



Rapport annuel de gestion 2013-2014

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Le rapport annuel de gestion 2013-2014 est une production de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
Il est disponible à la section Publications du site www.maisonneuve-rosemont.org

Direction des communications, des affaires publiques et du développement
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4

Mise en page par le Service des techniques audiovisuelles, HMR

Table des matières

Faits saillants	5
1. Message des autorités	6
2. Déclaration de fiabilité	8
3. Rapport de la direction	9
4. Présentation de l'établissement	11
4.1. Mission, vision, valeurs	11
4.2. Structure de l'organisation au 31 mars 2014	11
4.3. Caractéristiques de la population du territoire desservi	14
4.4. Principales données de santé	15
4.5. Orientations stratégiques	17
5. Activités de l'établissement	25
5.1. Description des services offerts	25
5.2. Description des programmes-clientèles et des programmes-diagnostiques	26
5.3. Enseignement et recherche	44
5.4. Principales modifications apportées durant l'exercice	47
6. Résultats obtenus – Exercice 2013-2014	49
6.1. Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité	49
6.2. Cycle quadriennal 2012-2016 d'Agrément Canada	50
6.3. Sécurité des soins et services	51
6.4. Examen des plaintes et promotion des droits	53
7. Conseils et comités au 31 mars 2014	56
7.1. Conseil d'administration	56
7.2. Comité de vigilance et de la qualité	63
7.3. Comité de gestion de la qualité et des risques	64
7.4. Comité des usagers	65
7.5. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	66
7.6. Conseil multidisciplinaire	67
7.7. Conseil des infirmières et infirmiers	67
7.8. Corporation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	69
7.9. Comités d'éthique	69
8. Ressources humaines	73
8.1. Honneurs et distinctions 2013-2014	74
8.2. Rayonnement	76
8.3. L'HMR dans les médias	78
9. États financiers et analyse des résultats	81
10. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	84
 ANNEXES	
1. Résultats et cibles concernant l'entente de gestion	88
2. Rapport de l'auditeur indépendant	90
3. Extraits du rapport financier annuel	92
4. Statistiques hospitalières	114



Rapport annuel de gestion 2013-2014

FAITS SAILLANTS 2013-2014

Bien ancré depuis 60 ans dans l'Est de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) poursuit jour après jour, avec une même passion, sa mission de soins, d'enseignement et de recherche. Portée par une tradition d'innovation, les équipes qui composent la communauté HMR font preuve de professionnalisme et de détermination afin d'offrir des services et des soins de grande qualité. Ce travail d'équipe concerté a permis de concrétiser de belles réalisations, dont voici les principaux faits saillants.

L'urgence de se réinventer

Oser faire autrement en revoyant nos pratiques et en accentuant notre collaboration avec les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) partenaires a permis de réduire de 15 heures la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence.

Faire plus avec plus!

La réduction de la durée moyenne de séjour est d'autant plus spectaculaire que l'urgence a connu une hausse importante d'affluence avec près de 5 000 patients de plus que l'an dernier. Une même croissance importante du volume d'activité est observée pour la chirurgie avec près de 2 000 interventions supplémentaires, et un nombre record de 10 000 consultations de plus pour les cliniques externes d'ophtalmologie. Le nombre total en ophtalmologie se chiffre à 77 734 visites.

Nos gens, notre force

Un plan d'action de la main-d'œuvre structuré et harmonisé à la réalité des besoins de l'organisation a permis de réduire significativement le temps supplémentaire chez les infirmières à un taux de 6,6 %, et d'atteindre le plus bas taux de main-d'œuvre indépendante des quatre dernières années.

La fiction désormais dépassée

Issu de la vision d'un groupe de chercheurs et de médecins spécialisés en greffe de cellules hématopoïétiques, le Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) offre des installations hautement sophistiquées répondant aux exigences américaines et européennes. De plus, le CETC confirme le statut de chef de file international en médecine régénérative et en thérapie cellulaire en s'associant et en dirigeant le nouveau Réseau des centres d'excellence CellCAN.

Les sommets pour la recherche

La performance et la qualité des recherches conduites au Centre de recherche de l'HMR lui a valu de se hisser dans le rang des 40 plus importants centres de recherche au Canada, avec une hausse de près de 30 % de son enveloppe budgétaire.

Fusion de traditions et d'innovations

L'interdisciplinarité, l'innovation et la collaboration sont des piliers à l'HMR. Pionnier dans l'approche collaborative, quatre équipes ciblées (cancer du sein, greffes de cellules hématopoïétiques, maladie inflammatoire de l'intestin et suivi intensif dans le milieu) ont participé au programme de partenaire de soins.

Stimuler l'imagination pour de meilleurs soins

La capacité de voir autrement a fait émerger une première au Québec avec l'ouverture du Laboratoire d'enseignement par simulation en néphrologie – une invention exclusive entièrement conçue par une équipe multidisciplinaire de l'HMR.

Une main-d'œuvre en action tous les jours

560	5157	+ 4000	475
Médecins, dentistes et pharmaciens	Personnel	Stagiaires	Bénévoles

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Au terme de l'année 2013-2014, le travail colossal accompli par le personnel et les médecins de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a contribué à offrir des soins de qualité à notre population et à décliner avec excellence nos missions d'enseignement et de recherche. Les projets majeurs liés au plan maître immobilier, au retour à l'équilibre budgétaire et à la mise en place de solutions pour accroître la fluidité des soins ont, bien sûr, occupé une place importante dans nos priorités. Dans un contexte de mouvance et d'adaptation à de nouvelles règles notamment pour la conduite des projets d'infrastructure, la tâche fut titanesque et le travail accompli remarquable comme vous pourrez en juger à la lecture de ce rapport annuel.

Nous avons su composer avec les défis liés aux restrictions budgétaires et aux besoins en constante croissance de notre population environnante. Pour réduire les délais d'attente et les durées de séjours à l'urgence, il nous fallait insister sur l'efficacité et resserrer les liens avec les CSSS du territoire. L'obligation de résultat dans un contexte budgétaire extrêmement serré a guidé notre gestion en 2013-2014.

Des délais d'attente réduits

Au cours de l'année, les équipes des différents programmes-clientèles et diagnostiques ont identifié et mis en place des changements dans leur processus de prise en charge des patients. Fruit d'une importante collaboration, l'accroissement de la fluidité, notamment entre l'urgence et les unités de soins, a permis de réduire de façon majeure, les délais d'attente à l'urgence. Comparée à l'année dernière, la durée moyenne de séjour sur civière a diminué de 15 heures, et ce en dépit d'une hausse de près de 5 000 visites à l'urgence.

Basés sur les besoins spécifiques de certains groupes de patients, les changements mis en place se sont aussi traduits par de meilleures conditions de soins. Ainsi, des soins adaptés aux besoins des personnes âgées permettent un retour à domicile plus simple, sans les effets préjudiciables des séjours prolongés sur la santé des personnes.

Le cap sur l'équilibre budgétaire

Jumelés aux efforts pour optimiser l'accessibilité aux soins, nous avons mis nos énergies pour gérer judicieusement et rigoureusement les deniers publics. Cet exercice nous révèle l'importance de partager des indicateurs fiables et d'avoir accès à des banques de données au moment opportun pour bien suivre l'évolution de la situation budgétaire. Il met également en évidence la pertinence d'établir des cibles conjointes avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les établissements, et ce en priorisant les actions qui tiennent compte des besoins de la population. Le Programme de greffe de cellules hématopoïétiques de l'HMR, disponible à tous les patients du Québec, est un bon exemple de soin spécialisé, nécessaire, utilisé, mais sous-financé. Beaucoup d'efforts ont ainsi été consacré à défendre et faire valoir ce plus important centre de soins experts en thérapie cellulaire au Québec au nom des 165 greffés de cette année qui ont obtenu un second souffle.

De plus, des efforts ont aussi été déployés pour limiter les heures supplémentaires des infirmières. Avec un taux limité à 6,6 % en 2013-2014, on peut qualifier cette mesure de réussite. Mais ce n'est pas tout. Globalement, nous avons connu le plus bas taux de main-d'œuvre indépendante en quatre ans. Avec ces efforts soutenus et l'obtention d'un premier redressement de la base budgétaire de 5,1 M\$ en reconnaissance d'une partie de la hausse de nos activités cliniques, le plan de match concernant le retour à l'équilibre se poursuivra. Toutefois, la conjoncture d'une forte demande de la clientèle demeure difficile à concilier.

L'affiliation universitaire qui fait du chemin

Comptant sur un partenariat riche avec l'Université de Montréal, nos directions d'enseignement et de recherche ont brillamment contribué au succès de l'année 2013-2014. Toujours avec cet esprit d'innovation qui caractérise l'HMR, nous avons ouvert un tout nouveau laboratoire en néphrologie, un lieu d'enseignement unique dans ce domaine au Québec. Avec cet ajout, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont possède maintenant un laboratoire d'enseignement technologique pour chacun de ses axes d'excellence, soit l'ophtalmologie, l'hémo-oncologie et la néphrologie de même que pour ses secteurs de pointe, soit en chirurgie et en soins aigus. Un atout considérable pour tous les stagiaires qui veulent parfaire leur formation.

Au cours de la dernière année, la construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) a été complétée et le déménagement des activités a été réalisé. Le CETC est donc maintenant opérationnel. Inaugurées en juin 2013, ces installations nous permettront de pousser encore plus loin nos travaux afin d'offrir des traitements qui révolutionneront les soins en santé.

Les premiers jalons du plan maître immobilier

Notre établissement qui fête ses 60 ans d'existence en 2014 a connu depuis sa naissance une remarquable poussée de croissance. Pourtant, plusieurs secteurs d'activité évoluent encore dans des locaux de l'époque qui ont nettement besoin d'être mis au niveau des normes de la médecine moderne. La lutte aux infections dans un tel environnement inadapté et vétuste est un défi quotidien que relèvent courageusement nos équipes de soins et de salubrité. En 2013-2014, nous avons promu l'importance de réaliser le plan maître immobilier auprès des différentes instances gouvernementale, municipale et institutionnelle.

En plus de ces actions, nous avons poursuivi les travaux de construction de la phase 3 de l'urgence, qui après un léger retard de quelques mois, avancent de façon satisfaisante. Les travaux à l'unité de médecine familiale ont progressé et devraient être terminés en date de la publication de ce rapport. Le projet de géothermie a atteint la phase 2 et nous avons entamé les démarches pour la réalisation des plans et devis du Centre de dialyse.

Nous avons aussi collaboré activement avec la Fondation HMR pour soutenir ses démarches de recherche de financement pour le Centre du savoir et le Centre intégré de cancérologie. Par ailleurs, la demande de financement pour le volet scientifique du Centre de recherche a été bien reçue par le Vice-rectorat à la recherche, à la création et à l'innovation de l'Université de Montréal et sera complétée au cours de la prochaine année.

Un travail d'équipe remarquable

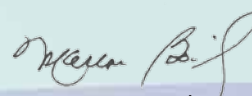
Nous ne saurions réaliser tous nos projets sans l'indispensable contribution de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, que nous tenons à remercier chaleureusement. Les résultats de son implication sont certainement garants de relations durables avec les donateurs auxquels nous rendons hommage pour leur immense contribution à l'avancement des soins en santé au sein de l'Hôpital.

Nous tenons aussi à souligner le départ de madame Ginette Bélec qui a quitté récemment son poste de directrice générale adjointe. Ses réalisations sont si nombreuses qu'il serait difficile de les nommer toutes sans en oublier. Nous remercions aussi monsieur Pierre Desrochers, qui a quitté son poste de président du conseil d'administration, après 16 ans d'implication, pour faire le saut en politique municipale. Il convient de marquer l'engagement exceptionnel de ces deux collègues à faire du plan clinique et du plan maître immobilier, des incontournables pour la population de l'Est de Montréal.

En conclusion, rappelons que nous sommes plus que tout redevables à tous les employés et médecins de l'Hôpital pour l'atteinte des objectifs que nous nous étions fixés. Ce sont eux qui, tous les jours, traduisent les projets en actions concrètes. Nous leur devons la recherche de nouvelles pistes de solutions en soins de santé, nous leur devons le généreux partage de connaissances et la stimulation des étudiants. C'est grâce à leur incomparable dévouement que l'HMR maintient cette réputation unique et enviée d'une institution de cœur. Au nom des membres du conseil d'administration, au nom de tous les membres de la direction et en nos noms personnels, merci.



Nycol Pageau-Goyette
Présidente du conseil d'administration



Manon Boily
Directrice générale

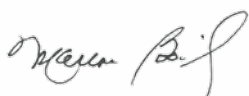
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

À titre de directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.



Manon Boily

Directrice générale

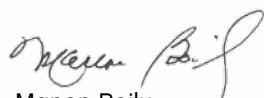
3. RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

La direction de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration. Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Manon Boily

Directrice générale



Réjean Bilodeau

Directeur des ressources financières,
technologiques et informationnelles



Présentation
de l'établissement

4. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 MISSION, VISION, VALEURS

4.1.1 Notre mission

Ensemble, offrir des soins de qualité à nos patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche.

4.1.2 Notre vision

Être un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence.

Pour réaliser sa vision, l'HMR entend :

- maintenir le patient au centre de ses préoccupations;
- encourager l'innovation dans les soins, la formation, et la communication;
- intégrer tous les volets de sa mission universitaire soit : les soins, l'enseignement et la recherche;
- soutenir une culture de collaboration;
- innover dans l'organisation et la qualité des soins et des services à sa clientèle;
- valoriser le travail et le développement de ses ressources humaines;
- travailler en complémentarité avec les établissements de son territoire;
- favoriser le partage des responsabilités et l'approche réseau.

4.1.3 Les valeurs que nous cultivons

- le patient et son bien-être;
- le respect;
- la compétence;
- la responsabilisation;
- la reconnaissance;
- l'innovation.

4.2 STRUCTURE DE L'ORGANISATION AU 31 MARS 2014

Depuis maintenant quatorze ans, l'HMR fonctionne selon le modèle de gestion par programme. Ce type de structure regroupe, au sein de différents programmes, l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières dédiées à une clientèle spécifique présentant des besoins homogènes. De l'avis général, cette approche donne lieu à une pratique des plus stimulantes sur les plans clinique et professionnel, encourageant les échanges et la contribution spécifique de chaque intervenant à travers les équipes interdisciplinaires.

Comité de direction

Manon BOILY, présidente
Directrice générale

Chantal BÉNARD
Directrice adjointe aux programmes-clientèles

Réjean BILODEAU
Directeur des ressources financières,
technologiques et informationnelles

D^r Alain BONNARDEAUX
Directeur de l'enseignement

Louise CHÂTEAUVERT
Directrice générale adjointe par intérim

Jean-Philippe FERLAND
Directeur des ressources humaines

Pierre FONTAINE
Directeur adjoint de la recherche

Marie-Claude GRONDIN
Directrice des services techniques

Claudel GUILLEMETTE
Directeur des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire
des soins et services par intérim

Steve LAVOIE
Directeur adjoint des ressources financières,
technologiques et informationnelles

D^r Francis MÉTHOT
Directeur des services professionnels et des
affaires médicales

Sylvia PROVOST
Directrice des communications, des affaires
publiques et du développement

D^r Denis-Claude ROY
Directeur de la recherche

Thérèse THIRY
Directrice des services multidisciplinaires par intérim

Guylaine TREMBLAY
Directrice adjointe de l'enseignement

Chefs de programmes-clientèles et des programmes-diagnostiques

Programmes

Biologie médicale
Chirurgie
Imagerie médicale
Médecine
Médecine familiale et gériatrie
Oncologie
Ophtalmologie
Santé de la femme et de l'enfant
Santé mentale
Urgence

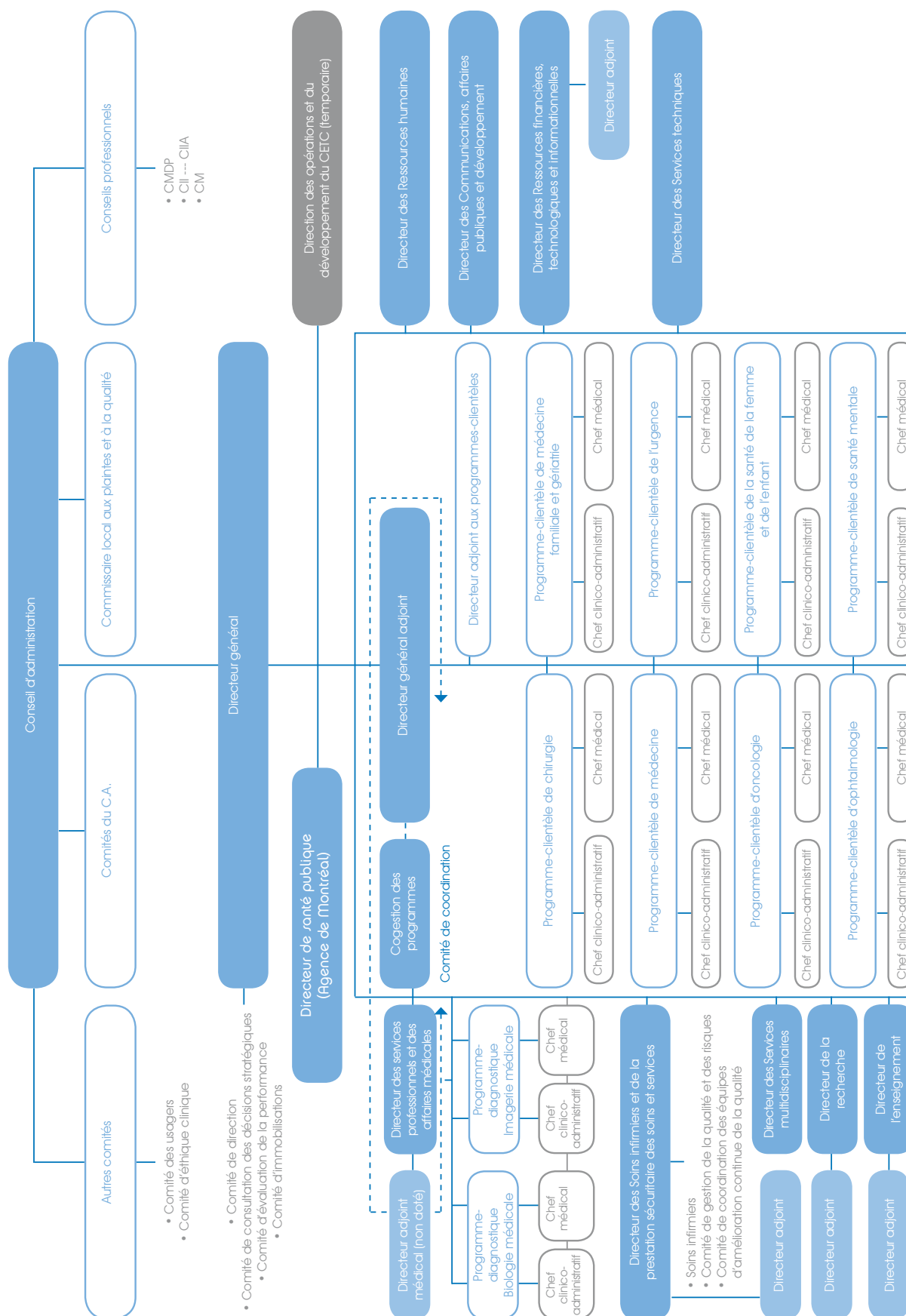
Chefs médicaux

D^r Lambert BUSQUE
D^{re} Françoise HEYEN
D^r Michel DUBÉ
D^r Jean-François TREMBLAY
D^{re} Marie-Claude LEFEBVRE
D^{re} Julie BEAUDET
D^{re} Isabelle HARDY
D^r Charles HAMAQUI
D^r Daniel ST-LAURENT
D^r Éric GAGNON

Chefs clinico-administratifs

Chantal BARON
Guylaine MARQUIS
Guylaine BOUCHARD
Lise DUBÉ
Karine ROY
Louise COMPAGNA
Nathalie BEAUDOIN
Francine BELISLE
Sylvie SOULIÈRE
Luce GAGNON

ORGANIGRAMME – HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT



4.3 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DESSERVI¹

Comptant 588 lits dressés de courte durée (597 lits au permis), l'HMR dessert un bassin d'environ 668 000 personnes résidant dans l'Est de Montréal, auquel s'ajoute une clientèle de provenance des couronnes nord et sud de l'île et également des autres régions du Québec pour certains soins médicaux surspécialisés.

