCN qui doit le faire cheminer au ministère de la Santé et des Services sociaux. Actuellement, le développement est très difficile conséquemment au manque chronique d'espace et de l'exiguïté des lieux, ne serait-ce que pour la radiologie, qui est déployée sur plusieurs étages, en plus du manque criant de salles de réunion et de la nécessité d'une nouvelle salle d'électrophysiologie. Au cours de la dernière année, le Département des laboratoires de biologie a négocié pour minimiser le transfert d'analyses vers des « mégas » laboratoires localisés dans d'autres centres hospitaliers de la ville de Québec. Des développements s'ensuivront au cours de l'année.

NOMINATIONS DE CHEFS DE DÉPARTEMENT

Le comité exécutif du CMDP a approuvé la nomination du D^r Michel Laviolette comme chef du Département de pneumologie, de M^{me} Johanne Morin à titre de chef du Département de pharmacie, du D^r Guy Cantin comme chef du Service d'hématologie, du D^r Éric Fréchette comme chef du Service de chirurgie thoracique, du D^r Yves Lacasse comme chef du Service de pneumologie, du D^r Jean Perron, chef du Service de chirurgie cardiaque, du D^r René Verreault, comme chef du Service de soins palliatifs et du D^r Christian Couture comme chef du Service d'anatomopathologie et cytologie.

NOMINATIONS DE MEMBRES ACTIFS

D ^{re} Marie-Chantale Audelin	Service de cardiologie (09/2008)
D ^r Jean-Philippe Bolduc	Service de radiologie diagnostique (01/2009)
D ^{re} Isabelle Boutin	Service de pneumologie (06/2010)
D ^{re} Marie Delâge	Département de psychiatrie (09/2008)
D ^r Philippe Joubert	Service d'anatomopathologie (11/2008)
D ^{re} Mylène Lacroix	Service de médecine d'urgence (12/2008)
D ^r Dominique Lavigne	Département d'anesthésiologie (09/2008)
D ^{re} Gabriella Meszaros	Service de radiologie diagnostique (09/2008)
D ^{re} Isabelle Nault	Service de cardiologie (07/2009)
D ^r Mounir Risk	Service de chirurgie cardiaque (permis restrictif 12/2008)

DÉMISSIONS DE MEMBRES ACTIFS

D ^{re} Marie-Brie Brosseau	Service de médecine d'urgence
D ^r Denis Desaulniers	Service de chirurgie cardiaque
D ^r Serge Laperrière	Département de psychiatrie
D ^r Santiago Miro	Service de radiologie diagnostique
D ^{re} Julie Plante	Service de pneumologie

NOMINATIONS DE MEMBRES ASSOCIÉS

D ^r Jean-François Bellemare	Département de médecine (03/2009)
M ^{me} Marie-Pier Fournier	Département de pharmacie
D ^{re} Geneviève Gallagher	Département des laboratoires de biologie médicale (06/2009)
M ^{me} Emmanuelle Huot	Département de pharmacie
D ^r Jean Longtin	Service de microbiologie et de mycobactériologie (02/2009)
D ^{re} Caroline Rhéaume	Service de médecine familiale (09/2008)
M ^{me} Joëlle Villeneuve	Département de pharmacie

DÉMISSION DE MEMBRE ASSOCIÉ

D ^{re} Lyne Caumartin	Service de chirurgie cardiaque
--------------------------------	--------------------------------

NOMINATIONS DE MEMBRES CONSEILS

D ^r Daniel Black	Service d'ophtalmologie (02/2009)
D ^{re} Caroline Lajoie	Service d'ophtalmologie (02/2009)
D ^{re} Liny Laroche	Service de médecine familiale (06/2009)
D ^{re} Yvonne Molgat	Service d'ophtalmologie (02/2009)
D ^{re} Johanne Morency	Service d'ophtalmologie (02/2009)
D ^r Martin Savard	Département de médecine (10/2009)

DÉMISSION DE MEMBRE CONSEIL

D ^r François Jobin	Service d'hématologie
-------------------------------	-----------------------

MODIFICATIONS DU STATUT

D ^{re} Marie-Josée Boily	Département de pharmacie (associé à actif)
D ^r Jean G. Dumesnil	Service de cardiologie (actif à conseil)
D ^r Marcel Gilbert	Service de cardiologie (actif à conseil)
D ^r Michel Jobin	Service de médecine familiale (associé à conseil)
D ^{re} Karine Lejeune	Département de pharmacie (associé à actif)
D ^{re} Cindy Tremblay	Département de pharmacie (associé à actif)

MEMBRES DU CMDP ENTRÉS EN FONCTION DEPUIS JUILLET 2008

D ^{re} Marie-Chantal Audelin	Service de cardiologie (actif)
D ^r Jean-François Bellemare	Département de médecine (associé)
M ^{me} Michelle Bernard-Genest	Département de pharmacie (associé)
D ^r Daniel Ovid Black	Service d'ophtalmologie (conseil)
D ^r Jean-Philippe Bolduc	Service de radiologie diagnostique (actif)
D ^{re} Marie Delâge	Département de psychiatrie (actif)
M ^{me} Joëlle Flamand-Villeneuve	Département de pharmacie (associé)
M ^{me} Marie-Pier Fournier	Département de pharmacie (associé)
D ^{re} M ^{me} Émanuelle Huot	Département de pharmacie (associé)
D ^{re} Mylène Lacroix	Service de médecine d'urgence (actif)
D ^{re} Caroline Lajoie	service d'ophtalmologie (conseil)
D ^r Dominique Lavigne	Département d'anesthésiologie (actif)
D ^r Jean Longtin	Service de microbiologie et mycobactériologie (associé)

LES EFFECTIFS DU CMDP

• MEMBRES ACTIFS :	172
• Médecins :	151
• Pharmaciens :	21
• MEMBRES ASSOCIÉS	57
• Médecins :	50
• Pharmaciens :	5
• Dentistes :	2
• MEMBRES CONSEILS :	52
• Médecins :	51
• Dentiste :	1
• MEMBRES HONORAIRES :	25
• Médecins :	22
• Pharmaciens :	3
TOTAL :	306

LES COMITÉS DU CMDP

*COMITÉ	PRÉSIDENT
COMITÉ AD HOC CONSULTATIF EN SOINS INTENSIFS	D ^R MATHIEU SIMON
COMITÉ AD HOC SUR LE RECRUTEMENT DES EFFECTIFS MÉDICAUX	D ^R GUY PROULX
COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES	D ^R BRUNO RABY
COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE	D ^R ROSAIRE VAILLANCOURT
SOUS-COMITÉ DES TISSUS	D ^R CHRISTIAN COUTURE
SOUS-COMITÉ DES DOSSIERS	D ^R STÉPHANE RIOUX
COMITÉ DE MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE	D ^R FRANÇOIS DUBÉ
COMITÉ DE PHARMACOLOGIE	D ^R JACQUES LAFORGE
COMITÉ DE PROMOTION DE VIE SANS FUMÉE	D ^{RE} JOHANNE CÔTÉ
COMITÉ DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE	D ^R MATHIEU SIMON
COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF	D ^R GUY PROULX
COMITÉ DE PROMOTION DU DON D'ORGANES	D ^R MARIO SÉNÉCHAL

Guy Proulx, MD
Président du conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens

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

Le comité a conservé la même formule que l'année auparavant, à savoir des réunions de deux heures aux deux mois, le lundi, de 17 h à 19 h. Les réunions ont été tenues le 22 septembre 2008, 17 novembre 2008, 19 janvier 2009, 9 mars 2009 et 11 mai 2009. Le taux de participation a été excellent et les réunions ont pu commencer à l'heure à chaque fois, avec un quorum suffisant.