Bassin de desserte

Le bassin de desserte immédiat (CSSS Lucille-Teasdale et CSSS de la Pointe-de-l'Île) comporte environ 374 000 personnes. Les autres CSSS de l'Est de Montréal (Ahuntsic et Montréal-Nord et Saint-Léonard et Saint-Michel) comptent environ 294 000 personnes.²

Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance des hommes des territoires immédiats que l'HMR dessert se retrouve en dessous de la moyenne régionale, et ce, de façon notable pour le territoire du CSSS Lucille-Teasdale. Quant à l'espérance de vie à la naissance des femmes habitant sur les territoires immédiats desservis par l'HMR, elle se situe en dessous pour le secteur du CSSS Lucille-Teasdale et est pratiquement identique à la moyenne régionale pour le secteur du CSSS de la Pointe-de-l'Île.

	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal	Province du Québec ³
Homme	77,1 ans	78,9 ans	79,5 ans	79,2 ans
Femme	81,5 ans	83,7 ans	83,8 ans	83,5 ans

L'espérance de vie en bonne santé autant chez les hommes que chez les femmes est légèrement en deçà de la moyenne régionale pour le CSSS Lucille-Teasdale. Par contre, pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île, les données sont quasi similaires à ceux de la moyenne de Montréal.

	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal	Province du Québec
Homme	63,6 ans	65,8 ans	65,6 ans	66,5 ans
Femme	65,4 ans	67,3 ans	67 ans	68,3 ans

Naissances

À Montréal, on enregistre une croissance moins marquée des naissances que dans les autres régions (10 % contre 19 % au Québec entre 2003 et 2008⁴). On compte en moyenne 2 226 naissances sur le territoire du CSSS Lucille-Teasdale. De ce nombre, 43,6 % des nouveau-nés sont de mères immigrantes et 31,8 % de mères allophones. Pour le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île, on dénombre en moyenne 2 092 naissances. 38 % des nouveau-nés sont de mères immigrantes et 29,3 % sont de mères allophones.⁵

Portrait des personnes âgées⁶

Plus de 61 000 personnes âgées de 65 ans et plus demeurent sur les territoires immédiats de l'HMR, ce qui représente 15,8% de la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale et 17,3 % de celui du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Ces proportions sont plus élevées que la moyenne montréalaise qui est de 15,7 %. Pour ce qui est du pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, nous sommes également majoritairement au-dessus de la moyenne régionale comme en témoigne le tableau suivant.

¹Les données proviennent du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal www.emis.santemontreal.qc.ca dans la section Produits CSSS, plus précisément dans les sections « chiffres-clés », et ce, pour les territoires du CSSS Lucille-Teasdale et du CSSS de la Pointe-de-l'Île. (www.emis.santemontreal.qc.ca/produits-csss/lucille-teasdale et www.emis.santemontreal.qc.ca/produits-csss/pointe-de-ile).

²Projections de population à partir des données de l'ISO - édition 2009 - Rapport final - Plan clinique, 19 novembre 2013.

³<http://www.cssslucilleteasdale.qc.ca/votre-csss/qui-nous-sommes/observatoire-populationnel/portrait-de-la-population/>

⁴Projections de population à partir des données de l'ISO - édition 2009 - Rapport final - Plan clinique, 19 novembre 2013.

⁵www.emis.santemontreal.qc.ca - Des enfants qui naissent et qui se développent en santé, chiffres-clés, (2014-02-27).

⁶www.emis.santemontreal.qc.ca - Les aînés montréalais, chiffres-clés, (09-12-2013).

	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal
65 ans et plus chez les femmes	19 %	19,5 %	18 %
65 ans et plus chez les hommes	12,5 %	14,8 %	13,1 %

De plus, notons que 45 % de la population âgée de 65 ans et plus vit seule sur le territoire du CSSS Lucille-Teasdale comparativement à 32,6 % pour le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île. La moyenne régionale est de 35,8 %.

Près de la moitié (45,4 %), des personnes âgées de 65 ans et plus vivant sur le territoire du CSSS Lucille-Teasdale vivent sous le seuil de la pauvreté. Ce qui est nettement supérieur à la moyenne montréalaise qui est de 37,5 %. Quant au CSSS de la Pointe-de-l'Île, 35 % de sa population âgée de 65 ans et plus vit sous le seuil de la pauvreté.

4.4 PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ⁷

Santé de la population⁸

De façon générale, les indicateurs en lien avec l'état de la santé de la population de notre bassin de desserte immédiat sont plus élevés que la moyenne montréalaise en ce qui a trait aux habitudes de vie et aux facteurs de risque des maladies chroniques :

- La proportion de fumeurs de 15 ans et plus est de 24,2 % pour le territoire du CSSS Lucille-Teasdale et de 19,9 % pour le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Pour l'ensemble de l'Île de Montréal, cette proportion est de 18,9 %;
- Le pourcentage de personnes souffrant d'embonpoint âgées de 18 ans et plus est de 33,1 % pour le CSSS Lucille-Teasdale et de 38,8 % pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île. Pour l'ensemble de la région, il atteint 33,8 %;
- Près du tiers de la population des territoires des deux CSSS desservis âgée de 45 ans et plus souffre d'hypertension (CSSS Lucille-Teasdale 32,2 %, CSSS de la Pointe-de-l'Île 31,4 %). Cette proportion est un peu au-dessus de la moyenne régionale qui est de 29,9 %;
- 7,4 % de la population du CSSS Lucille-Teasdale âgée de 15 ans et plus souffre de diabète, comparativement à 8,6 % pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île. Cela représente le plus haut taux pour l'ensemble de la région dont le pourcentage moyen est de 6,6 %;
- 37 % de la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale cumule au moins deux habitudes de vie (faible niveau d'activité physique, consommation de fruits et légumes insuffisante, cigarette, et consommation d'alcool de manière excessive), associées à l'apparition de maladies chroniques. Le pourcentage pour la population du CSSS de la Pointe-de-l'Île est de 39 %.

Cancers et mortalité⁹

Pour les principaux cancers, soit le cancer du poumon, le cancer du côlon-rectum et le cancer du sein, les territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île présentent des écarts statistiques défavorable comparativement à Montréal (pour 100 000 de population).

	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal
Cancer du poumon	112	92,2	80,9
Cancer du côlon-rectum	70,5	67,5	64,3
Cancer du sein	133	132	129

⁷Les données proviennent du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal www.emis.santemontreal.qc.ca dans la section Produits CSSS, plus précisément dans les sections « chiffres-clés », et ce, pour les territoires du CSSS Lucille-Teasdale et du CSSS de la Pointe-de-l'Île. (www.emis.santemontreal.qc.ca/produits-csss/lucille-teasdale et www.emis.santemontreal.qc.ca/produits-csss/pointe-de-ile).

⁸Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Enquête TOPO 2012, maladies chroniques et déterminants du RSS de Montréal.

⁹www.emis.santemontreal.qc.ca, Les maladies chroniques, chiffres-clés, (09-12-2013)

En ce qui concerne la mortalité selon le type de cancer, nous constatons un écart important (pour 100 000 de population) entre la moyenne régionale et notre bassin de desserte immédiat comme en témoignent les chiffres suivants.

	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal
Tumeurs malignes	270	238	221,4
Tumeurs malignes (F)	234	199	194,3
Tumeurs malignes (H)	329	297	263
Tumeurs cancer du poumon	90,1	74,2	63,9
Tumeurs cancer côlon-rectum	32,8	26,8	26,3
Cancer du sein (F)	35,1	32,7	30,6

Hospitalisations¹⁰

Des écarts notables sont aussi présents en ce qui touche le nombre d'hospitalisations et le nombre annuel de mortalités.

Le taux d'hospitalisation pour toutes causes confondues de nos deux bassins de desserte immédiats dépasse de façon importante la moyenne montréalaise de 665,7 /10 000 : soit un taux de 733/10 000 pour le CSSS Lucille-Teasdale et de 704/10 000 pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île.

Le portrait demeure le même lorsqu'il est question des hospitalisations pour les causes suivantes :

10 000 de population	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal
Tumeurs malignes	64,6	60	54,4
Appareil circulatoire	96,2	92,3	87,6
Appareil respiratoire	69,5	62,9	57
Maladie pulmonaire obstructive chronique	22,1	18,3	16,5

Maladies chroniques

En ce qui concerne le taux de mortalité en lien avec les maladies chroniques, les données du territoire desservi par le CSSS Lucille-Teasdale sont nettement supérieures à la moyenne régionale :

10 000 de population	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal
Appareil respiratoire	77,6	57,8	59,6
Appareil circulatoire	203	177	182,1
Diabète	32,7	22,5	20,9

État de santé des aînés de 65 ans et plus¹¹

Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues des personnes âgées de 65 ans et plus est sensiblement identique à la moyenne montréalaise (1 812/10 000) pour ce qui est du CSSS de la Pointe-de-l'Île (1 782/10 000). Les données pour le CSSS Lucille-Teasdale (1 931/10 000) sont, quant à elles, légèrement supérieures à la moyenne régionale.

C'est le même constat en ce qui concerne la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle.

	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de la Pointe-de-l'Île	Région de Montréal
Prévalence diabète	26,3	26,1	24,1
Prévalence hypertension artérielle	37,1	39,3	35,9

¹⁰www.emis.santemontreal.qc.ca Les maladies chroniques, chiffres-clés, (09-12-2013)

¹¹www.emis.santemontreal.qc.ca Les aînés montréalais, chiffres-clés, (09-12-2013)

4.5 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus au plan stratégique 2011-2015

L'HMR s'est donné pour mission d'offrir des soins de qualité à ses patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche. La vision de l'HMR est celle d'un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence. Les priorités organisationnelles 2013-2014 s'articulent autour de huit grands enjeux du plan stratégique sur lesquels les équipes de soins, d'enseignement et de recherche, ainsi que le personnel des directions de soutien de l'HMR, s'affairent afin de créer une réelle différence dans la vie de milliers de patients.

Voici les principaux résultats obtenus en regard des priorités organisationnelles 2013-2014. Les objectifs présentés dans ce rapport sont ceux dont l'action s'avérerait obligatoire en vertu de la réglementation ou ceux considérés comme prioritaires pour l'organisation.

Nos enjeux et objectifs

Enjeu 1 **L'équilibre entre la mission locale et la mission régionale, suprarégionale et universitaire**

Objectif Poursuivre le développement des continuums de services avec les CSSS pour les clientèles ciblées.

Réalisations :

Clientèle des personnes âgées

- Repérage de la clientèle de 75 ans et plus pour le Pôle 1¹², une initiative réalisée;
- Planification du congé intégrée dans le projet de Fluidité - des travaux sont en cours;
- Avis (Demande de services interétablissements) transmis dès l'admission de l'utilisateur pour toute la clientèle hospitalisée connue des CSSS du Pôle 1 pour la planification du congé.

Clientèle de l'urgence

- Consolidation de l'intégration d'une infirmière réseau au sein de l'équipe interdisciplinaire de l'urgence afin d'assurer une prise en charge rapide et soutenue de la clientèle âgée de plus de 75 ans du Pôle 1;
- Diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) des 75 ans et plus de 14 heures au cumulatif de l'année 2013-2014 pour une moyenne globale de 35 heures;
- Mise en place de services adaptés à la condition de cette clientèle de première ligne avant son départ de l'urgence. Intensification des services offerts par les partenaires de première ligne comme alternative à l'hospitalisation;
- Poursuite du projet de Fluidité en y intégrant les exigences requises par la circulaire 2012-033 sur le désencombrement des urgences mises en œuvre dans le Pôle 1;
- Mise en place d'une fonction de repérage de la clientèle âgée vulnérable dès son arrivée à l'urgence afin d'évaluer la possibilité de retour à domicile ou d'accélérer la prise en charge médicale. Pour la clientèle dont le retour à domicile est compromis, l'application rapide des mesures permet de prévenir le déclin fonctionnel lors du séjour sur civière à l'urgence.

Clientèle en santé mentale

- Poursuite des démarches afin de réaliser le transfert des clients vers la première ligne.

¹²Composition du Pôle 1 : Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Santa Cabrini, CSSS Lucille-Teasdale, CSSS de la Pointe-de-l'Île, CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel

- Objectif :** Poursuivre la réalisation du Centre d'excellence en santé de la vision.
- Réalisations :**
- Représentation auprès du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Toutes les représentations auprès des autorités concernées ont été réalisées. En attente d'une confirmation écrite pour la confirmation du rehaussement budgétaire;
 - Achèvement de la construction. Mise en activité du Centre d'excellence en thérapie cellulaire en cours. Obtention du niveau Bonnes pratiques de fabrication (BPF) en cours de façon progressive en date du 31 mars 2014. Activités du laboratoire de thérapie cellulaire transférées et opérationnelles.

- Objectif :** Déployer, sur l'ensemble des unités de soins, les interventions visant à prévenir la détérioration de la condition des personnes âgées durant leur séjour hospitalier.

- Réalisations :**
- Élaboration d'une évaluation brève par l'infirmière pour la mobilité et la marche (outil et formation);
 - Formation en cours des équipes de soins sur le syndrome d'immobilisation et sur le delirium;
 - Poursuite et consolidation du déploiement du plan de travail du préposé aux bénéficiaires afin d'encadrer la mobilisation des personnes âgées;
 - Amélioration de la prise en charge de la clientèle âgée à l'urgence afin d'éviter le déclin fonctionnel. Dépistage réalisé avec l'outil AINÉES. Évaluation et prise en charge par l'équipe interdisciplinaire effectuées dès le triage.

- Objectif :** Mettre à jour le plan clinique de l'HMR et le présenter aux instances régionales.

- Réalisation :**
- Réponse aux questions de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en regard du Plan clinique déposé par l'HMR. Le document transmis le 20 septembre 2013 présentait une vue d'ensemble des différentes hypothèses de programmation clinique et fournissait également tous les compléments d'information requis.

Enjeu 2 : Le leadership de l'HMR en enseignement au sein du réseau universitaire

- Objectif :** Assurer une présence optimale de l'HMR aux activités du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et de l'Université de Montréal (UdeM).

- Réalisations :**
- Le nouveau contrat d'affiliation avec l'UdeM a été approuvé par le conseil d'administration de l'HMR et l'Agence a donné un avis favorable au ministre en ce sens. Nous sommes en attente de l'autorisation du MSSS pour sa signature;
 - Participation importante des représentants de l'HMR aux comités du RUIS et de l'UdeM suivants:

Comité des pratiques collaboratives et formation interprofessionnelle (RUIS)

- Participation à l'élaboration du document de référence Pratique collaborative: engagement et leadership et du Guide d'implantation du partenariat et de services.

Comité de coordination universitaire de l'enseignement dans les centres hospitaliers

- Présidence du sous-comité de révision du contrat d'affiliation et présidence du sous-comité de révision du mode de distribution des subventions à l'enseignement clinique. Cette implication nous a permis d'obtenir un rehaussement de quelque 300 000 \$ par année de notre financement pour l'enseignement. Nous avons également participé au sous-comité sur l'interprétation de l'entente collective des résidents.

Comité du réseau infirmier (Faculté des sciences infirmières)

- Participation au projet de recherche pour le développement d'un portail en oncologie et participation à l'organisation du colloque du RUIS, le 12 novembre 2013, sur les télésoins à domicile.

Comité du programme des infirmières praticiennes spécialisées (Facultés des sciences infirmières et de médecine)

- Mise à jour de la préparation de stages pour les infirmières praticiennes spécialisées de néphrologie de janvier 2015.

Comité de gestion de la Maîtrise en pharmacothérapie avancée

- Obtention de l'agrément du Conseil canadien de la résidence en pharmacie jusqu'en 2017. Réception de 60 demandes d'admission au programme pour 2014-2015 et tenue d'une journée portes ouvertes le 29 avril 2014. Élaboration d'un programme de résidence en clinique d'oncologie en cours.
- Participation des équipes de l'HMR aux travaux de recherche et diffusion en enseignement menés par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et l'UdeM. Participation importante de quatre équipes cliniques de l'HMR aux travaux du Programme Partenaires de soins chapeauté par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'UdeM (CPASS). Projets d'amélioration continue et de collaboration, incluant des patients partenaires selon la méthode, les cycles et les échéanciers proposés par le CPASS.

Objectif: Mettre en place des structures et des activités d'enseignement visant le développement des pratiques collaboratives.

Réalisations:

- Soutien aux initiatives d'enseignement aux patients par la contribution des bibliothécaires dans les classes d'enseignement aux patients. Production de trois nouvelles brochures sur le deuil, la périnatalité et la gériatrie, lesquelles s'ajoutent aux quatre déjà en circulation (cancer du sein, cancer de la prostate, le diabète et la cardiologie). En lien avec le programme Partenaires de soins, un dépliant expliquant le Plan d'intervention interdisciplinaire aux patients et une brochure pour les professionnels ont été réalisés;
- Promotion du programme de Formation médicale continue (FMC). Implication des médecins de famille de l'Unité de médecine familiale (UMF) dans le développement du programme. Comité formé de trois médecins de famille et du directeur de l'enseignement. Réalisation de huit activités de formation continue en 2013-2014 réunissant plus de 1 200 médecins de famille et professionnels de la santé de la grande région de Montréal.

Objectif: Développer nos infrastructures d'enseignement et de formation du personnel et planifier leur intégration dans un Centre du Savoir.

- Réalisations:**
- Aménagement d'un laboratoire d'enseignement en néphrologie. Ouverture du laboratoire réalisée le 21 janvier 2014. Son plateau technique avant-gardiste et son équipement à la fine pointe confèrent à ce laboratoire une véritable pratique novatrice pour l'enseignement des soins néphrologiques;
 - Plusieurs rencontres se sont tenues avec la Fondation HMR et des documents ont été produits par la Direction de l'enseignement sur le Centre du Savoir pour soutenir la campagne de financement majeure. Le directeur de l'enseignement a rencontré des donateurs potentiels ainsi que le coprésident de la campagne majeure;
 - La Fondation a accepté la demande de soutien financier pour compléter les infrastructures d'enseignement de l'UMF. Financement obtenu pour compléter l'aménagement des infrastructures d'enseignement dans les nouveaux locaux de l'UMF situés au pavillon Rosemont.

Enjeu 3: L'attraction et la rétention de la main-d'œuvre

- Objectifs:**
- Améliorer la rétention du personnel;
 - Poursuivre le programme « Bien au travail » incluant le volet « Entreprise en santé ».
- Réalisations:**
- Réalisation d'un sondage organisationnel sur le climat organisationnel et sur la santé globale du personnel;
 - Mise en place de cinq groupes de travail portant sur les pratiques de gestion, les habitudes de vie, l'environnement de travail, le développement durable et la conciliation travail et vie personnelle.
- Objectif :** Poursuivre la réduction du temps supplémentaire chez les infirmières.
- Réalisation:**
- La cible de l'entente de gestion 2013-2014 de 6,80 % a été atteinte. Le pourcentage des heures supplémentaires chez les infirmières a été de 6,60 %.
- Objectif:** Poursuivre la réduction de la main-d'œuvre indépendante.
- Réalisations:**
- La diminution des heures ciblait principalement les services des soins intensifs, d'hémodialyse et l'urgence;
 - La diminution a été de 13 124 heures dans ces trois secteurs. Malgré la non-atteinte de la cible initiale de 17 500 heures, le taux de main-d'œuvre indépendante chez l'infirmière dans l'ensemble de l'organisation est à la baisse. Il s'agit du plus bas taux depuis les quatre dernières années passant de 3,39 % en à 2,66 %.

Enjeu 4: La performance du Centre de recherche

- Objectif:** Améliorer la performance du Centre de recherche.
- Réalisation:**
- La mise en œuvre d'un plan d'amélioration de la performance a permis d'augmenter de façon importante le nombre de demandes de subventions avec une progression marquée du nombre de demandes acceptées lors des quatre derniers concours des Instituts de recherche en santé du Canada. De plus, le nombre de subventions obtenues a également doublé durant cette même période. Ces fonds s'avèrent précieux pour permettre aux équipes de chercheurs de nos quatre axes d'excellence de mettre au point des traitements novateurs pour différentes maladies dans le but d'améliorer les soins aux patients et leur qualité de vie.

Objectif: Élaborer et adopter un plan stratégique de financement.

Réalisations:

- Élaboration et adoption d'un plan stratégique de financement supportant la demande de financement pour l'agrandissement du Centre de recherche;
- Réalisation du projet en cours en lien avec la demande de plan fonctionnel et technique pour l'agrandissement du Centre de recherche. Il reste à confirmer l'évaluation des coûts d'exploitation et d'entretien des nouveaux espaces. Émission par l'Université de Montréal, fin mars, de son Plan décennal des investissements universitaires 2014-2024. En tenant compte des appuis de l'Université, un plan stratégique de financement sera déposé en début 2014-2015.

Objectif: Promouvoir la recherche clinique en développant des secteurs à fort potentiel.

Réalisation:

- Démarche amorcée pour le développement des secteurs de recherche clinique en pneumologie.

Enjeu 5: La sécurité et la qualité des services à la clientèle

Objectif: Assurer à la clientèle l'accès aux services dans les délais établis par une organisation des services optimisée, en fonction des ressources disponibles, pour créer une offre de services qui répond aux cibles fixées.

Réalisations:

- Mise en place d'un guichet de dépistage du cancer colorectal;
- Zones franches à l'Hôpital Fleury pour l'ophtalmologie;
- Zones franches à l'Hôpital Santa Cabrini pour la clientèle avec deux ans et plus d'attente;
- 92,2 % des cataractes opérées dans les délais prescrits de six mois;
- 87,1 % des chirurgies d'un jour réalisées dans les délais prescrits de six mois;
- 88,6 % des chirurgies avec hospitalisation réalisées dans les délais prescrits de six mois;
- La capacité limitée du bloc opératoire ne nous permet pas d'atteindre la cible de 90 % des chirurgies d'arthroplastie de la hanche et du genou en dedans de six mois;
- Implantation de l'Accueil clinique pour cinq conditions médicales;
- Proportion des patients traités dans les délais en radio-oncologie est de 100 %;
- 100 % des examens d'hémodynamie ont été réalisés dans les délais.

Objectif: Mettre en œuvre le chantier des approches collaboratives.

Réalisations:

- Adoption à titre de document de référence des documents élaborés par le RUIS de l'Université de Montréal avec la contribution d'intervenant de l'HMR, soit le Guide d'implantation du partenariat et de services ainsi que le document Pratique collaborative: engagement et leadership.
- Achèvement d'un cycle du programme partenaire de soins chez les quatre équipes ciblées (cancer du sein, cellules hématopoïétiques, maladie inflammatoire de l'intestin, suivi intensif dans le milieu);
- Consultation sur l'encadrement du patient ressource;
- Déploiement du protocole interdisciplinaire de prévention et de traitement des plaies de pression;
- Travaux sur le « Plan d'intervention interdisciplinaire ».
- Bilan de fin de projet - Chantier sur les approches collaboratives - déposé en février 2014.

Enjeu 6 : Les technologies de l'information et les infrastructures immobilières aux normes actuelles

Objectif : Réaliser les projets de réaménagement et de construction convenus.

Réalisations :

- Construction de la phase 3 de l'urgence. Agrandissement et réaménagement fonctionnel en cours avec un léger retard;
- Construction de l'Unité de médecine familiale complétée en mai 2014;
- Réalisation du projet du Centre de dialyse. Un projet essentiel afin que la population de Montréal ait accès rapidement à des services de qualité et que l'HMR ait la capacité de répondre aux besoins de ses usagers afin qu'ils puissent être soignés le plus près possible de leur milieu de vie. Approbation du Plan fonctionnel technique en discussion avec le MSSS, la Société québécoise des infrastructures et le Conseil du trésor;
- Réalisation de la phase 1 du projet de géothermie. Phase 2 en développement avec l'installation d'équipements de thermopompes et de pompes.

Objectif : Réaliser le Plan maître immobilier (PMI).

Réalisation :

- Présentation et dépôt du PMI aux différents intervenants externes, dont le MSSS et l'Agence.

Objectif : Assurer la diffusion d'information de qualité, fiable, pertinente et à jour permettant aux différentes instances d'agir efficacement.

Réalisations :

- L'implantation du système OACIS et de la numérisation dans les unités pilotes aura lieu en septembre 2014. D'autre part, un logiciel de gestion des documents est en implantation dans les unités pilotes;
- L'alimentation du système de laboratoire pour le Dossier Santé Québec (DSQ) a été complétée en novembre 2013.

Enjeu 7 : Une gestion performante et imputable

Objectif : Obtenir un financement additionnel permettant d'assurer l'évolution de l'offre de service tout en maintenant notre performance comparative.

Réalisations :

- Plan de retour à l'équilibre en bonne voie d'être respecté. La majorité des mesures se réalisent malgré des difficultés dans certains secteurs (soins spéciaux requis, temps supplémentaire et mesures associées au travail des partenaires). Des mesures alternatives se sont toutefois réalisées (ex. : non-remplacement) pour combler le manque à gagner. Un accroissement important du volume d'activités a toutefois augmenté la pression financière;
- Obtention d'un redressement de la base budgétaire de 5,1 M\$. Celui-ci ne comble toutefois pas les besoins correspondant au niveau d'activités observées dans l'établissement;
- Un accroissement de la subvention de l'Université de Montréal de 155 000 \$ a été obtenu en 2013-2014.

Objectif : Assurer la disponibilité d'information de qualité à l'ensemble des gestionnaires.

Réalisations :

- Cadre de gestion de l'information élaboré et actuellement en phase de consultation, préalablement à sa mise en application;
- Instauration du «C.A. sans papier»;
- Intégration des systèmes cliniques dans Med GPS. Le système Med GPS est opérationnel pour l'ensemble des modules disponibles tel qu'établi dans la charte de projet. L'environnement de production est installé et tous les systèmes sont intégrés. Les données de l'urgence et des hospitalisations sont validées.

Enjeu 8 : Une communication efficace et soutenue

Objectif : Assurer une présence soutenue de l'HMR dans une variété de réseaux.

Réalisations :

- Communiquer clairement le positionnement public de l'HMR sur les aspects des soins, de l'enseignement et de la recherche;
- Visibilité accrue grâce à une hausse du nombre d'articles favorables sur la notoriété de l'HMR. 20 communiqués ont été diffusés au cours de l'année sur les sujets suivants : Subvention de Génome Canada, Chaire Myélome Canada (UdeM), Institut de recherche en immunologie et en oncologie (IRICOR), portes ouvertes du Centre de recherche, colloque TDH-A, mois du cancer du sein, découverte en rétinopathie diabétique, mention d'honneur en oncologie (AIC), agrément (délégation Belge), Canada's Top 40 Research Hospitals, colloque Téléssoins (RUIS), bilan politique alimentaire, prix d'excellence DQC, découverte majeure en recherche contre le cancer, subvention innovation clinique en oncologie, inauguration du premier laboratoire de simulation en soins néphrologiques au Québec, inauguration de la suite de radiostéréométrie.



Activités de
l'établissement

5. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1. DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

Au plan local, l'HMR répond aux besoins de l'ensemble de la population de l'Est de l'île de Montréal et agit en tant qu'hôpital de première instance pour la population des territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île. Il joue donc un rôle d'hôpital à vocation locale, s'inscrivant dans un partenariat de hiérarchisation des soins.

Au plan régional et suprarégional, l'hôpital est un milieu de référence pour la clientèle qui nécessite des soins spécialisés et ultra spécialisés, particulièrement en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale, ainsi qu'en ophtalmologie.

En tant qu'hôpital universitaire, l'HMR participe par ailleurs à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal, et d'autres facultés de sciences. Il offre aussi des activités d'enseignement aux étudiants des niveaux collégial et secondaire.

L'équipe de l'HMR s'investit dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique, particulièrement dans ses axes d'expertise spécifique. Il procède également à l'évaluation des plus récentes technologies pour en dégager des pistes de développement futur.

De manière organisationnelle, les services de l'HMR s'articulent autour de huit programmes-clientèles et de deux programmes-diagnostiques.

Programmes-clientèles :

- Chirurgie
- Médecine
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Médecine familiale et gériatrie
- Urgence
- Santé de la femme et de l'enfant
- Santé mentale

Programmes-diagnostiques :

- Biologie médicale
- Imagerie médicale

Quatre axes d'excellence à l'HMR

L'immuno-oncologie

Leader au pays dans le domaine des cellules souches et de la lutte contre le cancer, l'HMR peut compter sur une expertise de pointe en oncologie. Elle est en fait une référence dans toutes les disciplines de l'oncologie. L'HMR possède des forces cliniques ultraspécialisées distinctives en chirurgie oncologique et en radio-oncologie. Il peut aussi compter sur l'expertise d'équipes interdisciplinaires chevronnées, dont six sont désignées suprarégionales par la Direction québécoise du cancer soit l'hématologie, la greffe, le sein, le poumon, le colorectal et le musculo-squelettique.

Le développement de l'axe immunologie-oncologie se structure autour du Centre d'excellence en thérapie cellulaire, qui en propulse les avancées. Dans son volet d'immunologie-oncologie, l'équipe du Centre d'excellence en thérapie cellulaire du Dr Denis Claude Roy pousse plus loin les recherches sur les cellules souches hématopoïétiques, le système immunitaire et le cancer pour combattre les leucémies et les infections par l'immunothérapie.

La greffe de cellules souches hématopoïétiques

L'HMR accueille le plus important Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques du Québec et le deuxième en importance au Canada. Cette année, pas moins de 165 greffes ont été réalisées. Il est ainsi le plus important centre de référence pour les patients atteints du cancer du sang.

L'ophtalmologie

L'HMR compte sur la plus grande expertise au pays en santé de la vision ainsi que sur les laboratoires les mieux équipés en Amérique du Nord. Il affirme sa position de chef de file en offrant la gamme complète de tous les services spécialisés et surspécialisés, répondant aux plus hauts standards, depuis l'évaluation jusqu'à la réadaptation. Il se démarque aussi sur le plan de l'enseignement et de la recherche.

Le Centre de recherche travaille au développement de nouveaux traitements pour réduire les troubles de la vision. Avec la thérapie cellulaire, les chercheurs sauront mieux convertir des cellules souches en cellules de la rétine. Ils pourront aussi mettre au point de nouveaux procédés innovateurs pour les greffes de la cornée et le traitement du glaucome.

L'HMR héberge aussi la Banque d'yeux du Québec, un centre d'expertise en prélèvement, préservation et distribution de dons de la cornée.

La néphrologie et la greffe rénale

Le service de néphrologie de l'HMR, compte l'un des plus importants centres de dialyse au Québec. En matière de néphrologie, d'insuffisance rénale et d'hémodialyse, l'HMR est devenu une référence internationale. L'HMR occupe le 1^{er} rang québécois quant au nombre de traitements offerts annuellement par un service d'hémodialyse centralisé.

Avec la volonté de voir l'excellence s'inscrire dans une amélioration continue des soins, l'HMR développe aussi des programmes favorisant l'autonomie et la qualité de vie des patients, tel qu'un Service d'hémodialyse à domicile. Le service poursuit aussi le développement de traitements novateurs pour les problèmes avancés et complexes des reins.

5.2 DESCRIPTIONS DES PROGRAMMES-CLIENTÈLES ET DES PROGRAMMES-DIAGNOSTIQUES

5.2.1 Programme-clientèle de chirurgie

Chirurgie

Collaborer, soigner, guérir

Les services en chirurgie s'adressent à des patients provenant de plusieurs spécialités médicales. Ils couvrent la chirurgie générale ainsi que des services de chirurgies spécialisés allant de la chirurgie d'investigation à l'intervention.

La priorité pour l'équipe de chirurgie est sans contredit l'accessibilité. À ce titre, dans l'ensemble, c'est mission accomplie.

Les activités chirurgicales ont dépassé l'ensemble des cibles établies. Ceci est sans compter les quelque 2 161 patients opérés pour une chirurgie de la cataracte, grâce au maintien de la zone franche avec l'Hôpital Fleury. L'HMR a aussi une nouvelle zone franche avec l'Hôpital Santa Cabrini. Cette zone a déjà permis d'opérer 212 patients de plus, dans différentes spécialités.

18 234 chirurgies offertes à l'HMR

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Chirurgie d'un jour	12 224	10 554	10 410
Chirurgie avec hospitalisation	6 012	5 730	6 204
Volume total	18 236	16 284	16 614

Pour réussir à augmenter l'accès aux patients en chirurgie, l'équipe a procédé à l'intégration de l'unité de formation chirurgicale dans le programme-clientèle permettant ainsi de développer l'expertise des cliniciens et le lien avec les différentes disciplines.

Le Centre de gestion de la douleur a aussi amélioré son accessibilité à la clientèle en faisant l'acquisition d'une technologie de pointe, soit l'appareil de thermolésion, qui sert à traiter les lombalgies chroniques. Cela a été possible grâce au soutien financier de la Fondation de l'HMR.

La chirurgie de demain, collaborative

En 2013-2014, l'équipe de chirurgie a mis en œuvre une nouvelle approche pour la prise en charge des patients nécessitant des chirurgies colorectales. Basée sur le programme appelé *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), cette approche intègre des principes de soins répandus à travers le monde. Elle est fondée sur la volonté de limiter la réponse physiologique au stress chirurgical, faisant appel à des spécialistes de différents secteurs pour planifier de manière méthodique chacune des étapes du cheminement de soins du patient opéré. L'implantation de cette méthode à l'HMR a été rendue possible grâce à une collaboration interdisciplinaire. Les équipes de soins infirmiers, les anesthésiologistes, la médecine interne et le Service de nutrition se sont unis pour en garantir ce grand succès.

Le Programme-clientèle de chirurgie a aussi tenu son premier colloque en soins infirmiers, qui a eu lieu en juin 2013, entièrement dédié aux professionnels du programme. Ayant connu un franc succès par la qualité de ses conférenciers et le haut taux de participation, le colloque s'inscrit dans une volonté d'uniformiser et d'améliorer les connaissances et les compétences du personnel soignant, pour hausser la qualité des soins. L'objectif a été atteint puisque nous avons eu un haut taux de satisfaction de l'ensemble des participants.

5.2.2 Programme-clientèle de médecine

Médecine

Un modèle d'organisation

Le Programme-clientèle de médecine offre un grand nombre de soins spécialisés et surspécialisés dans des secteurs variés. Les équipes, sollicitées autant pour la clientèle hospitalisée qu'en service ambulatoire, interviennent en cardiologie, en dermatologie, en endocrinologie, en gastro-entérologie, en médecine interne, en néphrologie, en neurologie, en pneumologie et en rhumatologie.

L'équipe du Programme-clientèle de médecine offre également des soins intensifs médicaux et chirurgicaux incluant une unité coronarienne. Elle contribue à l'investigation et au traitement de la clientèle de l'établissement en offre des services d'endoscopie, d'électrophysiologie médicale, d'hémodynamie et de dialyse.

Ce programme-clientèle a aussi un programme de greffe rénale et a également un mandat de soins à domicile aux malades pulmonaires chroniques pour tout le territoire de Montréal-Centre tout en poursuivant une mission supra régionale en support à l'organisation des services.

Planifier les congés

L'équipe de médecine veut être reconnue par sa clientèle et par le réseau de la santé comme un modèle d'organisation, un centre de soins et de services dont le cœur de la mission est de répondre aux besoins de sa clientèle. Pour y parvenir, les cadres, les employés et les médecins sont engagés dans une amélioration continue de la qualité des soins et services dispensés.

Le mode de gestion participative a été au centre d'une démarche visant à augmenter la fluidité des déplacements des patients entre les différents services.

Misant sur le développement d'un processus permettant une meilleure planification des congés des patients, l'équipe a déjà identifié des pistes de solutions efficaces. En standardisant les processus, en améliorant la qualité et la circulation de l'information, en impliquant et en responsabilisant plus les familles, en définissant mieux les besoins et les différentes étapes, l'équipe de médecine a réussi à rendre le processus plus fluide et à augmenter l'accessibilité des lits. Outre une plus grande efficacité des services, cette approche a permis d'accélérer le processus de prise en charge des patients de l'urgence en attente d'une hospitalisation dans les unités de soins.

Cibles générales :

- 40 % des départs avant 11 h
- 60 % des admissions avant 16 h

Depuis le début du projet Fluidité :

- Taux d'admissions avant 16 h : passé de 42 % à 54 %
- Délai entre le congé signé et l'arrivée d'un nouvel usager : de 10 h 02 à 4 h 41.

Pour contribuer à la mission universitaire de l'établissement, le Programme-clients de médecine offre un milieu propice à la recherche clinique, à la recherche fondamentale et à l'enseignement pour tous les types de professionnels œuvrant dans le programme.

5.2.3 Programme-clients d'ophtalmologie

L'ophtalmologie à l'HMR, pour voir plus loin

L'année 2013-2014 aura été fébrile pour le Département d'ophtalmologie. Desservant une clientèle nécessitant des soins et des services de pointe, il continue de faire des avancées dans son secteur en recherche, nourrit les futurs experts grâce à un programme d'enseignement réputé et contribue au développement technologique de la pratique.

Situé au Centre Michel-Mathieu et au pavillon Rosemont, le Département d'ophtalmologie de l'HMR dispense des soins médicaux et chirurgicaux en croissance constante. Son expertise couvre la cornée, le glaucome, la neuro-ophtalmologie, l'oculoplastie, la pédiatrie et la rétine. Le département maintient aussi sa position de chef de file tout en offrant tous les services spécialisés et surspécialisés, tant pour les adultes qu'en pédiatrie.