Plusieurs dossiers, soit d'intérêt général ou plus spécifiques, ont été révisés au cours de l'année. Notons en premier lieu l'étude de deux dossiers à la demande du coroner; l'un suite à un décès survenu à Montréal où le coroner recommandait que des conclusions soient transmises à tout médecin impliqué en cardiologie, de même que l'urgence et en psychiatrie. L'analyse a été faite par des membres du comité, un résumé a également été rédigé et un résumé avec des notes explicatives a été envoyé à tous les médecins œuvrant en cardiologie au service d'urgence et en psychiatrie. Le deuxième dossier, plus spécifique à notre établissement, a également été étudié et les conclusions transmises également, cette fois-ci, via les réunions de service.

Le sous-comité des dossiers a mis au point une page frontispice de détermination des niveaux de soins qui a récemment été approuvée et qui devrait être diffusée sous peu. Une copie de cette feuille avec une lettre explicative du directeur des services professionnels, sera envoyée à tous les médecins de l'hôpital en guise d'introduction. Il est déjà prévu, au niveau du CEMDP et du sous-comité des dossiers, de réévaluer l'usage de la feuille et de recueillir les commentaires qui en découleront.

D'autres dossiers ont également été étudiés sur des sujets cliniques plus spécifiques. Certaines conduites ont été modifiées, toujours dans le but d'améliorer la qualité de l'acte. Le service respectif de rappel à la vigilance pour des

diagnostics rares et difficiles a été fait également. Nous avons travaillé à l'amélioration des échanges d'informations et des communications, lors des transferts de patients de la salle d'opération aux soins intensifs, après des procédures complexes.

Finalement, les dossiers plus importants, qui ont mobilisé une partie de presque toutes les réunions, étaient la révision des dossiers de mortalité/morbidité incomplets par service. Nous avons constaté un bris de communication entre les services, le CEMDP et les archives, de sorte que selon les archives, plusieurs dossiers étaient incomplets alors qu'ils avaient été étudiés. Il y a eu un énorme travail de mise à jour fait, entre autres, par l'archiviste membre du comité et au niveau du CEMDP.

Afin de prévenir de tels incidents dans le futur et pour pallier également à des bris ou incidents informatiques dans la transmission de dossiers incomplets, nous allons recommander à tous les services de se procurer une étampe pour confirmer, sur le dossier, qu'il a été étudié par chaque service respectif, entre autres pour les cas de décès. Une liste donc raccourcie de dossiers restants, soit à confirmer, déjà étudiés ou à étudier depuis 2003, sera envoyée à chaque chef de service pour que tous se mettent à jour, en conformité avec les exigences du Collège des médecins.

Au niveau des projets pour l'année prochaine, nous travaillerons à l'élaboration d'un mini symposium de qualité de l'acte dont le programme restera à déterminer. Nous visons pour l'instant le dernier jeudi du mois de novembre, dans une formule de fin d'après-midi, soit de 16 h à 18 h 30, dans le but de favoriser un maximum de participation de tous les membres du CEMDP.

Rosaire Vaillancourt, MD, FRCS(C)
Président du CEMDP

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Au cours de l'année 2008-2009, le comité de pharmacologie s'est réuni à 6 reprises. Le taux moyen de participation a été de 67 %.

Au cours de l'année, les points suivants ont été discutés à l'ordre du jour.

I. ORDONNANCE COLLECTIVES, PROTOCOLES ET FEUILLES D'ORDONNANCE

ORDONNANCES COLLECTIVES :

- OC-?: Utilisation d'un inhibiteur de la pompe à protons en prévention des saignements gastro-intestinaux chez les usagers sous anticoagulant oral
- OC-?: Traitement d'une réaction d'hypersensibilité chez les usagers recevant une perfusion de chimiothérapie
- OC-?: Prise en charge des usagers présentant une réaction allergique cutanée reliée au clopidogrel (Plavix^{md})
- OC-077 : Préparation des usagers devant avoir une procédure en électrophysiologie
- OC-079 : Préparation des usagers devant avoir une procédure en hémodynamie
- OC-?: Modification du type et de la posologie des benzodiazépines prescrites au coucher chez la personne âgée
- OC-?: Initier la thérapie de remplacement à la nicotine (TRN)

PROTOCOLES :

- Pro-?: Protocoles de désensibilisation des usagers présentant une réaction allergique cutanée reliée au clopidogrel (Plavix^{md})
- PRO-066 : Protocole pour les usagers diabétiques de type 2 devant subir une procédure d'hémodynamie ou d'électrophysiologie
- PRO-?: Supplément de phosphore et de Magnésium dans le dialysat en hémodialyse

FEUILLES D'ORDONNANCE :

- Ordonnance individuelle standardisée – Nutrition parentérale totale (NPT) (HL-4500)
- Ordonnance individuelle standardisée – Unité coronarienne et soins progressifs 4^e Ouest – Médication et examens à l'admission

- Ordonnance individuelle standardisée – « Traitement antithrombotique de l'IM sans élévation du segment ST et de l'angine instable » et « Ordonnance post procédure d'hémodynamie »

2. REFUS D'UNE RÈGLE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

- Règle no 032 : Traitement de l'infection superficielle et de la cellulite superficielle post saphnéctomie

3. ADDITION À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

- *Nésiritide (Natrecor^{md}) et formulaire d'ordonnance individuelle standardisée : Nésiritide (Natrecor^{md}) pour insuffisance cardiaque congestive – patients hospitalisés*
Il s'agit d'une nouvelle classe de médicament, peptide natriétique humain de type B. Une autorisation de commercialisation avec conditions a été émise en faveur de l'utilisation de ce médicament. La seule indication approuvée du nésiritide (Natrecor^{md}) est le traitement des patients hospitalisés pour cause de décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque présentant une dyspnée modérée à sévère. Le formulaire d'ordonnance présente les critères d'inclusion et d'exclusion. Ce médicament sera réévalué dans un an.
- *Thalidomide (Thalomid^{md}) pour la maladie de Behçet (médicament d'accès spécial)*
La thalidomide (Thalomid^{md}) n'est pas commercialisée au Canada et est seulement disponible via le Programme d'accès spécial. Elle est utilisée pour le traitement de la maladie de Behçet, une maladie chronique inflammatoire récurrente. Son utilisation est réservée exclusivement à une patiente du D^r Claude Garceau. En raison de son coût élevé, la patiente peut se procurer sa médication gratuitement via le programme canadien CANTAP. L'établissement n'assume pas cette dépense.
- *Sargramostim (Leukin^{md}) pour le traitement d'une protéinose alvéolaire récidivante (médicament d'accès spécial)*
Le sargramostim (Leukin^{md}) n'est pas commercialisé au Canada et est seulement disponible via le Programme d'accès spécial. Il est utilisé pour le traitement de la protéinose alvéolaire pulmonaire réfractaire au traitement standard avec lavage bronchique. Son utilisation est acceptée pour une patiente du D^r Cormier. Des critères stricts de mesure d'efficacité clinique et paraclinique ont été établis.