Mieux encore, l'équipe a collaboré avec ses partenaires du Réseau universitaire intégré de santé de l'UdeM afin de rendre son expertise davantage accessible dans le réseau de la santé et des services sociaux.

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Visites	77 734	67195	61748
Rendez-vous	109 131	94 164	84 848
Chirurgies mineures	708	480	355

La plus grande expertise au pays

L'HMR compte sur la plus grande expertise au pays en santé de la vision, ainsi que sur les laboratoires les mieux équipés en Amérique du Nord. De l'évaluation jusqu'à la réadaptation oculaire, ses services répondent aux plus hauts standards de leur milieu. L'HMR regroupe aussi la plus importante équipe de médecins ophtalmologistes au Québec. 21 médecins actifs, 10 associés et 7 membres-conseils, tous très impliqués dans la recherche et dans l'enseignement. Ensemble, ils voient plus loin.

Continuer d'innover

Au cours de la dernière année, l'équipe de la Banque d'yeux du Québec a pratiqué avec succès la découpe délicate de cornées sur leur épaisseur, une première au Québec. Depuis, la Banque d'yeux du Québec est devenue le site provincial désigné pour la préparation de ce type de cornées prédécoupées pour les greffes.

En 2013-2014, la clinique externe d'ophtalmologie a par ailleurs été l'hôte pour la phase prépilote du projet d'implantation du logiciel de Gestion des documents électroniques (GDE). Adaptés à chaque surspécialité clinique, les formulaires sont utilisables en mode transversal et leurs traitements sont conviviaux. Leur efficacité et le soutien de l'équipe d'implantation ont conquis les intervenants. Ils apprécient aussi la disponibilité immédiate des données et le gain d'efficacité réalisé. Au fur et à mesure du déploiement du logiciel, l'utilisation du dossier papier est progressivement éliminée.

Diminuer le temps d'attente tout en offrant les meilleurs soins possible étant au cœur de la philosophie de gestion de l'HMR, une équipe interdisciplinaire de la clinique externe a pour sa part terminé avec succès un projet visant à diminuer de moitié le temps d'attente des patients en clinique de la rétine, la plus achalandée. Des mesures concrètes retenues ont été mises en place en mai 2014.

Pépinière de talents et d'avancées médicales

Bénéficiant de l'expertise de 28 professeurs, l'HMR forme les meilleurs spécialistes du domaine et offre un programme de formation au doctorat en sciences de la vision et un programme de Fellowship, ouvert à la clientèle internationale, unique au Canada. En 2013-2014, 40 résidents et cinq fellows sont venus y parfaire leur formation.

Chef de file incontesté en recherche en santé de l'œil au Canada, le Centre de recherche de l'HMR a aussi poursuivi des projets en recherche fondamentale et clinique pour améliorer les connaissances et les pratiques cliniques, procédant aussi à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

5.2.4 Programme-clientèle d'oncologie

Oncologie

Des soins novateurs et humains

Le Service d'oncologie de l'HMR offre des soins et des traitements curatifs et palliatifs spécialisés et surspécialisés. Les champs d'expertise en place couvrent la chimiothérapie, la radiothérapie, la greffe de cellules souches hématopoïétiques, l'immunothérapie, la thérapie cellulaire et l'oncologie chirurgicale.

Les intervenants travaillent selon une approche interdisciplinaire basée sur l'apport de tous les membres de l'équipe, afin d'améliorer la qualité des soins et services à sa clientèle. Collaborant d'ailleurs avec le Centre provincial de greffe de cellules souches hématopoïétiques et le Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) de l'HMR, l'équipe d'oncologie s'affiche déjà comme un leader en matière de développement du savoir et de la recherche en hématologie maligne. Elle continue de pousser la recherche plus loin, encourageant tant les volets de recherche fondamentale, clinique et translationnelle.

Leader en hématologie maligne

En 2013-2014, c'est un total de plus de 6 604 personnes aux prises avec différents types de cancers qui ont été soignées en oncologie. Cette clientèle provient de Montréal et de l'extérieur de Montréal.

Volume d'activités en oncologie

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Visites	54 187	53 052	46 030
Volume d'activités	20 798	20 499	20 269
Traitements de chimiothérapie	11 462	10 757	10 241
Activités de suivi de greffe en externe	277	218	191
Urgences oncologiques	1 665	1 761	1 392

Des premières en oncologie

L'HMR est un terrain fertile pour l'innovation en oncologie. Au cours de l'année 2013, elle a été le site d'une première en traitement du cancer des poumons et en ortho-oncologie.

Pour la première fois au Québec, des médecins et leurs équipes ont procédé au retrait complet de l'os d'un patient atteint d'un cancer, pour le soumettre à de très fortes doses de radiation en radio-oncologie. L'os a par la suite été remplacé à sa position naturelle. Le patient se déplace aujourd'hui à l'aide d'une canne. L'extraordinaire procédure réussie en oncologie musculo-squelettique par les Drs Sophie Mottard et Nader Khaouam a été présentée lors de la dernière journée scientifique en oncologie.

Un terrain fertile pour l'innovation

Le Département de radio-oncologie a aussi innové, utilisant une technique qui permet à certains patients de recevoir un traitement de radiothérapie ciblé en quelques (trois ou quatre) sessions de traitement. La méthode utilise l'irradiation avec modulation d'intensité volumétrique par ArcThérapie (VMAT), qui permet d'irradier les tissus cancéreux avec plus de précision que la radiothérapie conventionnelle. Le traitement utilise des techniques d'imagerie, afin de délimiter les tumeurs ainsi que les organes sains, préservés lors de l'irradiation de tumeurs voisines. La technique VMAT est très complexe. Elle implique des experts en radiophysique et en dosimétrie, ce qui est rendu possible à l'HMR étant donné l'expertise développée et regroupée.

L'être humain, au cœur de la philosophie de soins

En oncologie, le patient et son réseau de soutien sont au cœur des décisions et du développement de toutes les approches de soins. Leurs droits à la confidentialité, à l'intimité, à la dignité, à leurs valeurs et croyances sont fondamentaux. Ces principes sont si importants qu'ils constituent le fondement de tous les traitements dispensés.

En 2013-2014, pour aller un peu plus loin, l'équipe a encore mieux intégré le patient au processus médical. Il est appelé à participer aux discussions avec l'équipe dédiée à son traitement. Le Service d'oncologie de l'HMR a en effet commencé à offrir des classes pour les patients sur tout le continuum de soins et de services. Un grand succès auprès de la clientèle, ces classes outillent les participants et leur redonnent du pouvoir sur leur processus de rétablissement. Il peut intervenir de manière active dans les décisions le concernant.

Le patient au cœur du processus

Le volet humain étant au cœur de la mission de l'équipe, tous adhèrent à des valeurs de respect des individus. La coopération, la confiance et la transparence garantissent un service attentif et adapté aux besoins des personnes. Sensible à l'importance du bien-être général de la personne en période de soins, le soutien psychosocial est disponible tout au long du processus.

Avant-gardistes et convaincues de l'importance de l'évolution de cette approche, les équipes du cancer du sein et de greffes de cellules hématopoïétiques se sont aussi impliquées, au cours de la dernière année, dans le projet Patient partenaire de soins. Ce projet vise à implanter un niveau élevé de collaboration avec le patient, faisant de lui un membre à part entière de l'équipe. Le projet est soutenu par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé et par la Direction collaboration et partenariat patient de l'Université de Montréal.

Unité de soins du 5^e CD

L'unité de soins du 5^e CD offre en interdisciplinarité des soins et des services à une clientèle locale, régionale et suprarégionale ayant des problèmes de santé d'origine hémato-oncologiques pour un traitement de chimiothérapie avec ou sans greffe de cellules hématopoïétiques. Dans cette perspective, elle fournit un environnement protégé nécessaire à la clientèle neutropénique.

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Aphérèses	626	552	567
Photophrèses	596	467	343
Greffes de cellules hématopoïétiques	165	158	149
Occupations par spécialités/jour Hémato/GMO	41 patients/jour	40 patients/jour	43 patients/jour
Oncologie médicale	11 patients/jour	9 patients/jour	9 patients/jour

Quelques chiffres du Département de radio-oncologie

Mises en traitement

Période	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Téléthérapies	2 878	2 935	3 281
Curiéthérapies	41	37	40
Total	2 919	2 972	3 321

Visites médicales

Période	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Consultations	3 733	4 044	4 555
Relances	6 524	6 232	5 839
Traitements	6 999	6 975	8 026
Total	17 256	17 251	18 420

Visites traitement

Période	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Téléthérapies	45 705	46 626	51 239
Curiethérapies	270	283	297
Métabolique (iode 131)	56	69	64
Total	46 031	46 978	51 600

L'ouverture des deux centres de radio-oncologie limitrophes, soit à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé à Laval et à l'Hôpital Charles-Le Moyne à Greenfield Park, a eu un impact sur le volume des activités de la radio-oncologie.

5.2.5 Programme-clientèle de médecine familiale et gériatrie

Médecine familiale et gériatrie

La santé à tout âge

L'HMR veut contribuer au maintien de la personne dans son milieu, en tenant compte de ses choix et de sa sécurité. Cette approche globale est au cœur des services en médecine familiale, un service qui dispense ses soins à une clientèle ambulatoire de tous âges, au sein d'un Groupe de médecine familiale ainsi qu'à l'Unité d'hospitalisation de médecine familiale.

Par une approche de collaboration interprofessionnelle adaptée à la personne âgée, le Service de gériatrie de l'HMR offre pour sa part des services d'évaluation spécialisés. Ses services s'adressent aux personnes âgées vulnérables, atteintes d'une perte d'autonomie récente dont les problématiques complexes peuvent compromettre le maintien dans leur milieu de vie, ou conduire à l'épuisement des proches aidants

Adapter et réduire la durée des séjours en gériatrie

En 2013-2014, l'équipe médicale de gériatrie a fortement contribué au déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée dans le but de prévenir le déclin fonctionnel de la personne âgée et d'assurer la prise en charge adéquate de cette clientèle en tenant compte des particularités physiologiques liées au vieillissement. En effet, une hospitalisation prolongée met à risque l'autonomie fonctionnelle des patients et peut entraîner des complications. Pour contrer ce problème, ce groupe d'experts a travaillé à l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans les unités de soins et à l'urgence.

Le changement de pratique est l'un des éléments qui ont fait en sorte que nous avons déjà des résultats probants. La durée moyenne de séjour en Service de gériatrie, en 2013-2014, a diminué de 30 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution favorable pour les patients a aussi permis de soigner près du double de personnes. Le Service de gériatrie a ainsi effectué 488 consultations en 2013-2014, dont 58% à l'urgence, comparativement à 404 en 2012-2013, dont 37% à l'urgence. L'infirmière en gériatrie au suivi intégré a elle-même réalisé 445 consultations en 2013-2014, dont 65 % à l'urgence, comparativement à 312 consultations

Innover, c'est aussi adapter les services

En 2013-2014, le service a aussi ouvert une unité d'hospitalisation brève en gériatrie, aménagée à même l'unité de gériatrie. Novatrice, l'unité qui génère déjà d'excellents résultats s'inscrit dans un effort pour améliorer la fluidité des services avec l'urgence et assurant un service mieux adapté pour une clientèle vulnérable avec des problèmes de santé aigus, nécessitant une courte hospitalisation.

L'unité de trois lits est dédiée aux patients de 75 ans et plus provenant de l'urgence, qui requièrent une évaluation médicale ou un traitement ponctuel et dont la problématique peut se régler lors d'un séjour hospitalier d'environ 72 heures. L'unité dirige ses actions dans le but de retourner la clientèle dans son milieu de vie, en collaboration avec nos partenaires du Pôle 1, en misant sur l'ajout de service à domicile par les CSSS.

Le succès est évident. En sept mois, des 80 patients admis dans l'unité, 70 % sont retournés à domicile en moins d'une semaine.

Former les médecins de demain

Le Service de médecine familiale est également une unité d'enseignement et de recherche pour le programme de résidence en médecine familiale relié au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. En 2013-2014, plus de 56 externes et 26 résidents y ont parfait leurs compétences. S'ajoutent à ce groupe des stagiaires en pharmacie, en soins infirmiers (de niveau Baccalauréat et Praticienne de première ligne), en sexologie au niveau de la maîtrise ainsi que des résidents d'autres programmes (psychiatrie, microbiologie et infectiologie).

Innovant même en enseignement, l'HMR a collaboré, au cours de l'année, pour accueillir des stagiaires de 3^e année du programme de technique d'acuponcture du Cégep Rosemont. Ces stages, coordonnés par l'Unité de médecine familiale, ont permis aux étudiants de parfaire leur compétence en milieu hospitalier une première, dans une approche clinique en soins de la douleur.

Faciliter l'accès à un médecin de famille

On le sait, les besoins sont toujours en croissance. En 2013-2014, l'HMR répond encore à l'appel. Le service peut afficher avec fierté ses résultats, ayant respecté les cibles requises pour les Groupes de médecine familiale.

- 23 087 patients
- 68 h d'accessibilité incluant les soirs et les fins de semaine

2013-2014 aura été une année de changements positifs. Le service a en effet réussi avec brio la transformation de son unité de médecine familiale en groupe de médecine familiale. Cette transformation permet à l'HMR d'offrir 68 heures d'accès à des soins et à des services le soir, les fins de semaine et les jours fériés, et ce, sans bris de services. La transformation aura été probante. Cette transition réussie facilite d'autant l'accès à un médecin de famille, un besoin criant au Québec.

Du même souffle, misant sur toujours plus d'efficacité organisationnelle, l'unité de médecine familiale a reçu 22 990 visites, soit 9 % de plus qu'en 2012-2013.

5.2.6 Programme-clientèle de l'urgence

Des services d'urgence 24 h par jour, 7 jours par semaine

Le Service de l'urgence a la mission de fournir des soins et des services interdisciplinaires 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à toute personne qui présente un problème de santé nécessitant des soins immédiats. Le patient y est évalué, son état de santé est stabilisé et il est orienté vers les ressources appropriées. Les médecins et les autres membres de l'équipe du Service de l'urgence voient à assurer une continuité de soins et de services selon les besoins identifiés. Cette mission est accomplie de concert avec les différentes spécialités de l'HMR et de la communauté.

En 2013-2014, malgré une hausse toujours croissante des visites au Service de l'urgence, les efforts mis de l'avant ont permis de réduire le temps d'attente pour voir un médecin, sans sacrifier le niveau de qualité de soins de l'unité. Les soins spéciaux requis (SSR ou surveillance) ont pour leur part diminué de près de 60 % dans l'ensemble.

L'équipe de gestion du Programme-clientèle de l'urgence est également parvenue à réduire les heures supplémentaires de 18 %, tout en diminuant aussi de 52 % le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Statistiques du Service de l'urgence

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Visites	68 394	63 529	65 085
Nombre d'ambulances	16 812	16 772	17 090
Temps d'attente pour voir un médecin la 1 ^{ère} fois	155 min.	208 min.	202 min.
DMS des patients sur civière	25	40	35
DMS des 75 ans et + sur civière	35	49	43
DMS santé mentale	32	43	37
DMS des patients non hospitalisés sur civière	15	28	26

DMS : Durée moyenne de séjour. La DMS est calculée en nombre d'heures.

L'atteinte des cibles demeure une priorité pour l'ensemble du Programme-clientèle de l'urgence. L'équipe du programme est parvenue à revoir la planification des effectifs de l'unité d'hospitalisation brève, tout en conservant la qualité des soins. Elle a aussi dégagé plus de 5 000 heures travaillées, et ce, malgré une augmentation du nombre de patients admis.

Statistique de l'unité d'hospitalisation brève (UHB) et de la clinique de relance

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Nombre de patients admis à l'UHB	2 153	2 074	1 988
DMS à l'UHB	2,3 jours	2,3 jours	2,4 jours
Visites à la clinique de relance	7 941	7 935	7 784

L'innovation, aux bénéfices des patients

Au cours de l'année 2013-2014, le Service de l'urgence a usé d'innovation pour augmenter la rapidité de ses services et la qualité de ses soins. En effet, un nouveau secteur a vu le jour. La section Zone vise à augmenter la fluidité dans le cheminement d'un patient à l'hôpital. Elle s'adresse à une clientèle du Service de l'urgence affectée d'une condition aiguë demandant une évaluation, un diagnostic et un traitement, mais pour lequel on anticipe un congé dans la même journée. Le séjour se déroulant sur un fauteuil, cette façon de faire répond aux exigences de l'Approche adaptée à la personne âgée en conservant la mobilité de la clientèle séjournant dans ce secteur.

Environ 12 % des visites au Service de l'urgence de l'HMR transitent par la Zone. Les patients y demeurent en moyenne quatre heures. 92 % de ces patients retournent à la maison dans la journée et 6 % d'entre eux sont hospitalisés dans les unités de soins de l'HMR. Après une année, le délai d'attente pour voir un médecin a diminué de manière importante, grâce, entre autres, à cette nouvelle approche.

La mise en place d'un plan de débordement lors des périodes d'achalandage accru au Service de l'urgence et la possibilité pour les médecins de remplir les demandes d'admission plus tôt dans le processus ajoutent au succès de l'équipe de l'urgence.

Plus de fluidité pour quitter l'urgence plus vite

L'année 2013-2014 a aussi permis de mesurer l'impact des efforts imposants de différents services pour accroître la fluidité entre l'arrivée à l'urgence et la prise en charge par des équipes mieux adaptées. À ce chapitre, la mise en place d'une fonction de repérage, et d'évaluation interdisciplinaire de la clientèle âgée vulnérable, répond mieux à cette clientèle en tenant compte de ses besoins particuliers.

Des efforts ont aussi eu un impact bénéfique dans l'approche de prise en charge en santé mentale et dans plusieurs secteurs de l'HMR, contribuant à la diminution de la durée moyenne de séjour sur civière. C'est le cas de l'ouverture de l'unité d'hospitalisation brève en gériatrie, une autre solution née de la collaboration avec l'urgence.

La réorientation de la clientèle dont le niveau d'urgence est moindre vers les cliniques réseaux est passée de 23 % à 27 % en 2013-2014 grâce à la révision des ententes, des mécanismes de référence et l'élargissement des plages de rendez-vous offertes à cette clientèle moins urgente, mais nécessitant tout de même des soins médicaux.

5.2.7 Programme-clientèle santé de la femme et de l'enfant

L'HMR est l'un des trois centres hospitaliers qui offrent des services pédiatriques à Montréal. Il est le seul centre hospitalier desservant les 668 000 habitants du territoire de l'Est de l'île de Montréal à être doté d'un département de pédiatrie. L'HMR travaille donc avec neuf CLSC, dont six sont regroupés en deux CSSS : celui de la Pointe-de-l'Île et celui de Lucille Teasdale.

C'est donc un enfant sur trois de l'île de Montréal qui vit sur le territoire de l'HMR. L'HMR offre à la femme enceinte et à l'enfant de 0 à 17 ans, des services généraux, spécialisés et surspécialisés en gynécologie, obstétrique, néonatalogie, pédiatrie et médecine familiale. Pour ce faire, il compte sur une unité d'hospitalisation pédiatrique, dont quatre lits de soins intensifs et un service de médecine de jour, une unité néonatale de soins intensifs, une salle d'accouchement ainsi qu'un secteur de soins permettant la cohabitation de la mère et de l'enfant.

Concentrés au pavillon Rosemont, la pédiatrie, les Services ambulatoires et la clinique de consultation externe du Département de pédiatrie ont accueilli près de 33 000 patients en 2013-2014.

Plusieurs autres professionnels contribuent au traitement et au diagnostic, en offrant des services de soutien en audiologie, ergothérapie, inhalothérapie, neuropsychologie, nutrition, orthophonie, psychologie, physiothérapie et en service social.

Faisant écho à la réputation du personnel de l'HMR, réputé pour son empathie, le membre du Département de pédiatrie favorise une approche humanitaire et personnalisée du patient. L'équipe prend en considération les aspects globaux de la mère et de l'enfant, le contexte socio-économique et multiethnique et favorise la participation de la famille aux soins de l'enfant, si importante pour son bien-être.

Les naissances en hausse significative à l'HMR

En 2013-2014, le Département de pédiatrie a connu plus de 2 500 naissances. Les accouchements à l'HMR sont donc en croissance. Le phénomène continue. En février 2014, 60 nouvelles patientes enceintes étaient accueillies par semaine aux cliniques externes pour les suivis obstétricaux, une hausse importante de près de 30 %. Elle s'explique en partie par le retour de congés de gynécologues-obstétriciens et par le recrutement de trois nouveaux gynécologues-obstétriciens. Deux autres nouveaux gynécologues-obstétriciens sont attendus en 2014, ce qui devrait aider à faire face à l'augmentation du nombre de patientes.

Cliniques externes et activités de médecine de jour

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Pédiatrie	35 133	35 107	34 794
Gynécologie-obstétrique	27 154	24 008	23 124

Selon le rapport de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011), le portrait de la population montréalaise change. Montréal connaît une hausse de naissances de 14,6 % en dix ans, mais l'HMR répond pour sa part à une croissance des naissances qui va bien au-delà de cette moyenne. La plus importante hausse est sans nul doute celle provenant du CSSS Lucille-Teasdale, avec une augmentation des naissances de plus de 35,1 % pour son territoire.

Plus de 60 nouvelles patientes suivies par semaine en obstétrique

Encadrer les mécanismes d'accès pédiatriques

Depuis janvier 2014, l'HMR participe à un nouveau projet avec les institutions partenaires qui dispensent des services pédiatriques, soit l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital Montréal pour enfants. Les trois hôpitaux développent une échelle de priorisation basée sur des critères harmonisés entre les institutions. Ces critères visent un minimum de dix motifs de consultations les plus fréquentes, les prérequis cliniques aux consultations ainsi que la demande de référence pour les spécialités de pédiatrie générale, pneumologie et endocrinologie. D'autres spécialités s'ajouteront au fur et à mesure du déploiement du processus de priorisation.

Le mécanisme permettra d'optimiser les processus de référence et l'accès aux services spécialisés pédiatriques pour les médecins de première ligne du territoire montréalais. Les travaux évoluent rapidement. Le projet devrait être implanté à l'automne 2014.

Travailler en partenariat pour répondre aux besoins de la population

L'HMR et trois CSSS partenaires (Lucille-Teasdale, Pointe-de-l'Île et Saint-Léonard et Saint-Michel) travaillent en étroite collaboration pour répondre aux besoins de la population de l'Est de Montréal. Au chapitre des services en périnatalité, un comité a d'ailleurs pour mandat de consolider et d'harmoniser les services à l'HMR et dans les CSSS. De plus, un comité en orthophonie complète une analyse qui permettra de développer de nouvelles collaborations entre ces mêmes établissements.

5.2.8 Programme-clientèle de santé mentale

Santé mentale

Des besoins grandissants

Le Programme-clientèle de santé mentale de l'HMR offre des soins et des services externes à une clientèle de tous âges. L'équipe vouée à la santé mentale des patients de l'HMR travaille en étroite collaboration avec les partenaires du réseau de la santé pour répondre aux besoins toujours grandissants de la communauté.

En 2013-2014, les efforts ciblaient l'adaptation des services pour répondre à une clientèle présentant le plus de risques de rupture avec la société. Outre le travail de recherche et l'encadrement de l'enseignement, essentiel à l'amélioration des services, l'HMR a poussé plus loin la pratique collaborative et l'implication du patient dans son processus de rétablissement, a amélioré son soutien aux services de 1^{re} ligne et a développé ses services en pédopsychiatrie.

Consultations psychiatriques excluant le contexte de l'urgence
3 450 adultes
375 enfants

Au cours de la dernière année, 1 216 adultes ont été vus pour une consultation psychiatrique à l'urgence et 25 % d'entre eux ont dû être hospitalisés.

En juin 2013, le projet de mise en place d'une unité d'hospitalisation brève pour la clientèle en santé mentale a été actualisé. Cette unité sera mieux adaptée pour des clients où l'hospitalisation en unité régulière est contre indiquée. Advenant un besoin d'hospitalisation, la clientèle bénéficiera de soins psychiatriques généraux, incluant des interventions individuelles, de groupe ou familiales, offerts par une équipe interdisciplinaire.

Pédopsychiatrie

En 2013-2014, la clinique de consultation externe de pédopsychiatrie a aidé 280 enfants et leur famille. Elle a dispensé des soins partagés à 55 autres et a aussi donné des services de consultation de liaison à 40 enfants. Dans le cadre d'une entente de collaboration, l'HMR et l'Hôpital Rivière-des-Prairies offrent en effet des services d'urgence pédopsychiatrique et d'hospitalisation à cette clientèle. Ce sont 375 enfants et leur famille qui ont pu bénéficier des services d'équipes de professionnels spécialement réservées à cette clientèle.

L'HMR offre aussi des services ambulatoires aux 0 à 18 ans, par le biais de cliniques situées au pavillon Rosemont et dans les locaux du CLSC Hochelaga-Maisonneuve du CSSS Lucille-Teasdale. L'équipe médicale offre par ailleurs des services de consultation-liaison et des soins partagés aux omnipraticiens de la communauté, dans la mesure où les ressources le permettent.

Le patient, au cœur de nos priorités soins

Le patient est au cœur des efforts de collaboration de l'équipe du Programme-clientèle de santé mentale. Il est plus qu'un patient, c'est un partenaire de soins. L'HMR favorise en effet l'autonomisation du patient et veut lui redonner le pouvoir d'intervenir pour son propre rétablissement. L'HMR collabore à ce chapitre avec succès avec le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal.

En 2013, une utilisatrice de service est notamment devenue membre à part entière du comité d'amélioration continue de la qualité. Son vécu expérientiel lui permet d'apporter une compréhension complémentaire à celle des professionnels et sa présence sera de plus en plus bénéfique au sein de l'équipe.

Au cours de l'année 2013-2014, l'équipe de suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME) a aussi beaucoup investi pour évaluer un ensemble d'outils cliniques et dans la diffusion de la pratique où le patient participe activement. La pratique collaborative du HMR est qualifiée d'exemplaire par le CPASS.

« Une pratique collaborative exemplaire » CPASS

Le comité d'amélioration continue de la qualité du Programme-clientèle de santé mentale a poursuivi l'élaboration du processus clinique issu du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII). En 2013-2014, l'utilisation d'un formulaire unique a été implantée et un guide complet d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire a vu le jour. Ces outils sont destinés aux intervenants dans la mise en application de cette approche interdisciplinaire. Une présentation dédiée à l'enseignement est aussi en cours d'élaboration.

Soutenir les médecins de 1^{re} ligne

L'ensemble des services à la clientèle ambulatoire de l'HMR est en mesure de soutenir le rétablissement des patients grâce à l'équipe médicale sur laquelle elle peut compter. Psychologues, infirmiers, ergothérapeutes et travailleurs sociaux y contribuent. L'HMR compte aussi une équipe de psychiatres dédiés à l'évaluation des clients référés par le Service de l'urgence. On permet ainsi une prise en charge spécialisée rapide pour orienter le patient vers les services d'hospitalisation en faisant la liaison avec l'équipe traitante ambulatoire ou les services de 1^{re} ligne.

De plus, en 2013, les cinq médecins spécialistes répondants qui appuient, depuis quelques années, les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne des CSSS partenaires de l'HMR, ont aussi commencé à desservir deux groupes de médecine familiale.

Pour sa part, l'infirmière pivot des Services ambulatoires joue un rôle clé par sa collaboration avec l'équipe du Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) et les équipes de santé mentale du CSSS Lucille-Teasdale. Leurs échanges quotidiens assurent la fluidité des services entre les deux lignes de services. Des outils de communication ont aussi été déployés afin de standardiser la transmission des informations.

5.2.9 Programme-diagnostique de biologie médicale

Biologie médicale

L'avenir du diagnostic

Le Programme-diagnostique de biologie médicale développe et offre des services diagnostiques et thérapeutiques dans les différents domaines de la médecine de laboratoire. En accord avec la mission de soins, d'enseignement et de recherche de l'HMR, le programme est un partenaire des médecins et des programmes clientèles de l'HMR et d'autres établissements de soins du réseau auprès desquels il agit à titre d'expert-conseil. Il participe au développement des axes d'excellence de l'hôpital, adoptant toujours une approche centrée sur la clientèle, la qualité, l'efficacité et l'efficience.

Relevant de nombreux défis pour réaliser ses mandats, les équipes en place ont fait preuve de brio en 2013-2014.

*650 tests différents
Près de 7 millions d'analyses*

Le programme a offert un menu de 650 tests et a réalisé 6,9 millions d'analyses en biochimie, en hématologie, en microbiologie-infectiologie, en pathologie et au laboratoire de diagnostic moléculaire.

HMR : centre producteur et ultraspécialisé

Le gouvernement reconnaît l'expertise de l'HMR

Au cours des dernières années, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a entrepris un vaste plan de réorganisation des laboratoires du Québec (OPTILAB).

Au début de 2013 s'est terminée une première phase du plan qui a consisté à définir et structurer les analyses ultraspécialisées produites par les laboratoires. L'HMR qui a développé une grande expertise en lien avec ses axes d'excellence s'est vu reconnaître cette expertise par la désignation à titre de centre suprarégional (un des sept centres du Québec). L'HMR offre son expertise à plus de 35 centres hospitaliers du Québec et confirmant ainsi la place dominante qu'il occupe dans le domaine des analyses suprarégionales.

Une deuxième étape du plan visait la production des analyses à grands volumes par un nombre restreint de laboratoires centraux, automatisés. L'HMR a été identifié comme un des cinq centres serveurs de Montréal. Les augmentations de volume anticipées au cours des prochaines années varient de 50 à 100 % selon le secteur. L'organisation et la gestion avant-gardistes des laboratoires de l'HMR ont contribué à assurer une place et un rôle stratégique dans les laboratoires de demain.

Durant l'année 2013-2014, le Programme-diagnostique de biologie médicale a consolidé à plusieurs égards la qualité des activités de ses laboratoires en lien avec le Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Inauguration du CETC : l'avenir en médecine est ici

L'HMR a franchi une étape historique dans le domaine de la thérapie cellulaire en inaugurant en juin 2013 le Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC), une entité unique au Canada. Le CETC abrite désormais les activités du Laboratoire de thérapie cellulaire qui est entre autres responsable de la production et de la distribution des greffons destinés aux patients souffrant de leucémies, de lymphomes et autres désordres hématologiques. Ces laboratoires ultra-modernes offrent un environnement des plus sécuritaires pour la préparation des médicaments cellulaires.

Les premiers à en bénéficier seront nos greffés, mais les applications permises par cette nouvelle infrastructure sont nombreuses. Le CETC appuie le développement de traitements et la recherche pour plusieurs populations de patients. On fonde beaucoup d'espoir pour des thérapies innovatrices et prometteuses.

Accréditations prestigieuses (ASHI et FACT)

Au début de 2013, le laboratoire d'histocompatibilité (HLA) a reçu la prestigieuse certification de la Société américaine d'histocompatibilité et d'immunogénétique (ASHI) pour ses activités de typages, principalement utilisés pour établir la compatibilité entre les donneurs et patients, lors de greffes de cellules hématopoïétiques. Cette certification essentielle permet au laboratoire d'offrir tous les services nécessaires dans le cadre des activités liées aux greffes de cellules hématopoïétiques. L'expertise du laboratoire permet d'assister les greffeurs dans le choix des meilleurs donneurs potentiels.

En janvier 2014, le Laboratoire de thérapie cellulaire a été inspecté par la Fondation pour l'Accréditation de la thérapie cellulaire (FACT), reconnue internationalement, pour évaluer la qualité des actes, de l'environnement et de la gestion associés à la thérapie cellulaire. Pour cette 3^e inspection, le programme de greffes hématopoïétiques demandait pour le laboratoire le statut de centre producteur de cellules plus que minimalement manipulées: un niveau de standards élevés offerts aux centres dont les protocoles cliniques de haute technologie sont réalisés dans le respect des normes de Bonnes pratiques de fabrication (BPF).

Un système informatique de laboratoire plus efficace

Le Département de microbiologie-infectiologie a complété l'implantation d'un nouveau système informatique de laboratoire (SIL). Ce système permet une gestion plus efficace des requêtes-résultats, la transmission des résultats dans le Dossier Santé Québec (DSQ) ainsi que l'interface avec le dossier médical électronique (OACIS). Les nouvelles fonctionnalités ont permis la révision de l'ensemble des processus de travail, allégeant la gestion administrative. Le système permet une grande standardisation et le suivi des indicateurs de qualité tout en demeurant flexible pour répondre aux besoins futurs.

5.2.10 Programme-diagnostique d'imagerie médicale

L'équipe d'imagerie médicale de l'HMR utilise les technologies d'imagerie de pointe pour appuyer les équipes médicales dans le diagnostic des patients, pour contribuer à offrir les meilleurs soins et pour faire avancer la recherche médicale et l'enseignement. Au cœur de la mission de l'équipe d'imagerie médicale se trouve la volonté d'offrir les méthodes diagnostiques les plus novatrices et les pratiques cliniques les plus collaboratives.

2013-2014 a été une année marquée par une augmentation constante des services en échographie abdominale et des examens radiologiques en tomodesitométrie. Parallèlement aux efforts soutenus de l'équipe pour répondre à la demande, l'équipe a procédé à une réorganisation du travail en imagerie et, également, en TEP pour en augmenter l'accessibilité.

Le résultat est positif, le département d'imagerie médicale ayant optimisé l'utilisation de ses salles d'examen, grâce à une meilleure organisation du travail. On observe cependant que la demande pour l'accessibilité de ses services continue de s'accroître, et ce, pour tous les types d'examen.

Augmentation de l'accessibilité et du volume d'activité en 2013-2014

RADIOLOGIE

- Échographie : + 3 %
- Scan : + 8,7 %
- Imagerie par résonance magnétique : + 7,6 %
- Angiographie : + 22 %
- Augmentation moyenne de 5,5 % en radiologie

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Examens

	2013-2014	2012-2013	augmentation %
Conventionnel	27 810	26 048	6,8
Tomodensitométrie avec émission de positrons	5 098	4 331	17,7

En 2013-2014, l'équipe d'imagerie médicale a effectué un travail rigoureux et dynamique pour optimiser la fluidité du processus des examens, en collaboration avec le comité tactique sur la fluidité. L'équipe veut devenir plus accessible pour la clientèle en provenance de l'urgence, des unités de soins et la clientèle externe.

Un 3^e scanner en radiologie

En 2013-2014, l'équipe d'imagerie médicale avait pour objectif d'optimiser le processus des examens radiologiques dans le secteur de tomodensitométrie. Ce service s'adresse autant à la clientèle de l'urgence qu'à celles des unités de soins.

Effectué lors de l'année qui se termine, le réaménagement dans le secteur de la tomodensitométrie pour faire place au 3^e scanner (en août 2014) améliorera la fluidité. Amélioration des pratiques en ce qui concerne la diminution de dose de radiation lors de la réalisation des examens au scan et ce, en parallèle avec la création d'un comité sur la radioprotection en imagerie médicale et de l'information obtenue en provenance du Centre d'expertise clinique en radioprotection.

Le travail accompli en 2013-2014 et le réaménagement du 3^e scan permettront de réduire les délais d'attente. Les solutions identifiées seront implantées en juin 2014.

Les objectifs

- 100 % des examens de tomodensitométrie pour la clientèle de l'urgence réalisés dans un délai de 24 heures
- 100 % des examens de tomodensitométrie pour la clientèle hospitalisée réalisés dans un délai de 48 heures
- 90 % des usagers préparés adéquatement pour l'examen de tomodensitométrie
- Délai relié au protocole d'une requête de tomodensitométrie en moins de 30 minutes

Échographie abdominale : optimiser le processus

Compte tenu des temps d'attente trop longs pour la clientèle élective qui nécessite un examen d'échographie abdominale, l'équipe s'est employée à identifier des solutions concrètes en 2013-2014.

Le délai d'attente peut atteindre deux ans pour obtenir un examen d'échographie abdominale. L'HMR veut rendre les demandes d'examens accessibles dans un délai de trois mois. Pour y arriver, l'HMR doit augmenter de 25 % le nombre d'examens d'échographie abdominale quotidien de la clientèle élective, ce qui implique une augmentation de la capacité des échographes de 65 % à 75 %.

Après avoir complété une analyse approfondie de ses processus, l'équipe a identifié des pistes de solutions qui seront mises en place à l'été 2014. Un plateau technique supplémentaire a déjà été acquis afin d'épurer la liste d'attente des examens en échographie abdominale et pelvienne. Une fois toutes les mesures en place, le département sera doté d'un processus qui optimisera l'utilisation des ressources.

L'équipe a identifié d'autres solutions pour diminuer les temps d'attente et notamment des ententes de partenariat avec les CSSS de la Pointe-de-l'Île, du Coeur-de-l'Île et l'Hôpital Santa Cabrini, afin de coordonner l'accès à des corridors de service qui permettent de transférer des patients en liste d'attente depuis plus de 3 mois.

Intégrer la recherche clinique en imagerie médicale aux projets d'entreprises privées

Affirmant une fois de plus sa position de leader nord-américain en orthopédie, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a inauguré, en février 2014, un nouvel appareil d'analyse radiographique par stéréophotogrammétrie. Celui-ci s'ajoute aux techniques de pointe du Service d'orthopédie. Le nouvel instrument de pointe, acquis grâce à l'appui de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (FHMR), améliorera le suivi des patients opérés pour la reconstruction articulaire de la hanche et du genou, champs d'expertise des chirurgiens orthopédiques de l'HMR. Unique au Canada, cet appareil fournit une évaluation précise de la performance des nouveaux implants de remplacement articulaires.



Enseignement
et recherche

5.3 ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

L'enseignement et la recherche sont essentiels à l'amélioration des soins aux patients. La synergie entre l'enseignement, la recherche et les soins est donc le fondement des projets en cours à l'HMR.

L'HMR est affilié à l'Université de Montréal depuis 1995. Depuis près de 30 ans, médecins, professionnels, professeurs et chercheurs accomplissent, jour après jour, une importante mission soit celle de former la relève, et par le fait même, d'assurer la pérennité de notre réseau de santé.

5.3.1 Enseignement

Les stagiaires participent au programme d'enseignement de l'HMR en nombre croissant. Ils dépassent maintenant les 4 000 stagiaires par année.

Ce sont, par ailleurs, près de 600 médecins résidents qui ont fait leur stage à l'HMR depuis le début de 2013-2014. Une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente. Puisque l'année scolaire se termine le 30 juin, la compilation finale des statistiques concernant les étudiants et les stagiaires sera diffusée en septembre 2014 dans le rapport annuel de la Direction de l'enseignement.