- *Méthylalantrexone (Relistor^{md})*
Le méthylalantrexone (Relistor^{md}) est un antagoniste sélectif de la liaison des opioïdes à leurs récepteurs mu. Il est indiqué dans le traitement de la constipation causée par les opioïdes chez les patients atteints d'une maladie avancée et qui reçoivent des soins palliatifs. Son utilisation est acceptée pour les patients en soins palliatifs recevant des narcotiques et qui sont réfractaires à un régime laxatif optimal chez qui l'utilisation des suppositoires, lavements et/ou laxatifs oraux supplémentaires se révèlent fréquemment nécessaire. Son utilisation peut également être possible chez la clientèle gériatrique.

4. REFUS D'ADDITION À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

- *Anidulafungine (Eraxis^{md})*
Antifongique intraveineux de la classe des échinocandines. Son indication est le traitement des candidoses invasives et de la candidémie chez les adultes non-neutropéniques. Compte tenu de l'absence marquée d'avantages de l'anidulafungine (Eraxis^{md}) par rapport à la caspofongine (Cancidas^{md}), du nombre restreint d'indications approuvées et de son prix comparable, le comité de pharmacologie a refusé l'addition de ce médicament au formulaire hospitalier.
- *Ceftobiprole (Zeftera^{md})*
Céphalosporine possédant une large couverture antibactérienne sur les bactéries Gram-positif, Gram-négatif et anaérobies. Par contre, la couverture du *Pseudomonas aeruginosa* est intermédiaire, ses indications reconnues sont les infections de la peau et des tissus mous incluant le pied diabétique. Compte tenu de l'absence d'indications dans les infections respiratoires le comité de pharmacologie a refusé pour l'instant l'addition du ceftobiprole (Zeftera^{md}) au formulaire hospitalier.

5. CHANGEMENT DE STATUT AU FORMULAIRE

- *Lépirudine (Refludan^{md})*
Médicament indiqué dans le traitement de la thrombocytopenie induite par l'héparine (TIH). En raison du risque de choc anaphylactique grave lors de réexposition, la lépirudine (Refludan^{md}) est maintenant réservée uniquement aux patients allergiques à l'héparine devant subir une chirurgie cardiaque sous CEC.
- *Tramadol (Tramacet^{md})*
Le tramadol (Tramacet^{md}) peut maintenant être utilisé pour différentes clientèles dans l'établissement, et ce, pour des durées d'utilisation pouvant dépasser 5 jours.

6. PHARMACOVIGILANCE

- *Renseignements importants en matière d'innocuité émis par Santé Canada concernant l'héparine*
Santé Canada a retiré du marché les produits provenant des compagnies B.Braun Medical et Baxter. Comme les produits à base d'héparine proviennent des compagnies Organon, PPC (Partenaires pharmaceutiques du Canada) et Hospira, nous ne sommes pas touchés par ce rappel.
- *Acidose lactique secondaire au linézolide*
- *Hépatotoxicité associée à la moxifloxacine*

7. AUTRES DOSSIERS

- Révision des critères d'utilisation du linézolide (Zyvoxam^{md})
- Politique sur les stupéfiants, drogues contrôlées (narcotiques) et substances ciblées (benzodiazépines) (DSP-013)
- Résultat de l'étude « Description de la médication prise par les patients ayant subi une chute du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 »
- Évaluation de la thromboprophylaxie avant et après la mise en place, dans les services, de « l'aide-mémoire sur la prévention de la thromboembolie veineuse profonde (TVP) adapté aux patients de l'hôpital »

CONCLUSION

Cette année financière a permis la continuité des activités réalisées lors des années précédentes. Plusieurs protocoles et ordonnances collectives ont été révisés et acheminés au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour approbation finale.

Jacques La Forge, M.D.
Président

Josée Roux, pharmacienne
Chef du Département de pharmacie
Secrétaire

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Le comité exécutif du CII a tenu 9 réunions régulières et 10 séances de travail ont eu lieu au cours de l'année 2008-2009, en plus de l'assemblée générale annuelle en avril 2008.

Les résultats des objectifs annuels du CECII pour l'année 2008-2009 sont :

1. COLLABORER À LA RÉALISATION DES TRAVAUX DE RESTRUCTURATION DE LA DSI DANS LE CADRE DE L'APPROCHE PAR PROGRAMMES

Le CII a été informé de l'évolution de ce dossier à chaque réunion régulière. Des membres du CII ont été consultés quant à la vision du rôle de la Direction des soins infirmiers au sein de la nouvelle approche par programmes ainsi que sur son offre de service.

2. FORMULER DES RECOMMANDATIONS SUR LA DISTRIBUTION DES SOINS DISPENSÉS PAR LES INFIRMIÈRES (ÉVOLUTION DU MODE DE DISTRIBUTION DE SOINS, PTI, ...)

Le CII a traité de façon statutaire le mode de distribution de soins et le plan thérapeutique infirmier. Il a rapporté des craintes formulées par des membres du CII concernant le mode de distribution de soins à la direction des soins infirmiers, assuré un suivi et émis diverses recommandations dont l'importance d'assurer du soutien aux équipes, et ce, pour ces deux dossiers prioritaires.

3. PARTICIPER À LA RÉFORME DE LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE

Des membres du CII participent activement aux travaux reliés à la réforme de la réglementation professionnelle pour les activités de soins à partager entre les inhalothérapeutes et les infirmières, dans les unités de soins intensifs.

4. RECEVOIR ET TRAITER TOUTES LES DEMANDES EN LIEN AVEC LA QUALITÉ DES SOINS (PROGRAMME DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS)

La règle de soins sur la vaccination *antipneumococcique* a été approuvée par le CII. Six ordonnances collectives et protocoles médicaux ont été traités au cours de l'année.