Le soutien de la Fondation HMR : indispensable

En 2013-2014, quatre médecins résidents, deux professionnels et de nombreuses infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires poursuivront leur développement professionnel à l'HMR, grâce au soutien octroyé par la Fondation HMR aux programmes de bourses du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du conseil multidisciplinaire (CM) et de la Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services (DSIPSSS).

Enseigner la néphrologie dans un laboratoire unique

En janvier 2014, l'HMR a procédé à l'inauguration du nouveau laboratoire d'enseignement en néphrologie. Unique au Québec, ce nouveau plateau technique permet d'offrir des ateliers de formation néphrologiques sur un mannequin haute fidélité. Les infirmières peuvent y simuler des complications liées à l'hémodialyse, comme les chutes de tension artérielle, les arythmies et l'œdème pulmonaire.

1 087 participants en formation médicale continue

L'HMR offre aussi huit activités de formation médicale continue par année, réservées aux médecins omnipraticiens et à d'autres professionnels de la santé. Accréditées pour le développement professionnel continu, ces activités contribuent à améliorer la prise en charge des usagers en première ligne. Voici les sujets couverts et le nombre de participants au programme d'enseignement de l'HMR en 2013-2014:

19 avril 2013	Cardiologie	168 participants
17 mai 2013	Neurologie	128 participants
20 septembre 2013	Oncologie	105 participants
18 octobre 2013	Rhumatologie	131 participants
29 novembre 2013	Maladies infectieuses	164 participants
24 janvier 2014	Hématologie	143 participants
21 février 2014	Psychiatrie	98 participants
21 mars 2014	Dermatologie	150 participants
Total de participants		1 087 participants

L'HMR partage aussi son expertise avec l'ensemble du réseau par la téléformation d'activités, accessibles par visioconférence et exportables à titre d'activités de développement professionnel continu. Une cinquantaine d'activités ont été proposées sur le site IRIS-RUIS et plus d'une douzaine d'établissements se sont joints par visioconférence à ces activités.

5.3.2 Recherche

Le Centre de recherche de l'HMR regroupe des chercheurs qui œuvrent au développement des connaissances scientifiques biomédicales et appliquent leurs recherches au développement de traitements et à la prévention de pathologies humaines. Ils s'investissent dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique sous quatre axes d'excellence: immunologie-oncologie, thérapie cellulaire, santé de la vision et néphrologie.

En 2013-2014, grâce à l'appui de la Fondation HMR et de ses donateurs, le Centre de recherche de l'HMR affiche une augmentation de 56 % du nombre de ses publications. Il jouit aussi de la pleine reconnaissance du Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS), ainsi que d'une augmentation de son financement par des organismes subventionnaires reconnus.

L'HMR, siège social de CellCAN

En 2013-2014, CellCAN s'est établie à l'HMR. Dirigé par le Dr Denis-Claude Roy, directeur du Centre de recherche de l'HMR, CellCAN est un réseau national regroupant les centres en médecine régénératrice et en thérapie cellulaire qui effectuent des essais cliniques en transplantation de cellules souches, en réparation des tissus et en immunothérapie.

Une découverte prometteuse pour les personnes atteintes de rétinopathie diabétique

En 2013-2014, une étude de l'équipe de chercheurs dirigée par le Dr Mike Sapieha, offre une nouvelle piste de traitements pour réduire l'évolution des rétinopathies diabétiques, une complication grave du diabète qui cause l'œdème maculaire et la cécité chez les patients diabétiques. L'étude du Dr Sapieha, intitulée *Neuron-Derived Semaphorin 3A is an Early Inducer of Vascular Permeability in Diabetic Retinopathy via Neurophilin-1*, a été publiée le 1^{er} octobre 2013 dans la très réputée publication *Cell Metabolism*.

Celgene donne 805 000 \$ à la Chaire Myélome Canada

Au cours de la dernière année, Celgene inc. a fait un don de 805 000 \$ à la Fondation HMR pour la Chaire Myélome Canada sur le myélome multiple de l'Université de Montréal à l'HMR. Le Dr Richard Leblanc, hématologue et titulaire de la Chaire, peut maintenant compter sur un fonds de dotation de 2 M\$ pour poursuivre ses travaux de recherche. Au Canada, environ 2 300 personnes par année reçoivent un diagnostic de myélome multiple. La plus vaste expertise pour le myélome multiple au Québec est à l'HMR.

Des bourses et des subventions qui font avancer la recherche

Les bourses et les subventions octroyées par les différents organismes subventionnaires contribuent ultimement à découvrir de nouvelles pistes de traitements. 2013-2014 ne fait pas exception. De plus, encore cette année, la générosité des donateurs a permis à nos chercheurs de pousser plus loin leurs travaux. Plusieurs étudiants chercheurs et équipes du Centre de recherche de l'HMR sont récipiendaires de ces bourses et subventions témoignant de leur excellence.

Chercheurs boursiers du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) :

- Ellen Freeman, Ph. D. a obtenu une bourse Chercheur-Junior 2 pour son projet «Mieux vivre avec les maladies oculaires liées à l'âge»;
- Stéphane Lefrançois, Ph. D. a obtenu une bourse Chercheur-Junior 2 pour son projet «La palmitoylation : régulateur clé du triage et du trafic intracellulaire»;
- Heather Melichar, Ph. D. a obtenu une bourse Chercheur-Junior 1 pour son projet «*Dynamic migration and signaling of thymocytes undergoing agonist and conventional T cell selection throughout ontogeny*».

Bourse Jeffrey Michael Cherbaka

En 2013-2014, la Bourse Jeffrey Michael Cherbaka a été remise au Dr Vincent-Philippe Lavallée et à M. Simon-David Gauthier. Le Dr Vincent-Philippe Lavallée suit une formation postdoctorale en cytogénétique et génétique moléculaire des leucémies aiguës. Il souhaite améliorer le diagnostic génétique des leucémies et identifier des agents anti leucémiques potentiels. M. Simon-David Gauthier est pour sa part un étudiant en deuxième année de doctorat en microbiologie-immunologie. Sous la supervision du Dr Martin Guimond, il s'intéresse à la reconstruction de lymphocytes T CD4+ suivant une greffe de moelle osseuse allogénique. Il veut augmenter les chances de survie et la qualité de vie des patients.

Bourse de recherche en ophtalmologie de la Fondation Whitearn

Pour une deuxième année, la Fondation Whitearn a accordé, via la Fondation HMR, une bourse à M. Félix Beaudoin. Cette bourse lui a permis de réaliser un stage de recherche en ophtalmologie au laboratoire du Dr Mike Sapienza.

Subventions du Fonds des leaders John-R. Evans

Deux chercheurs du CRHMR ont obtenu des subventions majeures de la Fondation canadienne pour l'innovation :

- Le Dr **Hugo Wurtele, Ph. D.**, a obtenu 333 159 \$, pour son projet *The role of chromatin structure in DNA repair: Implications for chemotherapy of cancer.*
- Le Dr **Jean-Sébastien Delisle, MD, Ph. D.**, a obtenu 522 751 \$ pour son projet *Human adoptive immunotherapy, from discovery to development and clinical implementation.*

Effectifs du Centre de recherche				
		2013	2012	2011
Chercheurs réguliers		39	39	38
Chercheurs associés		17	18	15
Chercheurs cliniciens		102	99	99
	Total	158	156	152

Étudiants				
	Fellow	6	6	6
	Stagiaires au postdoctorat	23	21	21
	Troisième cycle	54	51	43
	Deuxième cycle	42	38	38
	Total	125	116	108
Membres du personnel professionnel et administratif		150	148	152

Productivité scientifique				
Articles parus dans des revues avec comité de pairs		114	114	132
Chapitres de livres		7	14	16

Deux nouveaux chercheurs ont joint les rangs du Centre de recherche de l'HMR :

- Dr **Bruno Larrivée, Ph. D.**, détenteur d'un doctorat en médecine expérimentale de l'Université de Colombie-Britannique, s'est joint à l'équipe de recherche en Santé de la vision. Ses travaux ont pour but d'identifier de nouvelles voies de traitement pour la rétinopathie diabétique et la dégénérescence maculaire.
- Dr **Heather Melichar, Ph. D.**, détentrice d'un doctorat en immunologie de l'Université du Massachusetts, s'est jointe à l'équipe en immunologie-oncologie. Ses travaux visent à comprendre les processus fondamentaux du développement et des fonctions des cellules T afin d'identifier de nouveaux traitements contre le cancer.

5.3.3 Centre d'excellence en soins infirmiers

2013-2014 a marqué le 10^e anniversaire du Centre d'excellence en soins infirmiers (CESI). Depuis sa fondation, sa mission consiste à développer une pratique infirmière fondée sur la recherche et l'innovation. Le CESI voit au transfert des connaissances, à l'enseignement et à la promotion de la recherche.

En novembre 2013, le satellite du CESI au pavillon Rosemont a été inauguré, dotant les équipes de soins du pavillon Rosemont d'une salle d'enseignement propice à ses diverses activités d'apprentissage.

La mention Pratique exemplaire a été accordée en 2013 par Agrément Canada pour la réduction de l'utilisation de contention. Cette reconnaissance a été remise à Mme Odette Roy, à Dr Daniel Racine et aux équipes des programmes clientèles de l'HMR.

Partager le savoir

Au cours de l'année 2013-2014, le CESI a reçu des invités de marque lors de 25 conférences. Il a aussi vu la réalisation d'une vingtaine d'activités liées aux questionnements de pratiques, en plus de groupes de discussion. Au chapitre du partage de connaissances, le CESI a aussi mis de l'avant un projet novateur, organisant un Atelier de lecture avec le Centre hospitalier de Bordeaux, en France. 20 infirmières et infirmiers, de chaque côté de l'océan, ont participé à sept sessions de discussion animées par Mme Odette Roy, responsable et chercheuse du CESI.

Des projets de recherche pour améliorer les soins

Dans le domaine de la recherche, Mme Odette Roy s'est vue octroyer d'importantes subventions de recherche par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS), pour le développement d'un portail en oncologie. De plus, Mme Nicole Tremblay, conseillère clinique en soins infirmiers, et une équipe du Programme-clientèle d'oncologie ont obtenu une subvention de la Fondation HMR et de l'Association canadienne des infirmières en oncologie pour la réalisation d'une étude sur l'implantation de l'outil de détresse psychologique auprès de personnes atteintes de cancer.

5.4 PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE

Au sens de la circulaire 2013-13 du ministère de la Santé et des Services sociaux, aucune modification n'a été apportée par l'établissement durant l'exercice dans les services offerts, l'acquisition d'immeubles ou de technologies médicales et informationnelles.



Résultats
obtenus

6. RÉSULTATS OBTENUS – EXERCICE 2013-2014

6.1 SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

En juillet 2013, l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014 a été signée par les parties, soit l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

S'appuyant sur les priorités régionales 2013-2014, les engagements de l'établissement sont regroupés selon les programmes cliniques et les secteurs administratifs suivants:

- Santé publique : le contrôle et la prévention des infections nosocomiales;
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) : l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée, taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS et le séjour à l'urgence;
- Santé mentale : l'accessibilité à des services de suivi intensif dans le milieu et aux services de 2^e et 3^e ligne ainsi que le séjour à l'urgence;
- Santé physique : l'accessibilité autant à l'urgence qu'en chirurgie, en cardiologie, en chirurgie, en radio-oncologie et le désencombrement de l'Urgence;
- Ressources humaines : l'assurance-salaire, les heures supplémentaires, la main-d'œuvre indépendante;
- Administration et soutien : maintien de la dépense administrative, accroissement de la performance en approvisionnement, et maintien du coût unitaire de la production des services alimentaires.

Au niveau du contrôle des infections, l'HMR a vu sa situation s'améliorer sensiblement et a mis en place les mesures identifiées dans les indicateurs. Toutefois, malgré les efforts déployés, entre autres au niveau du recrutement, le ratio attendu d'infirmière en prévention d'infection par 100 lits n'a pu être maintenu.

L'Approche adaptée à la personne âgée demeure une priorité de l'établissement et son déploiement dans l'organisation se déroule rondement.

La situation à l'urgence (les indicateurs touchant autant les personnes âgées, la santé mentale que la santé physique) demeure une préoccupation constante pour l'établissement. De nombreux efforts ont été réalisés, tant en amont qu'en aval avec les CSSS du territoire de desserte et le support de l'Agence. Plusieurs éléments ont également été déployés dans l'établissement pour améliorer les processus et la fluidité de la clientèle. Une très nette amélioration a été observée sur les différents indicateurs, mais les niveaux attendus n'ont pu être atteints. Des plans d'actions spécifiques sont en place pour améliorer la situation.

Pour ce qui est de l'accessibilité en chirurgie, des efforts importants ont été réalisés. Le volume de chirurgie est en hausse, tant au niveau des chirurgies d'un jour que pour les chirurgies hospitalisées. L'accès à des plateaux techniques dans d'autres établissements, par le maintien de zone franche, a été maintenu. Un projet de réorganisation au bloc opératoire pour améliorer la productivité est en cours. Des actions ont également été mises en place dans le cadre du projet de fluidité de la clientèle pour maintenir l'accessibilité aux lits d'hospitalisation. De plus, un effort marqué a été réalisé pour gérer une deuxième offre dans un autre centre hospitalier, mais le taux de refus est extrêmement élevé. Il est important de noter qu'en ce qui concerne la chirurgie oncologique, le temps d'attente réel n'est pas reflété adéquatement dans les statistiques, car les patients sont inscrits sur la liste d'attente dès le début du protocole clinique préchirurgical (qui peut durer plusieurs mois avant que le patient soit prêt pour la chirurgie).

En ce qui a trait aux différents ratios de main-d'œuvre, les cibles fixées dans l'entente de gestion découlaient des engagements régionaux que l'HMR avait clairement identifiés comme très peu réalistes dans une lettre jointe à l'entente de gestion. Avec cette prémisse et la volonté de toujours mieux faire, des plans d'action ont été réalisés et sont toujours en œuvre pour réduire l'assurance-salaire, et le recours à la main-d'œuvre indépendante infirmière. Des baisses sectorielles très importantes ont d'ailleurs été observées au niveau de la main-d'œuvre indépendante infirmière. Toutefois, le taux global est demeuré plus élevé que la cible, dû entre autres à la nécessité de répondre à la hausse d'activité au bloc opératoire.

Des efforts importants ont été déployés pour contrôler les dépenses administratives. L'établissement a participé autant que faire se peut, aux achats regroupés tout en maintenant un niveau important d'appel d'offres pour réaliser la cible d'économie fixée. Dans le secteur des services alimentaires, l'évolution des coûts a été maintenue à l'intérieur des indexations.

L'atteinte de l'équilibre budgétaire constituait également une attente inscrite dans l'entente de gestion et d'imputabilité. Ce sujet est traité à la section 9, États financiers et analyses des résultats, du présent rapport.

6.2 CYCLE QUADRIENNAL 2012-2016 D'AGRÉMENT CANADA

Le suivi de la visite d'Agrément Canada de mai 2012 a été terminé à la suite de l'acceptation des dernières preuves de conformité soumises en octobre 2013 concernant deux tests de conformité relatifs à deux pratiques organisationnelles requises (POR) et à quatre critères à priorité élevée. Le statut agréé avec mention a donc été maintenu pour la période de 2012-2016.

Au mi-cycle 2012-2016 d'Agrément Canada, la poursuite et le maintien de la conformité des normes d'excellence d'Agrément Canada demeurent un défi et une priorité quotidienne dans les soins et services que nous offrons à nos patients.

Un incontournable de ce cycle d'agrément est sans contredit l'évaluation de la satisfaction de la clientèle de l'HMR à l'égard des soins et services reçus. Le sondage sur la satisfaction de la clientèle 2013-2014 a débuté le 1^{er} juillet 2013 et se terminera le 30 juin 2014. De nouveaux secteurs et de nouvelles questions ont été ajoutés ce qui permettra de mieux couvrir toute la population desservie et de bien cerner leurs besoins. L'échantillon comporte 91 clientèles différentes pour un total de 6 134 répondants répartis dans les quatre segments suivants : la clientèle hospitalisée, la clientèle ambulatoire en cliniques externes, la clientèle en chirurgie d'un jour et la clientèle en médecine de jour. Outre la satisfaction en regard des services offerts, ce sondage permet d'identifier les dimensions auxquelles une attention particulière est requise. On se souviendra que lors de l'exercice précédent, les résultats indiquaient un très bon niveau de satisfaction de la clientèle, soit 86,7 %.

En juillet 2013, l'HMR s'est vu décerner une mention de pratique exemplaire pour son travail remarquable en matière de réduction de l'utilisation de la contention physique et de l'isolement. Agrément Canada décerne cette marque de reconnaissance aux pratiques soumises qui représentent un exemple novateur et créatif de leadership et de prestation de services au sein d'un organisme de santé et qui répondent aux sept critères spécifiques en matière de pratique exemplaire. Cette reconnaissance vient couronner le travail effectué sous l'égide de l'adjointe à la directrice des soins infirmiers, de la prestation sécuritaire des soins et services, volet enseignement et recherche et responsable du Centre d'excellence en soins infirmiers, Mme Roy et du Dr Racine, qui, pendant les dix dernières années ont accompagnés des équipes cliniques et des gestionnaires dévoués afin de réduire l'utilisation de la contention physique et de l'isolement. Mme Roy a été reconnue officiellement pour cette pratique exemplaire lors de la Conférence annuelle sur la qualité organisée par Agrément Canada en avril 2014.

Autre reconnaissance de l'excellence de notre démarche d'amélioration continue de la qualité, Agrément Canada a sollicité notre collaboration afin d'accueillir une délégation de la Belgique, composée d'une trentaine de représentants de la Fédération belge des Institutions Hospitalières. Ne possédant pas d'organisme officiel d'accréditation, ils sont venus, en octobre 2013, s'inspirer de différents processus instaurés au Québec, plus particulièrement à l'HMR.

6.3 SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

La consolidation d'une culture de sécurité via, entre autres, la promotion continue de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents (I/A) survenus lors d'un épisode de soins est une préoccupation constante pour l'organisation. L'augmentation constante du nombre de déclarations des I/A depuis les cinq dernières années le démontre.

Dans le cadre de la révision par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du formulaire de déclaration des incidents et accidents AH-223-1, plusieurs séances de formation ont été offertes à l'ensemble des intervenants de l'organisation afin, entre autres, de rappeler l'importance de la déclaration dans le processus qui mène à la mise en place de mesures de préventions de la récurrence des événements indésirables impliquant les usagers.

6.3.1 Déclarations des incidents et accidents

Globalement, on note une augmentation de 15,2 % du nombre des déclarations des I/A en 2013-2014, comparativement à la valeur de référence, soit la moyenne des trois dernières années. Par rapport à l'année 2012-2013, nous constatons une augmentation de 5,8 %.

Il est important de rappeler que les I/A sont classés en fonction de l'échelle de gravité du MSSS quant aux conséquences de ceux-ci pour l'utilisateur. Ainsi, les I/A des niveaux de gravité A à D sont sans conséquence, alors que ceux des niveaux E1 à F ont des conséquences modérées et temporaires. En ce qui a trait aux accidents des niveaux G à I, appelés également événements sentinelles, ils impliquent des conséquences graves pour l'utilisateur.