5. POURSUIVRE LES DÎNERS CLINIQUES SUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Quatre dîners cliniques ont eu lieu. L'intérêt, la satisfaction et la participation des membres se sont maintenus. Les thèmes suivants ont été abordés :

- Le partage des responsabilités entre professionnels : Questions et réponses
 - Le cancer du poumon. Que fait-on à l'hôpital ?
 - Le triage à l'urgence...Quoi de neuf ?
 - L'intervention brève pour motiver à la réadaptation, un rôle de premier plan pour l'infirmière
- Les dîners cliniques ont été publiés dans le calendrier des activités du journal *Au fil des événements* de l'Université Laval, au babillard de la Faculté des Sciences Infirmières. Nous avons dénombré un taux moyen de 50 participants par rencontre.

6. ORGANISER LES ACTIVITÉS DE LA SEMAINE INFIRMIÈRE

Le 6 mai 2008, le CII a organisé un cocktail reconnaissance au cours duquel le prix Reconnaissance Louise-Jobin a été remis à madame Hélène Gagné, infirmière clinicienne au Centre de soins de jour. Ce prix a pour but de souligner le travail exceptionnel d'une collègue infirmière. Une œuvre de l'artiste peintre Madeleine Laberge a été remise à la récipiendaire. Une conférence « La santé par le rire » donnée par madame Line Bolduc a suscité beaucoup d'intérêt. De plus, le comité Relève s'est joint à cette soirée afin d'honorer deux infirmières par la remise de prix soit, à une infirmière de la relève, madame Julie Lacasse, et un prix Mentor à madame Micheline Marquis.

7. PLANIFIER LA CONSTITUTION DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES.

Le CII a assuré l'élection du premier comité des infirmières et infirmiers auxiliaires en mars 2009. Madame Renée Rhéaume et monsieur Éric Gélinas ont été élus et le poste vacant devrait être comblé lors de la prochaine assemblée générale annuelle.

AUTRES ACTIVITÉS DU CII

Chaque membre de l'exécutif a participé activement aux différents comités et/ou groupes de travail et ils ont assuré le suivi des différents dossiers au sein de

l'exécutif. De plus, près de 30 représentants du CII siègent sur différents comités de l'hôpital.

La présidente du CECII participe aux réunions du comité consultatif à la direction générale (CCDG) et du comité de coordination de la DSI (CCDSI). Elle a également siégé au comité pour le choix de la nouvelle identité de l'Institut.

Une présentation du rôle et des mandats du CII est effectuée auprès de chaque nouvelle cohorte d'infirmières et infirmières auxiliaires.

DE PLUS, LE CECII A DONNÉ SON AVIS SUR LES DOSSIERS SUIVANTS :

- bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur à l'admission – Projet-pilote au Service de l'urgence;
- règlement relatif au protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques;
- politique DSP-013 : Stupéfiants, drogues contrôlées (narcotiques) et substances ciblées (benzodiazépines);
- politique DSP-024 : Modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments;
- programme intégré d'amélioration continue de la qualité/cadre de références;
- révision de l'algorithme relatif à la séquence d'élaboration et de validation des ordonnances collectives et des protocoles médicaux;
- projet de règlement #11 relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transferts des usagers;
- nomination au poste de directeur de l'enseignement universitaire de l'IUCPQ;
- contribution des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse;
- programme de soutien clinique – volet préceptorat;
- guide d'utilisation – plan d'intervention interdisciplinaire;
- programme de maintien et optimisation des compétences infirmières auxiliaires.

En conclusion, 2008-2009 a été une année occupée au CII. Ce dernier est fier de ses réalisations et profite de l'occasion pour féliciter tous ses membres pour leur implication et leur engagement. À l'aube de changements majeurs annoncés dans le cadre de l'approche de gestion par programmes et de la réorganisation de la direction

des soins infirmiers, le CII de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec tient à demeurer actif et soutenir l'avancement des travaux. Il souhaite la bienvenue au nouveau comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et à son représentant au sein du CECII.

SUIVI DES AVIS ET RECOMMANDATIONS

CETTE ANNEXE A ÉTÉ AJOUTÉE AFIN DE RÉPONDRE AUX EXIGENCES ÉMISES PAR LE MINISTÈRE POUR LE RAPPORT ANNUEL DE LA DIRECTION GÉNÉRALE. IL N'A PAS ÉTÉ ENTÉRINÉ LORS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DU CII NI PAR LE CECII 2009-2010.

- Bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur à l'admission – Projet-pilote au Service de l'urgence
 - Appui au projet. Réserve quant à l'obligation d'obtenir une autorisation écrite dans les situations d'urgence.
- Règlement relatif au protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques
 - Appui au règlement. Satisfaction face à la création d'un comité interdisciplinaire, d'une méthode de soins et d'indicateurs de surveillance.
- Politique DSP-013 : Stupéfiants, drogues contrôlées (narcotiques) et substances ciblées (benzodiazépines)
 - Appui à la politique.
- Politique DSP-024 : Modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments
 - Appui à l'ensemble des modifications. Recommandation de clarification de certains éléments dans le document. La plupart des recommandations ont été intégrées dans le texte.
- Programme intégré d'amélioration continue de la qualité/cadre de références
 - Appui au programme. Recommandation qu'un membre de la DSI siège au comité directeur de la qualité.
- Révision de l'algorithme relatif à la séquence d'élaboration et de validation des ordonnances collectives et des protocoles médicaux
 - Appui au projet d'algorithme. Recommandation au comité de coordination de standardiser les ordonnances collectives et les protocoles pour l'ensemble des clientèles desservies à l'IUCPQ.
- Projet de règlement #11 relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transferts des usagers
 - Aucun commentaire du CII.

- Nomination au poste de directeur de l'enseignement universitaire de l'IUCPQ
 - Acceptation de la mise en nomination de Madame Isabelle Kirouac.
- Contribution des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse
 - Acceptation de la contribution souhaitée. Acceptée par la Direction des soins infirmiers.
- Programme de soutien clinique – volet préceptorat
 - Recommandation de rédiger les compétences à partir de la Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière de l'OIQ. Acceptée par la Direction des soins infirmiers.
- Guide d'utilisation – plan d'intervention interdisciplinaire
 - Appui au guide. Félicitations émises aux concepteurs.
- Programme de maintien et optimisation des compétences infirmières auxiliaires.
 - Appui au programme. Recommandation de rédiger les compétences en fonction du document produit par l'Agence des services de santé et services sociaux de la Capitale Nationale. Suivi à effectuer.

Hélène Boutin, inf.M.Sc
Présidente du conseil des infirmières et infirmiers

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

PRINCIPAUX TRAVAUX

I. PLUSIEURS AVIS ÉMIS SUR DIFFÉRENTS SUJETS :

- Règlement relatif au protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques;
- Politique DSP-013 : Stupéfiants, drogues contrôlées (narcotiques) et substances ciblées;
- Programme intégré d'amélioration continue de la qualité / cadre de références;
- Révision de l'algorithme relatif à la séquence d'élaboration et de validation des ordonnances collectives et des protocoles médicaux;
- Projet de règlement II relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers;
- Nomination au poste de directeur de l'enseignement universitaire de l'IUCPQ;
- Guide d'utilisation – plan d'intervention interdisciplinaire;
- Politique sur la vigie des maladies respiratoires sévères / procédure pour l'application des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire;
- Ordonnances collectives (en angioradiologie et thérapie respiratoire).