Par rapport à la gravité, il est à noter que les événements sans conséquence pour l'utilisateur (gravité A à D) représentent 85,5 % de l'ensemble des I/A déclarés. Quant aux accidents avec conséquences (gravité E, F, G, H et I), nous notons une diminution de 13,6 %, par rapport à la valeur de référence, représentant 14,3 % du volume des déclarations.

Le nombre de déclarations d'incidents (gravité A et B), représentant 8,2 % en 2011-2012 et 9,1 % en 2012-2013, est passé à 13,4 % en 2013-2014. Cette constante augmentation représente un indicateur fiable qui nous permet d'affirmer que la culture de sécurité est de plus en plus intégrée à l'HMR.

6.3.2 Chute

Nous notons une augmentation de 6,3 % du nombre de chutes déclarées par rapport à la valeur de référence (la moyenne des trois dernières années), mais une diminution de 2,7 % par rapport à l'année 2012-2013. Cette augmentation peut s'expliquer partiellement par le fait que l'établissement favorise la mobilisation des patients et la réduction de l'utilisation de la contention. Il est à souligner que 80 % de ces chutes sont sans conséquence pour l'utilisateur (gravité C et D). Les chutes avec conséquences graves ont légèrement diminué représentant 0,2 % en 2013-2014 comparativement à 0,6 % en 2012-2013. Au cours de l'année 2013-2014, le comité arrimage chutes et contentions a débuté la mise à jour du programme de prévention des chutes pour y inclure l'évaluation des risques de blessures graves suite aux chutes.

6.3.3 Médicaments

L'année 2013-2014 est marquée par une diminution de 3,9 % (3,57/1000 ordonnances) du nombre de déclarations des I/A liés aux médicaments par rapport à l'année précédente (3,71/1000 ordonnances).

Il faut souligner que 95,5 % de ces I/A sont sans conséquence pour l'utilisateur (gravité A, B, C et D). Les erreurs liées à la posologie demeurent le type d'accident le plus fréquemment déclaré, avec un taux de 66,5 %, dont l'omission d'administration de médicament représente 50 %.

En plus des différentes interventions spécifiques entreprises par les unités de soins et la pharmacie, plusieurs autres interventions ont été mises en place par le comité pharmaco-nursing visant, entre autres, à réduire le nombre des I/A liés à l'administration de l'insuline et de la médication anticoagulante :

- Dîner-causerie (1) organisé par le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) portant sur l'administration sécuritaire de l'insuline;
- Dîners-conférences (5) sur l'utilisation des nouveaux agents anticoagulants présentés en collaboration avec le département de la pharmacie et la Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services;
- Formation sur l'administration sécuritaire de l'insuline sur deux unités pilotes (8^e AB et 9^e CD);
- Formation (capsule scientifique) sur le protocole d'héparine intraveineux pour les infirmières et les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI).

6.3.4 Divulgence des accidents

En ce qui a trait à la divulgation des accidents de gravité E1 à I, pour lesquels le processus de divulgation est obligatoire, nous notons un niveau de conformité de 85,6 % au processus de divulgation.

La divulgation a aussi été le sujet principal de la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est conclue par une conférence sur la divulgation prononcée par la D^{re} Ellen Tsai, médecin-conseil en gestion des risques de l'Association canadienne de protection médicale, et Me Sarah-Anne Savoie, conseillère juridique de l'HMR. Cette présentation a attiré plus de 128 participants, dont 78 médecins et résidents. Le succès de cet événement témoigne de l'engagement de l'ensemble du personnel de l'HMR à la sécurité des soins offerts à la clientèle.

Le règlement sur la Procédure de divulgation d'accident aux usagers a été révisé en cours d'année et a fait l'objet de présentation au comité de direction et au comité de gestion de la qualité et des risques. Ce règlement, adopté au conseil d'administration en février 2014, a aussi été présenté à l'ensemble du personnel des unités de soins et services via les formations offertes dans le cadre de la révision du formulaire de déclaration des incidents et accidents AH-223-1.

6.3.5 Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services

Toutes les déclarations relatives aux I/A ont été transmises, comme prévu, dans le Registre du ministère de la Santé et des Services sociaux aux mois d'octobre 2013 et avril 2014. Le premier rapport semestriel du Ministère (période du 1^{er} avril au 30 septembre 2013) démontre clairement l'intégration de la culture de déclaration aux valeurs de l'HMR; le nombre de déclarations représente 1,2 % du volume provincial et 4,06 % de celui de la région de Montréal.

Comparativement à la moyenne nationale et à celle de la région de Montréal, nous constatons des valeurs semblables à l'exception de la catégorie médication où l'HMR affiche un pourcentage légèrement plus élevé de déclarations.

Le 2^e rapport semestriel (période du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014) devrait être publié en juillet 2014.

6.3.6 Mesures de contrôle des usagers

Le résultat de la prévalence de l'année 2013-2014 est de 2,8 % comparativement à 3,45 % pour 2012-2013. Ces résultats se comparent avec les résultats retrouvés dans la littérature. Les formations sur l'utilisation de la contention sont toujours en cours et le comité arrimage chutes et contentions révisera leurs contenus.

6.3.7 Recommandations du coroner

Durant l'année 2013-2014, notre établissement a reçu trois rapports du coroner avec des recommandations. Les recommandations du coroner ont confirmé la validité des mesures mises en place par l'HMR visant la prévention de la récurrence des accidents semblables ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux patients. Voici la liste des mesures qui ont été mises en place :

- Implantation d'un protocole d'évaluation psychiatrique à l'urgence pour tout patient transféré d'un hôpital psychiatrique;
- Implantation d'un protocole de transfert Conditions clinico-légales/Tranfert urgent;
- Formation sur l'évaluation de l'état mental du patient;
- Formation sur la prévention du suicide;
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action visant l'augmentation de la sécurisation des fenêtres de l'HMR, incluant une inspection bisannuelle;
- Mise en place d'un Protocole interdisciplinaire sur les soins de trachéotomie.

Notons que 15 recommandations du coroner concernant d'autres établissements ont été retenues et acheminées aux directions et programmes concernés. De ce nombre, cinq font l'objet de mesures visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des processus de soins.

Les recommandations du coroner font l'objet d'un suivi systématique au comité de gestion de la qualité et des risques, au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au comité de direction.

6.4 EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Faits saillants des plaintes traitées par la commissaire locale aux plaintes:

- 193 plaintes reçues en 2013-2014 : 173 ont été conclues en cours d'exercice;
- 237 motifs de plainte répertoriés. Remarque : une même plainte peut comporter plus d'un motif d'insatisfaction. Par conséquent, le nombre de motifs de plaintes est plus élevé que le nombre de plaintes.
- 104 des motifs de plainte ont donné lieu à des mesures correctives;
- Provenance des plaintes : 73,56 % émanent des usagers, 25,86 % des représentants et moins de 0,57 % des tiers;
- Délai du traitement des plaintes : 71,09 % des plaintes ont été traitées dans les délais légaux de 45 jours

Nombre de motifs de plaintes par catégorie

	2013-2014	%	2012-2013	%	2011-2012	%
Accessibilité	47	19,83	63	33,16	87	31,75
Aspect financier	9	3,80	2	1,05	7	2,55
Droits particuliers	26	10,97	11	5,79	36	13,14

- 71 plaintes reçues en 2013-2014 : 67 ont été conclues en cours d'exercice et 9 étaient en cours d'examen à la fin de l'exercice;
- 83 motifs de plaintes répertoriés;
- 20 des motifs de plainte ont donné lieu à des mesures correctives;
- Provenance des plaintes : 63 % émanent des usagers, 28,36 % des représentants et 1,49 % de professionnels concernés et 7,46 % des tiers;
- Délai du traitement des plaintes : 73,14 % des plaintes ont été traitées dans les délais légaux de 45 jours.

Nombre de motifs de plaintes par catégorie

	2013-2014	%	2012-2013	%	2011-2012	%
Accessibilité	2	2,41	2	3,39	3	4,69
Aspect financier	0	0	1	1,69	1	1,56
Droits particuliers	2	2,41	1	1,69	4	6,25
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	32	38,55	17	28,81	10	15,63
Soins et services dispensés	47	56,63	38	64,42	46	71,87
Autre	0	0	0	0	0	0
Total	83		59		64	

Le rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes est disponible sur le site Internet de l'établissement.



Conseils et
comités du conseil

7. CONSEILS ET COMITÉS AU 31 MARS 2014

7.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres

Nycol PAGEAU-GOYETTE*, présidente

Line BEAUCHAMP

Karine BENAÏZERA

Isabelle BÉRUBÉ

Manon BOILY *, secrétaire

Guylaine BOUCHARD

Serge BOULAY

Dr Pierre BOURGOIN

Steeve GAUTHIER

Dr Rafik GHALI *

Marcel LAFRANCE

John LEBOUTILLIER *, vice-président

Sylvie MERCIER *

Pierre MOREAU

Marie-Josée NEVEU

Rossana PETTINATI *

Luc RICHARD

Michel SÉVIGNY *, trésorier

Patrice SIMARD

Simon TREMBLAY

* membres du comité exécutif

Mandat

Le conseil d'administration (C.A.) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est composé de citoyens et citoyennes impliqués dans leur milieu de vie, de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de médecins et de professionnels de l'établissement. Au total, ce sont 20 membres bénévoles qui ont pour mandat d'administrer les affaires de l'établissement et d'en exercer tous les pouvoirs. Selon les dispositions prévues dans la Loi sur les services de la santé et les services sociaux, il définit les orientations stratégiques en conformité avec les orientations nationales et régionales. Il établit également les priorités et voit à leur respect.

Principales activités

Au cours de l'exercice 2013-2014, le conseil d'administration a tenu huit assemblées publiques où il a notamment traité des sujets suivants :

- Plan clinique;
- Contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal;
- Recommandations du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Situation budgétaire périodique;
- Plan de retour à l'équilibre budgétaire.

Le conseil a également suivi de près les dossiers suivants :

- Le tableau de bord des priorités organisationnelles;
- La planification stratégique;
- Le chantier des approches collaboratives;
- Les suivis des dossiers de construction;
- Le plan d'organisation transitoire;
- Les travaux de l'équipe des accompagnateurs du Pôle 1;
- La situation d'emprunts;
- Les travaux du commissariat local aux plaintes et à la qualité des services;
- La désignation du Centre universitaire d'ophtalmologie;
- La mise en place du C.A. sans papier.

De même que les travaux des différents comités du C.A dont les principales activités se retrouvent dans les pages suivantes.

De plus, il est à noter que lors de la séance qui s'est tenue le 10 décembre 2013, le président du C.A., monsieur Pierre Desrochers, a remis sa démission à ses collègues du conseil afin de relever de nouveaux défis professionnels. Madame Nycol Pageau-Goyette a été élue à l'unanimité à titre de présidente lors de la séance du 21 janvier 2014. L'intérim a été assuré par le vice-président, monsieur John LeBoutillier.

Mentionnons également que lors de l'assemblée publique annuelle d'information, qui s'est déroulée le 10 décembre 2013, le Centre d'excellence en ophtalmologie de l'HMR a été mis à l'honneur. Pour l'événement, la Dre Isabelle Hardy, ophtalmologiste-oculoplasticienne et chef du département d'ophtalmologie, est venue parler de ce joyau de la médecine d'aujourd'hui répondant aux plus hauts standards de qualité.

7.1.1 Comité des affaires financières et matérielles

Membres

Michel SÉVIGNY, président

Karine BÉNAZERA

Isabelle BÉRUBÉ

Steeve GAUTHIER

Marcel LAFRANCE

John LEBOUTILLIER

Nycol PAGEAU-GOYETTE

Patrice SIMARD

Invités d'office

Manon BOILY

Réjean BILODEAU

Mandat

Le comité des affaires financières et matérielles prend des décisions et fait des recommandations quant aux aspects financiers, contrats de services et approvisionnement et gestion des ressources matérielles incluant les biens meubles et immeubles de l'établissement.

Principales activités

Durant l'année, le comité a tenu onze réunions au cours desquelles les dossiers suivants ont été traités :

- Situation budgétaire périodique;
- Situation des emprunts;
- Projections des résultats financiers au 31 mars de l'année en cours.

Le comité a également passé en revue les dossiers suivants :

- Planification budgétaire;
- Suivis des travaux de construction;
- Plan d'optimisation;
- Plan de retour à l'équilibre;
- Entente de gestion et d'imputabilité;
- Plan triennal 2013-2016 de maintien des actifs – volet équipements médicaux;
- Plan triennal – volet équipement non médical 2012-2013;
- Suivis des recommandations du CMDP.

De plus, les sujets spécifiques suivants ont été abordés :

- Centre d'excellence en thérapie cellulaire;
- Projet OACIS
- Tarifs de stationnement 2014;
- Travaux du comité du plan maître immobilier.

Notons que le comité assure un suivi serré des ressources financières, et ce, par résultats périodiques, grâce à un tableau de bord élaboré par la Direction des ressources financières, technologiques et informationnelles.

7.1.2. Comité des affaires humaines et scientifiques

Membres

Rossana PETTINATI, présidente

Guyline BOUCHARD

D^r Pierre BOURGOIN

Steeve GAUTHIER

D^r Rafik GHALI

John LEBOUTILLIER

Pierre MOREAU

Nycol PAGEAU-GOYETTE

Simon TREMBLAY

Invités d'office

Manon BOILY

Jean-Philippe FERLAND

D^r Francis MÉTHOT

Mandat

Le comité des affaires humaines et scientifiques a pour mandat de prendre des décisions et de faire des recommandations quant aux ressources humaines, professionnelles et scientifiques de l'établissement ainsi que l'utilisation optimale des ressources matérielles et scientifiques. Il assure également le suivi de ces dossiers auprès du C.A.

Principales activités

Au cours de la dernière année, le comité des affaires humaines et scientifiques a tenu six rencontres au cours desquelles les sujets suivants ont été discutés :

Dossiers en lien avec les recommandations du CMDP:

- Nominations de médecins et de chefs de départements;
- Octrois de statuts et privilèges;
- Congés de services et fin de congé;
- Départs, désistements et démissions;
- Règlements de département;
- Plan des effectifs médicaux;
- 25 ans de service des médecins.

Dossiers en lien avec la Direction des ressources humaines:

- Bilan 2012-2013 présence au travail - volet accidents de travail;
- Bilan 2012-2013 de présence au travail, volet assurance-salaire;
- Bilan 2012-2013 du Programme d'aide aux employés;
- Bilan du plan de développement des ressources humaines;
- Programme Bien au travail, Entreprise en santé;
- Portrait de la main-d'œuvre et de la relève des cadres;
- Plan d'action pour réduire l'assurance salaire;
- Processus d'appréciation de la contribution des employés et des cadres et probation;
- Indicateurs RH Entente de gestion 2014-2015;
- Plan d'action en regard de la main-d'œuvre;
- Pépinière de gestion;
- 25 ans de service des employés;
- Campagne famille HMR - 12^e édition

Autres dossiers :

- Protocoles d'entente d'évaluation et de prélèvement de donneurs de cellules hématopoïétiques;
- OPTILAB;
- Rapports annuels de la Direction de l'enseignement, du conseil multidisciplinaire et du conseil des infirmiers et des infirmières;
- Contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal;
- Plan d'organisation transitoire;
- Protocole d'entente entre Héma-Québec et l'HMR (Centre de greffe et de collecte);
- Entente de services entre l'HMR et le CSSS Lucille-Teasdale concernant l'encadrement pour les analyses de biologie délocalisées;
- Nomination des cadres supérieurs.

Notons que le comité assure un suivi rigoureux de la situation des ressources humaines et des enjeux qui y sont associés, et ce, à l'aide de tableaux de bord élaborés par la Direction des ressources humaines.

7.1.3 Comité de gouvernance et d'éthique

Membres

Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente

Manon BOILY

John LEBOUTILLIER

Marie-Josée NEVEU

Rossana PETTINATI

Invités d'office

Sylvia PROVOST

M^e Sarah-Anne SAVOIE

Mandat

Le comité de gouvernance et d'éthique élabore les règles de gouvernance, pour la conduite des affaires de l'établissement ainsi que les règles éthiques et déontologiques des administrateurs. Il s'assure également de la compétence des administrateurs ainsi que de leur formation continue.

Principales activités

Au cours de la dernière année, le comité de gouvernance et d'éthique a siégé à deux reprises et les principales activités réalisées sont les suivantes :

- Élaboration d'un cadre conceptuel en matière d'éthique;
- Révision du règlement de régie interne de l'établissement;
- Révision des mandats et pouvoirs des comités du conseil d'administration;
- Réalisation d'un plan de travail 2014-2015 qui permettra à l'établissement de répondre notamment aux priorités du conseil d'administration et aux normes de qualité d'Agrément Canada en matière de gouvernance.

7.1. 4 Comité de la recherche

Membres

Sylvie MERCIER, présidente

D^r Daniel BOURBONNAIS

Manon BOILY

Louise CHÂTEAUVERT

Lucie DRAPEAU

D^r Pierre DUBÉ

Nathalie FARLEY

Pierre FONTAINE

D^r Bernard FORTIN

Félix FURST

Nathalie LABRECQUE

Stéphane LEFRANÇOIS

D^r Francis MÉTHOT

Marie-Josée NEVEU

D^r Denis-Claude ROY

Mandat

Le comité de la recherche est responsable d'assurer la promotion, le développement et le fonctionnement du Centre de recherche de l'établissement ainsi que le suivi de ses dossiers auprès du conseil d'administration.

Principales activités

Au cours de la dernière année, le comité de la recherche a siégé à quatre reprises et a discuté principalement des dossiers d'envergure suivants :

- Le projet d'agrandissement du Centre de recherche;
- Le Centre universitaire d'ophtalmologie;
- Les recommandations du Conseil canadien de protection des animaux (CCPA) à la suite d'une visite en septembre 2013;
- Le contrat d'affiliation de l'HMR avec l'Université de Montréal;
- Le plan décennal d'investissements universitaires 2014-2020;
- L'entente de partenariat avec Algorithme Pharma;
- Les résultats du Fonds de recherche du Québec — santé (FRSQ) 2013-2014;
- Les études multicentriques.

7.1.5 Comité de révision du traitement des plaintes

Membres

Marie-Josée NEVEU, présidente

D^{re} Marie DESMARAIS

D^{re} Hélène ST-JACQUES

D^r Raymond DANDAVINO

Mandat

Le comité de révision du traitement des plaintes a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur de l'établissement. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Principales activités

Le comité de révision du traitement des plaintes a tenu six réunions au cours de l'année 2013-2014. Au cours de ces rencontres, dix demandes ont été traitées et aucune n'est en attente de traitement. Les motifs de plaintes ont été les suivants :

- Droit particulier (consentement, consultation dossier médical) : une plainte;
- Relations interpersonnelles : cinq plaintes;
- Soins et services : sept plaintes.

De ces demandes, trois plaignants et un professionnel ont été entendus par le comité de révision. Une demande de complément d'examen a été faite au médecin examinateur. Le comité a confirmé les conclusions du médecin examinateur dans les sept dossiers étudiés par ce dernier.

7.1.6 Comité de vérification

Membres

Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente

John LEBOUTILLIER

Patrice SIMARD, FCPA, FCA

Invités d'office

Manon BOILY

Réjean BILODEAU

Mandat

Le comité de vérification assure l'utilisation optimale des ressources de l'établissement. Il fait le suivi de la situation financière de l'établissement afin d'éviter toute activité susceptible d'y nuire. Il exerce également un suivi des vérificateurs des états financiers et fait des recommandations au conseil d'administration sur ces questions.