I.1 SUIVIS SPÉCIFIQUES:

I.1.1 RÉVISION DE L'ALGORITHME RELATIF À LA SÉQUENCE D'ÉLABORATION ET DE VALIDATION DES ORDONNANCES COLLECTIVES ET DES PROTOCOLES MÉDICAUX

Des solutions ont été proposées afin de maximiser l'efficacité de l'algorithme. Des délais importants dans la séquence retardent l'application clinique des protocoles et des ordonnances.

I.1.2 NOMINATION AU POSTE DE DIRECTEUR DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE DE L'IUCPQ

Un commentaire très préoccupant des membres a été émis lors de la demande d'appui à la nomination au poste de directrice à l'enseignement. Dans le contexte actuel, les ressources humaines sont souvent insuffisantes pour répondre aux besoins cliniques des usagers. Cette situation peut amener un risque de

désengagement graduel du personnel face aux activités d'enseignement. En effet, les cohortes étudiantes augmentent, mais le nombre de superviseurs de stage tend à diminuer. Ces membres ont peu d'avantages à recevoir des étudiants étant donné l'augmentation de leur charge de travail ou de celle de leur coéquipier qui est déjà très importante. La situation peut avoir un effet dissuasif malgré que tous sont conscients de l'importance de former la relève. Dans plusieurs secteurs, aucune redevance versée par les universités n'est retournée au service s'étant impliqué dans la mission d'enseignement de l'Institut.

Une piste de solution a déjà été soulevée, celle d'aider les différents secteurs d'activité en leur permettant de recevoir ces redevances, afin de soutenir l'embauche de personnel supplémentaire pour appuyer ces superviseurs de stage dans leurs tâches cliniques. Ainsi, le climat de travail deviendrait plus propice à la réalisation de ces activités d'enseignement, tout en maintenant l'usager au cœur de nos actions. Nous attendons des réponses de la Direction de l'enseignement à ce sujet.

2. DES DEMANDES ONT ÉTÉ FAITES À L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE AFIN QUE LES ACTIVITÉS À LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE SOIENT REPRISES.

Cette table de discussion est, selon nous, un moyen important de communication entre les établissements de santé et l'Agence.

POINTS SAILLANTS DE L'ANNÉE:

PREMIER ANNIVERSAIRE DES COMITÉS DE PAIRS

Plus de 12 propositions nous avaient été transmises lors de cette première année dont 3 projets avaient été retenus. La création de comités par les pairs s'inscrit dans une démarche d'appréciation de la qualité des services à l'usager et d'amélioration dans les soins et les services aux usagers. Chaque équipe a mené à terme son projet et le succès de cette première édition nous incite à récidiver pour la prochaine année.

Les projets retenus étaient :

- Création d'un cartable sur le fonctionnement des appareils de soutien respiratoire afin de supporter les équipes en inhalothérapie face à la multitude d'appareils disponibles;

- Vérifications des codes CIM-10 et des règles de codage aux archives pour être conforme aux normes ministérielles;
- Mise à jour des documents d'enseignement diététique en cardiologie et diabète.

CRÉATION DU GUIDE CLINIQUE DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

L'exécutif a créé un outil de travail clinique pour soutenir ses membres dans leur travail quotidien. Il faut noter que ce guide a été réalisé à partir des documents fournis par ses membres dans les différents secteurs cliniques, afin de s'assurer que cet outil soit le plus près possible de la réalité clinique. Ce guide, comportant 100 pages, de format de poche, inclut des informations pertinentes aux domaines personnel et professionnel. Du côté personnel, le programme d'aide aux employés est décrit ainsi que des conseils pour une meilleure conciliation de la vie personnelle avec la vie professionnelle. Les principaux sujets cliniques concernent principalement les abréviations au dossier, les examens diagnostiques, les différentes échelles, les pré-requis et les évaluations cliniques, les tableaux de références, les valeurs critiques et le génographe.

AUTRES ACTIVITÉS ET FORMATION :

ORGANISATION DE MIDIS-CONFÉRENCES

- La gestion par programmes, par monsieur Michel Delamarre, directeur général et madame Claudine Bois, directrice générale adjointe;
- Le nouveau programme intégré d'amélioration continue de la qualité : un défi à relever, un engagement à tenir, par madame Hélène Babineau, coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques;
- La gestion par programmes (la suite) : la conférence a été reportée étant donné les changements actuels de personnel au sein de la Direction générale.

PARTICIPATION AU COLLOQUE ANNUEL DES CM (AUTOMNE 2008)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SPÉCIALE

Plan d'action 2009-2010

- Faire la distribution et la promotion du guide clinique;
- Supporter et assurer un suivi aux 3 comités de pairs retenus;
- Planifier de nouveaux comités de pairs pour l'année financière 2010-2011;

- Reprendre les rencontres avec les agents de liaison et les communiqués « CM en bref »;
- Poursuivre les démarches afin de stimuler une reprise des travaux à la Commission multidisciplinaire régionale à l'Agence;
- Poursuivre notre implication dans les discussions sur les modifications liées à l'algorithme relatif à la séquence d'élaboration et de validation des ordonnances collectives et des protocoles médicaux et à l'implantation de la gestion par programmes.

Report des objectifs non complétés de la dernière année :

- Organiser une semaine d'activités traitant de l'interdisciplinarité.

CONCLUSION

Le conseil demeure très actif au sein de l'organisation. Cependant, beaucoup de changements viennent teinter le quotidien. Une bonne façon de faciliter ces transitions est de continuer de s'impliquer sur les tribunes qui sont offertes afin d'exprimer les réalités cliniques de l'Institut. Le personnel doit continuer de faire part de ses motivations ou de ses inquiétudes au conseil : les commentaires sont essentiels afin de pouvoir maintenir une mission en lien avec les préoccupations du personnel. Dans chacun des services ou des départements, il faut informer les nouveaux membres du personnel de la présence du conseil afin que tous puissent s'exprimer afin d'améliorer les soins et services aux usagers.

Sylvianne Picard, pht
Présidente du conseil multidisciplinaire

COMITÉ DES USAGERS (CU)

Faits saillants :

- la très grande participation des membres aux réunions du comité et aux activités-rencontres avec les usagers;
- l'ouverture de la direction aux suggestions et aux demandes du comité;
- le réseautage qui se met graduellement en place au niveau des comités des usagers avec la création officielle de la Fédération des comités d'usagers et au niveau local avec le Forum des citoyens.

Le comité privilégie les rencontres individuelles avec les usagers et les commentaires écrits reçus de ces derniers. Les remarques verbales ou écrites font l'objet d'un rapport lors de chacune des réunions du comité. La direction de l'établissement assiste à ces rapports, discute de la situation et lorsque requis, apporte les suivis de façon très satisfaisante.

Les cas analysés par le comité et sur lesquels la direction apporte des suivis n'ont pas à être soumis de façon spécifique au conseil d'administration. Toutefois, les commentaires du comité sont généralement pris en compte lors de la révision de certaines politiques. Ce fut le cas notamment lors de la révision des heures de visite et de la réduction du nombre de visiteurs autorisés auprès des patients.

Il y a lieu de souligner la contribution de l'ensemble des membres du comité, tant pour leur présence aux réunions que pour le travail respectif que chacun a accepté de faire, particulièrement pour les rencontres d'évaluation avec les usagers.

Georges Smith
Président du comité des usagers

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité reçoit, à chaque réunion, l'ensemble des recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et par le médecin examinateur.

Le comité de vigilance et de la qualité fait le suivi de ces recommandations, en s'assurant de leur mise en œuvre ou de leur actualisation.

Les membres du comité ont reçu et pris connaissance des divers rapports transmis au conseil d'administration, portant notamment sur la pertinence, la qualité, la sécurité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.

Trois des recommandations formulées, toutes à portée organisationnelle, ont été retenues et appuyées par le comité de vigilance, soit la **systematisation de la réévaluation des usagers en attente au Service d'urgence**, émise par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, la **clarification de l'utilisation des ordonnances collectives reliées à la clientèle desservie en ambulatoire**, émise par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le **déploiement du bilan comparatif des médicaments** à l'admission des usagers, émise par le comité de gestion des risques.

Soumises au conseil d'administration, ces trois recommandations seront suivies de très près, et ce, afin qu'elles soient rapidement actualisées dans le but d'améliorer la qualité des services aux clientèles ciblées.

Louise Milot
Présidente du comité de vigilance et de la qualité

COMITÉ DE RÉVISION

Au cours du dernier exercice, le comité de révision a reçu une demande d'examen. Il a procédé à l'examen de la plainte et consulté toute la documentation disponible. Les membres du comité ont tenu trois rencontres formelles afin d'étayer leur analyse, soit une rencontre avec le plaignant et ses accompagnateurs. Les autres rencontres ont eu lieu avec le médecin impliqué et un professionnel de l'établissement. Par la suite, le comité de révision a confirmé la décision du médecin examinateur.

Madeleine Nadeau
Présidente du comité de révision

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Une fois de plus, le comité a été très actif et la plupart des objectifs qu'il s'était fixé ont été atteints.

OBJECTIFS 2008-2009	NIVEAU D'ATTEINTE
S'ASSURER DE L'IDENTIFICATION DES RISQUES D'ORDRE ADMINISTRATIF, CLINIQUE OU TECHNIQUE DANS CHACUNE DES DIRECTIONS.	ATTEINT
S'ASSURER DE L'ACTUALISATION DE LA STRUCTURE ET DE L'OFFRE DE SERVICE EN GESTION DES RISQUES.	ATTEINT
S'ASSURER DE LA MISE EN PLACE DU REGISTRE LOCAL DES INCIDENTS OU ACCIDENTS (SISS).	ATTEINT
S'ASSURER DE LA MISE EN PLACE DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ PAR AGRÉMENT CANADA (CCASS).	ATTEINT
APPUYER L'ADHÉSION À LA CAMPAGNE QUÉBÉCOISE « DES SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT » : CHOISIR ET IMPLANTER UNE DES 10 STRATÉGIES.	ATTEINT
DÉPOSER AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ LES RECOMMANDATIONS FORMULÉES À L'ISSUE D'ENQUÊTES APPROFONDIES CONDUITES LORS D'ÉVÉNEMENTS SENTINELLES.	ATTEINT

En plein essor, la gestion des risques intègre de nombreux secteurs d'activité qui tous ont un rôle à jouer, et ce, tant dans les soins et services cliniques que dans les secteurs de soutien administratif.

Le comité a suivi assidûment les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs retenus par chacun des comités partenaires, étudié 11 événements sentinelles et recommandé la mise en place de plusieurs mesures correctives. Trois groupes de travail spécifiques ont été formés, l'un pour valider la conformité des 21 pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité par Agrément Canada, en place au moment de la visite de 2006, et s'assurer de l'implantation des 8 nouvelles pratiques exigibles en 2009, l'autre pour instaurer le bilan comparatif des médicaments et un dernier pour réaliser une analyse prospective portant sur le processus d'évacuation appliqué à la clientèle obèse.

Parmi les recommandations formulées figurent l'élaboration d'une politique sur les mesures de soutien à offrir aux usagers victimes d'accident, le déploiement de la stratégie de prévention des chutes sur l'ensemble des unités de soins, l'implantation du bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert ou au départ, la révision de la trajectoire du formulaire de déclaration d'incident ou d'accident et l'élaboration d'une procédure de suivi des usagers exposés au sang ou aux liquides biologiques.

Hélène Babineau
Responsable de la qualité et de la gestion des risques

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

COMITÉ EXÉCUTIF

Président :	D ^r Guy Proulx
Vice-présidente :	D ^{re} Kathleen Raby
Secrétaire-trésorière :	M ^{me} Johanne Morin
Premier conseiller :	D ^r Christian-René Hébert
Deuxième conseillère :	D ^{re} Sylvie Ferland
Directeur général :	M. Michel Delamarre (jusqu'en février 2009) M. André Ducharme, directeur général intérimaire
Directeur des services professionnels :	D ^r Michel Piraux

INVITÉS

Président sortant :	D ^r Simon Martel
Membre du CMDP au CA :	D ^r Jacques Métras

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) est constitué de l'ensemble des infirmières et infirmiers cadres et syndiqués. Les membres du comité exécutif du CII pour l'année 2008-2009 sont :

MEMBRES ÉLUS :

- Madame Hélène Boutin, conseillère clinicienne en soins infirmiers (secteur pneumologie), présidente
- Madame Johanne Houde, infirmière clinicienne, 5^e Pavillon Central, vice-présidente
- Madame Michelle Martineau, assistante aux Cliniques spécialisées de pneumologie, secrétaire
- Madame Véronique Lachance, infirmière clinicienne, bloc opératoire, agente de communication
- Monsieur Maxime Morency, infirmier clinicien, urgence, agent de communication

REPRÉSENTANTE DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES :

- Poste vacant

MEMBRES D'OFFICE :

- Madame Suzanne Petit, directrice des soins infirmiers
- Monsieur Michel Delamarre, directeur général jusqu'en février 2009
- Monsieur André Ducharme, directeur général intérimaire

MEMBRE INVITÉ :

- Madame Danielle Rodrigue, adjointe à la directrice des soins infirmiers secteur clinique, enseignement et recherche en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers, désignée membre au CA par le CII.

ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2009-10

Présidente : Nicole Morin
Vice-présidente : Fernande Sénéchal
Secrétaire : Michel Boulay
Trésorière : Louise Falardeau
Conseiller(e)s : Lise Bernier
Monique Carrier
Jean-Guy Cloutier
Lisette Michaud
Colette Tétu

Représentante du conseil d'administration de l'IUCPQ :
Madame Martine Dubois*

* Invitée

COMITÉ DES USAGERS

Officiers du comité des usagers :

Georges Smith, président
Patricia Pelletier, vice-présidente
Adolphe Michaud, secrétaire-trésorier

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

MEMBRES DE L'EXÉCUTIF :

- Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en physiothérapie, présidente
- Mélanie Maltais, chef de service par intérim en diététique, vice-présidente
- Johanne Turbide, assistante-chef technologue en angioradiologie, secrétaire
- Lina Tremblay, inhalothérapeute, assistante-chef en thérapie respiratoire, responsable à l'information
- Serge Simard, biostatisticien, membre élu au CA
- André Ducharme, directeur général par intérim
- Martin Lord, directeur général adjoint aux affaires cliniques
- Membres cooptés : Annie Lafontaine, technologue médicale, représentante au CMuR
- Anne St-Laurent, travailleuse sociale, membre invité au CMuR

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Jacques La Forge, M.D.
Josée Roux, pharmacienne

Le comité de pharmacologie était formé des membres suivants :

D^r Jacques La Forge, président
M^{me} Isabelle Bean, infirmière clinicienne en cardiologie
D^r Sébastien Bergeron, cardiologue
D^r Onil Gleeton, directeur des services professionnels
D^{re} Isabelle Kirouac, interniste
D^r François Parent, anesthésiologiste
M^{me} Josée Roux, secrétaire
D^{re} Marie Roy, omnipraticienne de l'urgence
M^{me} Isabelle Taillon, pharmacienne
D^r Michel Piraux, directeur des services professionnels

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2009

Madame **Claudia Boulanger**
Collège électoral : Population

Monsieur **Jean Brown**
Collège de désignation : Fondation

Monsieur **André-J. Castonguay**
Collège électoral : Ministère

Madame **Ginette G. Defoy**
Collège de désignation : Cooptation

Monsieur **Laurent Després**
Collège de désignation : Fondation
Vice-président

Madame **Martine Dubois**
Collège électoral : Personnel non clinique

Monsieur **André Ducharme**
Directeur général par intérim
Secrétaire

Madame **Valérie Gaudreault**
Collège de désignation : Résidents en médecine

Monsieur **Jean-Pierre Grégoire**
Collège de désignation : Université

Madame **Line Grisé**
Collège de désignation : Université

Madame **Marie-France La Haye**
Collège électoral : Population

Monsieur **René Lamontagne**
Collège de désignation : Université

Monsieur **Jacques Métras**
Collège de désignation : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Monsieur **Adolphe Michaud**
Collège de désignation : Comité des usagers

Madame **Anne Michaud**
Collège de désignation : Cooptation

Madame **Louise Milot**
Collège de désignation : Agence

Madame **Madeleine Nadeau**
Collège de désignation : Agence
Présidente

Monsieur **Benoît Riendeau**
Collège de désignation : Cooptation

Madame **Danielle Rodrigue**
Collège de désignation : Conseil des infirmières et infirmiers

Monsieur **Serge Simard**
Collège de désignation : Conseil multidisciplinaire

Monsieur **Georges Smith**
Collège de désignation : Comité des usagers

COMITÉ EXÉCUTIF 2009

- **Présidente du conseil d'administration**
Madeleine Nadeau
- **Vice-président du conseil d'administration**
Laurent Després
- **Secrétaire du conseil d'administration**
André Ducharme
- **Membre du CA**
Jean-Pierre Grégoire
- **Membre du CA**
Danielle Rodrigue

COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE

M^{me} Madeleine Nadeau

Présidente

Présidente du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M^{me} Line Grisé

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

M. René Lamontagne

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M^{me} Louise Milot

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

M. Jean Brown

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Laurent Després

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

M^{me} Louise Milot

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

D^{re} Suzanne Cayer

Présidente

Représentante des médecins du secteur général

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

D^r Franck Molin

Président

Représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

COMITÉ DE RÉVISION

(CF. Loi sur le protecteur des usagers)

M^{me} Marie-France La Haye

Présidente

Membre du conseil d'administration

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Conformément à la loi modifiant la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie* (L.Q., 1997, c. 6), le 26 février 1998, le conseil d'administration adoptait le règlement portant sur le *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Institut*.

En vertu des dispositions prévues à l'article 6, paragraphe b, du règlement ainsi adopté, l'hôpital doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. OBLIGATIONS ET DEVOIRS GÉNÉRAUX

- Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
- Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
- Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.
- La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.
- Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions, à moins que de tels débats, échanges et discussions n'aient lieu en séance publique.
- Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et qui ne sont pas destinés à être communiqués au public.
- Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

3. IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

- Constitue une situation de conflit d'intérêts toute situation réelle, apparente ou potentielle qui est objectivement de nature à compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice d'une fonction ou à l'occasion de laquelle une personne utilise ou cherche à utiliser les attributs de sa fonction pour en retirer un avantage indu ou pour procurer un tel avantage indu à une tierce personne.
- Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration est en conflit d'intérêts lorsqu'il :
 - a, directement ou indirectement, un intérêt personnel et distinct dans :
 - une délibération du conseil d'administration;
 - une entreprise ou un organisme qui transige ou est sur le point de transiger avec l'hôpital;
 - un projet de contrat ou un contrat conclu avec l'hôpital;
 - a une réclamation litigieuse contre l'hôpital;
 - occupe une fonction de direction au sein d'une entreprise ou d'un organisme dont les intérêts entrent en concurrence avec ceux de l'hôpital.

4. OBLIGATIONS ET DEVOIRS SPÉCIFIQUES

4.1. Obligations durant le mandat

- Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation de conflit d'intérêts.
- Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, une transaction ou un contrat qui met en conflit son

intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement, doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général et doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.

- Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, professionnelles ou d'affaires, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
- Le membre du conseil d'administration ne doit pas utiliser indûment les attributions de sa charge d'administrateur pour infléchir une décision ou obtenir un bénéfice pour lui-même ou un tiers.
- Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- Le membre du conseil d'administration ne doit pas, directement ou indirectement, solliciter, accepter ou exiger d'une personne, ou accorder, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté ou l'impartialité d'une autre personne dans l'exercice de ses fonctions.
- Au moment de son entrée en fonction, le membre du conseil d'administration atteste par écrit, sur le formulaire prévu à cette fin, qu'il a pris connaissance du présent code et qu'il se déclare lié par ses dispositions.

4.2. OBLIGATIONS ET DEVOIRS DE L'APRÈS-MANDAT

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout document, renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantage indu de sa charge antérieure, que ce soit en utilisant l'information confidentielle ou l'influence acquises à l'occasion de l'exercice de cette fonction.
- Dans l'année qui suit la fin de sa charge, un membre du conseil d'administration détenant de l'information confidentielle ou privilégiée concernant une procédure, une négociation ou une autre opération impliquant l'Institut comme partie, ne peut donner de conseils ni agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à ces questions, ni traiter de ce sujet avec les personnes qui y sont impliquées sans y être autorisées par l'hôpital.
- Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

5. MÉCANISMES D'APPLICATION

5.1. Formation d'un comité d'examen

- À chaque année, le conseil d'administration forme un comité d'examen composé de deux membres du conseil. Le comité peut s'adjoindre les personnes-ressources nécessaires.
- Le comité d'examen a pour mandat de :
 - conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du code d'éthique et de déontologie;
 - fournir au conseil d'administration toute information ou tout avis relatifs à l'éthique et à la déontologie;
 - diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
 - recevoir et traiter les allégations de manquement au présent code qui lui sont soumises par un écrit dûment signé;
 - s'assurer que les dispositions du présent code soient effectivement utilisées et appliquées dans le but et l'esprit de leur adoption et non pas à d'autres fins;

- présenter au conseil d'administration :
 - un rapport annuel faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances appropriées, de leurs décisions et des sanctions imposées par l'autorité compétente et, le cas échéant, du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année;
 - toute recommandation qu'il juge appropriée en matière d'éthique et de déontologie.

5.2. PROCÉDURE

- Tout manquement ou omission concernant une norme ou un devoir prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Un membre du conseil d'administration, ou le conseil d'administration lui-même, lorsqu'il y a des motifs sérieux de croire qu'un membre a enfreint le présent code, peut en saisir par écrit le comité d'examen et lui remettre tous les documents disponibles et pertinents.
- Le comité d'examen détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il avise par écrit la personne concernée des manquements qui lui sont reprochés et lui remet copie de tous les documents du dossier qu'il détient.
- Le comité d'examen peut mener son enquête selon les méthodes qu'il juge appropriées, en s'assurant cependant de la confidentialité de sa démarche et du respect des principes de justice naturelle à l'égard des personnes visées par les allégations ou la plainte, notamment, leur droit d'être entendues.
- Le comité d'examen fait rapport au conseil d'administration. S'il conclut que la personne concernée a contrevenu au présent code, il recommande au conseil la sanction qu'il considère appropriée dans les circonstances. Le rapport et les recommandations du comité sont transmis à la personne concernée.
- Si le rapport du comité d'examen recommande une sanction, le conseil d'administration donne à la personne concernée l'occasion de présenter son point de vue. Le conseil d'administration prend ensuite une décision par scrutin secret.

5.3. SANCTION

- La sanction pour une contravention au présent code peut être un avertissement ou une réprimande, une demande de corriger la situation qui a généré la transgression du code, une révocation ou une demande de révocation par l'instance appropriée si le manquement est grave ou s'il y a refus de donner suite à la demande du conseil d'administration.
- Lorsqu'une situation urgente nécessite une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave, le conseil d'administration peut, sur recommandation du comité d'examen et au scrutin secret, relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche une contravention au présent code, le temps nécessaire pour examiner la situation et prendre la décision appropriée.

6. PUBLICITÉ DU CODE

- L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.
- Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
 - du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - de leurs décisions ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuées de charge.

STATISTIQUES ANNUELLES

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

	2009	2008	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	340	340	0 %
Nombre de lits - dressés	294	316	-6,96 %
Admissions (voir note 2)	14 303	16 083	-11,07 %
Départs	14 302	16 054	-10,91 %
Séjours moyens (jours)	6 6	5 8	13,79 %
Occupation des lits disponibles (en %)	91 3	84 3	8,30 %
Total jours-présence	94 650	93 948	0,75 %
-courte durée	89 064	90 319	-1,39 %
-longue durée	5 586	3 629	53,93 %
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	3 507	3 397	3,24 %
-chirurgie cardiaque	2 127	2 038	4,37 %
-chirurgie thoracique	612	599	2,17 %
-chirurgie générale	224	242	-7,44 %
-chirurgie bariatrique (obésité)	358	332	7,83 %
-autres spécialités	186	186	0 %
Heures présence des usagers	13 723	13 321	3,02 %
Total usagers	3 507	3 397	3,24 %
-hospitalisés	3 339	3 249	2,77 %
-en chirurgie d'un jour	168	148	13,51 %
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	11 772	11 832	-0,51 %
-coronarographies	3 589	3 434	4,51 %
-coronarographies pré-angioplasties	2 854	2 993	-4,64 %
-angioplasties	3 096	3 194	-3,07 %
-études électrophysiologiques	295	297	-0,67 %
-ablations	675	837	-19,35 %
-cardiostimulateurs & défibrillateurs	988	852	15,96 %
-autres procédures	275	225	22,22 %
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 006	869	15,77 %
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	20	13	53,85 %
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	106 900	103 224	3,56 %
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 839 913	2 990 133	-5,02 %
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
Procédures	2 338 318	2 219 405	5,36 %
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	17 591	16 734	5,12 %

	2009	2008	VARIATION
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	1 581	1 565	1,02 %
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites (voir note 1)	47 878	56 131	-14,70 %
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	834	689	21,04 %
ENDOSCOPIE			
Total examens	10 167	9 116	11,53 %
-endoscopie digestive	4 930	4 578	7,69 %
-endoscopie respiratoire	5 237	4 538	15,40 %
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	1420	1182	20,14 %
-hémodifiltration	170	281	-39,50 %
-hémodialyse	1 250	901	38,73 %
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	5 146	5 087	1,16 %
Traitements	2 670	2 111	26,48 %
MÉDECINE DE JOUR (voir note 1 et 2)			
Jours-soins	33 964	20 247	67,75 %
Usagers	18 374	10 307	78,27 %
RADIO-ONCOLOGIE			
Unités techniques provinciales	19 198	17 547	9,41 %
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	17 388	17 090	1,74 %
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	9 477	9 376	1,08 %
ÉLECTROCARDIOGRAPHIE			
Examens	114 798	112 607	1,95 %
URGENCE			
Visites	28 042	27 720	1,16 %
Usagers sur civières	11 867	11 850	0,14 %
Usagers ayant séjournés plus de 24 heures	846	637	32,81 %
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	1 629	1 847	-11,80 %
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	13 112	15 406	-14,89 %
SERVICE SOCIAL			
Usagers	2 519	2 434	3,49 %
Usagers référés (infirmières de liaison)	3 616	3 469	4,24 %
ALIMENTATION			
Repas	736 642	713 301	3,27 %

Note 1 : Modification apportée au manuel de gestion financière relatives au centre d'activité médecine de jour

Note 2 : Les données de 2008-2009 tiennent compte d'une diminution de treize(13) lits dressés compensée par une augmentation de treize(13) civières en médecine de jour.

IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À



UNIVERSITÉ
LAVAL

2725, CHEMIN SAINTE-FOY
QUÉBEC (QUÉBEC) G1V 4G5