De façon générale, le comité de vérification exerce les fonctions prévues par la Loi. De façon plus spécifique, le comité de vérification a notamment pour fonctions :

- D'assurer la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- D'assurer la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- De réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- D'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- De recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- De veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces;
- D'exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la Loi.

Principales activités :

Durant l'année, le comité a tenu trois réunions au cours desquelles les dossiers suivants ont été traités :

- Le rapport financier annuel;
- Le rapport annuel de gestion.

De plus, les sujets spécifiques suivants ont été abordés :

- Fonds de santé au travail de l'HMR;
- Plan de service d'audits;
- Règlement de gestion intégrée des risques.

7.1.7 Comité stratégique du plan maître immobilier

Membres

Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente

Line BEAUCHAMP

Ginette BÉLEC

Réjean BILODEAU

Manon BOILY

Serge BOULAY

D^r Alain BONNARDEAUX

D^r Lambert BUSQUE

D^r Rafik GHALI

Marie-Claude GRONDIN

D^{re} Martine LEBLANC

D^r Francis MÉTHOT

Sylvia PROVOST

D^r Denis-Claude ROY

Patrice SIMARD

Claude TESSIER

Mandat

Le comité stratégique du plan maître immobilier (PMI) s'assure de faire les représentations aux diverses instances pour obtenir l'autorisation d'actualiser le plan maître immobilier, déterminer les enjeux sociopolitiques et identifier les leviers qui influenceront l'approbation des projets. Il doit aussi comparer les coûts et les avantages à établir des partenariats public-privé, identifier les partenariats potentiels, déterminer les investissements requis et élaborer un montage financier.

Principales activités

Le comité du plan maître immobilier a été constitué le 3 juin 2013, moment où la composition et le mandat ont été définis. Deux autres rencontres ont eu lieu au cours de la dernière année. Les sujets suivants ont été discutés :

- La mise à niveau du plan maître immobilier déployé au printemps 2012;
- L'élaboration des dossiers d'affaires et le positionnement stratégique du PMI;
- L'état d'avancement des projets majeurs de construction de l'HMR, soit l'urgence, le Centre de dialyse et l'unité de médecine familiale;
- Le plan clinique de l'HMR.

Notons que les membres du comité du PMI se sont vus confier le mandat du comité de désignation toponymique.

7.1.8 Comité d'évaluation du rendement de la directrice générale

Membres

Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente

Dr Rafik GHALI

John LEBOUTILLIER

Sylvie MERCIER

Rossana PETTINATI

Michel SÉVIGNY

Mandat

Le comité d'évaluation de la directrice générale exerce les fonctions suivantes :

- Planifier, avec la directrice générale, la démarche d'évaluation;
- Établir, avec la directrice générale, les objectifs et résultats attendus;
- Évaluer les résultats obtenus;
- Faire toute recommandation pertinente au conseil d'administration.

7.2 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Membres

Sylvie MERCIER, présidente

Line BEAUCHAMP

Ginette BÉLEC

Manon BOILY

Serge BOULAY

Louise CHÂTEAUVERT

Diane DESJARDINS

D^r Francis MÉTHOT

Mandat

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

Principales activités

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé différents rapports lors des sept rencontres du calendrier 2013-2014. En outre, le comité a reçu, étudié et donné suite à une recommandation formulée par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité a assuré un suivi de l'ensemble des indicateurs inclus dans les tableaux de bord détaillés concernant la situation de l'Urgence, la fin de soins actifs en centre hospitalier, le taux d'occupation des unités de soins, les infections nosocomiales, les incidents et accidents, les événements sentinelles, les mesures de contrôle, l'accessibilité à la chirurgie, à l'imagerie médicale, à la radio-oncologie et à la coloscopie (PQDSSR) et à l'hémodynamie, ainsi que du plan des mesures d'urgence.

Le comité s'est penché sur trois dossiers relatifs à des plaintes transmises au Protecteur du citoyen. Celui-ci a déterminé que ces trois dossiers ne nécessitaient aucune recommandation. Le rapport annuel 2012-2013 et le rapport semestriel du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les incidents et accidents (du 1^{er} avril au 30 septembre 2013) ont de plus fait l'objet d'une présentation. Le rapport annuel 2012-2013 du comité des usagers a été déposé en octobre 2013.

Le comité a été informé des activités du comité tactique pour la fluidité de la clientèle à l'urgence et en hospitalisation ainsi que du plan de désencombrement de l'urgence de l'HMR incluant la contribution des partenaires du Pôle 1 et le suivi des travaux des accompagnateurs du MSSS. Les résultats du projet pour la surcapacité hospitalière ont aussi fait l'objet de suivis rigoureux ainsi que le projet de la réduction des activités hospitalières pour la période estivale et des fêtes.

La mise à jour en janvier 2014 du Programme Qmentum d'Agrément Canada a été présentée. De plus, le comité a été informé de l'obtention d'une mention de Pratique exemplaire en lien avec la réduction de l'utilisation de la contention physique et de l'isolement.

Le comité a pris connaissance de la révision du règlement sur la procédure de divulgation d'accident aux usagers (adoption en février 2014).

7.3 COMITÉ DE GESTION DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

Membres

Manon BOILY, présidente

Louise CHÂTEAUVERT

Claudiel GUILLEMETTE

D^r Francis MÉTHOT

Thérèse THIRY

Marie-Claude GRONDIN

Marcel LAFRANCE

Ginette LAFRANCE

D^r Rafik GHALI

Steeve GAUTHIER

Simon TREMBLAY

Sylvie CHAREST

Hélène MÉNARD

Chacun des membres y siège à titre individuel et n'est ni mandataire ni représentant d'un groupe en particulier (médecins, infirmières, etc.). Il est présent pour son expertise et non pour faire valoir les intérêts de son groupe d'appartenance professionnelle ou autres.

Mandat

Ce comité a pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers. Plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, il doit en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence; s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches; assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents. Il doit recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Principales activités

Conformément au mandat qui lui est attribué, le comité a reçu et analysé plusieurs rapports portant sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers lors des huit rencontres du calendrier 2013-2014.

De plus, le comité a assuré un suivi de l'ensemble des indicateurs inclus dans les tableaux de bord détaillés concernant la situation de l'urgence, les infections nosocomiales et postopératoires, les incidents et accidents, les événements sentinelles, les plaies de pression, les mesures de contrôle, les recommandations du coroner, l'accessibilité à la chirurgie et les plaintes des usagers.

Le comité a également effectué un suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services en invitant l'ensemble des équipes d'amélioration continue de la qualité à venir présenter le bilan de leurs travaux visant l'atteinte de la conformité aux pratiques organisationnelles requises et aux critères d'Agrément Canada.

Finalement, les visites d'inspection professionnelle et des organismes d'accréditation, le plan des mesures d'urgence et le rapport annuel du comité de coordination du programme de gestion intégrée de la qualité ont fait l'objet d'un examen de la part du comité.

7.4 COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers (CU) œuvre toujours pour l'amélioration de la qualité des soins et services offerts à la clientèle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Au cours de cette année, certains changements ont eu lieu dans la composition du comité.

Démissions :

- Daniel CHARBONNEAU (27 août 2013), au poste de vice-président et de membre du CU
- Danielle GRENACHE (29 janvier 2014) au poste de membre du CU
- Guy PELLETIER (18 mars 2014) au poste de membre du CU

Nominations :

- Paulette SICARD (27 août 2013) au poste de membre du CU
- Brigitte REISE (29 janvier 2014) au poste de membre du CU

Composition :

- Serge BOULAY, président
- Jacques HOULD, vice-président
- Ginette LAFRANCE, membre
- Marcel LAFRANCE, secrétaire-trésorier
- Brigitte REISE, membre
- Paulette SICARD, membre

Au cours de l'année 2013-2014, le CU de l'HMR a poursuivi sa lancée pour promouvoir sa visibilité intra-muros de façon spécifique.

Dossiers conjoints avec l'Association des auxiliaires bénévoles (AAB) de l'HMR :

Les membres du CU ont participé aux activités initiées par l'AAB dans le cadre de la fête des Mères, fête des Pères et des festivités liées à la période des fêtes.

Partenariat via le guichet unique :

- Partenariat avec le Programme-clients d'oncologie relativement à l'acquisition de sacs-conférences pour les usagers liés aux classes d'enseignement en oncologie;
- Partenariat réalisé avec la Direction de l'enseignement et le Service de la bibliothèque médicale dans le cadre du Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches (CIUP) pour l'impression de dépliants informatifs « Des réponses fiables à vos questions de santé » (le deuil, périnatalité, etc.);
- Partenariat réalisé avec le Service des bénévoles et l'Unité des soins mère-enfant pour la confection de bonnets de laine offerts aux nouveau-nés.

Activités du CU intra-muros :

- Élections des membres du CU (le lundi 10 juin 2013);
- Appui à la création de la Coalition citoyenne pour le projet de rénovation de l'HMR dans le cadre du plan maître immobilier;
- Participation au Prix Sylva et au Prix Phoenix: un membre du CU (Danielle Grenache) siégeait au comité de sélection pour l'obtention de ces deux prix;
- Élaboration d'une grille de calcul du nombre d'heures de bénévolat effectuées annuellement par les membres du CU-HMR;
- Participation à l'élaboration du cadre conceptuel en matière d'éthique de l'HMR;
- Assemblée annuelle du CU le jeudi 10 octobre 2013.

Outils de communication :

- Un nouveau feuillet promotionnel du CU a été élaboré;
- Le rehaussement du site Internet www.cuhmr.com a été confié à une firme et il sera en fonction vers le mois de juin 2014;
- Le CU est devenu le maître d'œuvre pour la conception et l'élaboration des calendriers de l'HMR (mural et de table). Le calendrier 2014 est donc sa première réalisation.

Dossiers spéciaux émanant de la direction de l'HMR et visant la promotion du CU de façon particulière :

- Sondage sur la satisfaction de la clientèle lequel contient trois questions spécifiques au CU auxquelles s'ajoute l'évaluation de la satisfaction des clientèles de l'HMR;
- Corridor de rêves.

7.5 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Membres du comité exécutif

D^r Rafik GHALI, président

Don Kéléna AWISSI

D^{re} Claire BELIVEAU

Manon BOILY

D^r Alain BONNARDEAUX

D^r Michel A. LAVERDIERE

D^{re} Martine LEBLANC

D^r Francis METHOT

Principales activités

Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a tenu 17 réunions durant l'exercice 2013-2014, étudié les dossiers soumis à son attention et émis 93 recommandations auprès du conseil d'administration et de ses comités. Les recommandations émises touchaient divers sujets, entre autres :

- Renouvellement des statuts et privilèges de tous les membres du CMDP;
- Nomination des nouveaux membres du CMDP;
- Nomination du médecin examinateur;
- Nomination des membres du comité de révision;
- Suivi du comité de discipline;
- Suivi des diverses recommandations du comité de pharmacologie incluant : l'ajout et le retrait de médicaments au formulaire;
- Suivi des recommandations du comité d'examen des titres incluant : nomination de nouveaux membres, modification de statut et privilèges, congé de service et démission de membres du CMDP;
- Appuis à la nomination de chefs de département;
- Mise à jour des règlements départementaux.

7.6 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Membres

Simon TREMBLAY, président

Louise CHÂTEAUVERT

Gligor DIAB

Julie DUMAS

Tania GOSSELIN-LABRECQUE

Émilie MERCIER

Thérèse THIRY

Principales activités

- Le conseil multidisciplinaire (CM) s'est impliqué dans les activités de plusieurs comités dont :
 - le conseil d'administration de l'HMR et ses comités dont le comité des affaires humaines et scientifiques, le comité des affaires financières et matérielles et le comité de la recherche;
 - le comité de gestion de la qualité et des risques;
 - le comité des pratiques professionnelles;
 - le comité stratégique et d'implantation des pratiques collaboratives;
 - la Table de concertation de l'enseignement clinique de la Direction des services multidisciplinaires (DSM);
 - le comité d'éthique clinique de l'HMR;
 - le comité directeur du projet d'amélioration du temps d'attente pour une consultation par les professionnels en médecine.
- Le CM a reconnu l'implication et l'excellence de ses techniciens, ses technologues et ses professionnels lors de l'édition 2013 des Prix Sylva. Lors de cette soirée de reconnaissance, les membres ont été récompensés dans cinq catégories. De plus, six coups de chapeau, individuels et d'équipe, ont été octroyés;
- Le CM a tenu l'édition 2013 de son programme de bourses d'études, de perfectionnement et de rayonnement. En partenariat avec la Fondation de l'HMR, deux bourses ont été décernées.
- Il a produit trois avis, recommandations et propositions sur les sujets suivants :
 - La lettre d'avis et recommandations aux accompagnateurs du Pôle 1 déposée au C.A.;
 - La proposition sur le rôle des travailleurs sociaux déposée à la DSM;
 - La lettre d'avis sur le Programme partenaire de soins déposée à la Direction générale;
- Le CM veille au maintien et au développement des compétences via le soutien et la mise en place des comités de pairs. Huit comités de pairs ont été actifs au cours de l'exercice 2013-2014;
- Il s'assure de la pérennité du comité interdisciplinaire du CM;
- Il a maintenu son appui à la Coalition citoyenne pour l'HM;
- Il a cofinancé, avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII), un séminaire en éthique tenu le 31 mars 2014; Le CM a soutenu financièrement différents groupes professionnels et techniques pour les activités de leur semaine ou mois de reconnaissance professionnelle; Il a terminé l'élaboration de son dépliant d'information sur le CM (son rôle, sa vision, sa mission, etc.);
- Le CM a initié la mise en place de la Table d'échange des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires (CECM) de l'est de Montréal.

7.7 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Membres

Manon BOILY

Louise CHÂTEAUVERT

Steeve GAUTHIER, président

Mariève AUBIN

Thuy DAO

Virginie GAGNÉ DE COURVAL

Virginie GAUTHIER

Samia HACHED

Josée HOULE

Ginette LABBÉ

Karine LE BRETON

Valérie RICHARD

Membres du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Julie GAGNÉ PAGÉ, présidente du CIIA

Kamal KIAL

Kaoutar SAADI

Invitée permanente

Arnaud GUERTIN

Hélène MÉNARD

Marie-Claude LUSSIER

Principales activités

Le conseil des infirmières et infirmiers a continué de s'impliquer au sein du conseil d'administration de l'Hôpital, ainsi que dans différents comités et il a réalisé plusieurs activités, notamment :

- La poursuite des travaux lors des rencontres du comité exécutif. En accord avec les règlements de régie interne, le CII a tenu cinq CECII pour l'année 2013-2014;
- Le président siège au conseil d'administration et sur différents comités, soit le comité des affaires humaines et scientifiques et le comité des affaires financières et matérielles;
- Le comité a présenté une recommandation au conseil d'administration concernant la surcapacité. Également, le CII a présenté un avis à la Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services concernant les approches collaboratives. Il a présenté une recommandation à la DSIPSSS à l'effet d'améliorer la diffusion des ordonnances collectives auprès des infirmières;
- Différents membres du CECII sont également présents sur différents comités au sein de l'établissement, dont le comité de la gestion de la qualité et des risques, le comité d'éthique, le comité des pratiques professionnelles et le comité des archives;
- Il a approuvé une règle de soins sur la vaccination. De plus, il a continué de contribuer au développement des ordonnances collectives à l'HMR;
- Préoccupés par la qualité des soins infirmiers et la gestion des risques, le CII a participé aux travaux du comité de la gestion de la qualité et des risques. Il a ainsi établi plusieurs de ses interventions annuelles à la lumière des suivis d'indicateurs l'incitant à faire des approches auprès de ses membres sur certains besoins ciblés.
- Il a continué de rédiger des d'articles informatifs sur une base régulière dans le journal interne de l'HMR, notamment, cette année, sur les meilleures pratiques d'intervention lors d'un code bleu, sur l'administration sécuritaire de l'insuline, sur les ordonnances collectives et sur la planification de congé;
- Le CII continue de rencontrer les nouvelles infirmières lors de leur première journée d'orientation;
- Le CII continue d'alimenter, par diverses communications de l'organisation, la page Facebook du CII de l'HMR;
- Le CII assure la transmission d'informations susceptibles d'intéresser les infirmières en lien avec la qualité des soins infirmiers sur sa page Intranet ainsi que sur sa page Facebook;
- Le CII maintient ses interventions afin de diffuser les activités du Centre d'excellence en soins infirmiers grâce aux différents outils de communication du CII;
- Il poursuit les activités en lien avec la vidéothèque du CII de l'HMR en rendant disponible pour tous les collègues des différents quarts de travail des conférences offertes dans l'établissement, et ce, sur sa page intranet;
- Il a développé un nouveau format pour notre « Savoir STAT » avec l'aide précieuse du service de l'audio-visuel;
- Il a collaboré à la rédaction et à la diffusion de divers documents d'informations, notamment par les « Savoir STAT », soit l'un sur l'ABC du code bleu, sur l'administration sécuritaire de l'insuline, sur les ordonnances collectives, sur la prévention des infections et sur la planification de congé;
- Le CII a consolidé l'activité de formation qui avait été créée l'an dernier, soit les CII-Causeries, maintenant connues et fréquentées par les infirmières et les infirmières auxiliaires et une forte présence aux quatre activités obtenues en 2013-2014 nous rend très fiers de cette réalisation;

- Il a poursuivi son support auprès du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) afin de soutenir le développement de ce comité du CECII. Le CIIA a actuellement trois membres actifs avec des rôles définis pour chacun des membres. À ce jour, ils continuent d'être intégrés aux activités du CECII;
- Le CII a travaillé à l'implantation d'un comité relève au sein des jeunes infirmières et infirmiers de l'établissement. Le comité en est à sa deuxième année et la motivation des jeunes infirmières à s'investir est toujours présente;
- Il a collaboré étroitement à l'organisation de la Semaine des équipes de soins, semaine de reconnaissance pour les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, qui a eu lieu en mai 2013;
- Les membres du CII sont également engagés à faire rayonner l'HMR auprès des différents partenaires du réseau de la santé du Québec, notamment par la présence de notre vice-présidente à la commission des infirmières régionale (CIR). De plus, notre président est l'agent de communication de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ);
- Le CII a poursuivi son partenariat avec la Banque Nationale, une entente qui lui permet en échange de visibilité à l'HMR d'obtenir le financement nécessaire pour offrir le repas lors de nos CII-Causerie.

7.8 CORPORATION DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Légalement constituée le 7 juillet 1971 au moment de la fusion de l'Hôpital Maisonneuve et de l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont, la Corporation est propriétaire des actifs immobiliers de l'établissement. Elle dispose d'un droit de regard sur les modifications majeures concernant leur utilisation en vertu de sa reconnaissance comme personne morale par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Comptant 43 membres provenant de tous les domaines de la communauté, elle assure à l'hôpital un vaste réseau d'appuis pour faciliter la réalisation de ses projets, assurant ainsi le maintien de sa tradition d'excellence.

7.9. COMITÉS D'ÉTHIQUE

7.9.1 Comité d'éthique de la recherche

Membres

Membres réguliers

D^{re} Lynne SENÉCAL, présidente

Louise CHAINEY

M^{re} Brigitte PÂQUET

Marceline QUACH

Mathieu ROY

Paule SAVIGNAC

Membres substitués

D^r Stéphane P. AHERN

Helen ASSAYAG

Karine BÉDARD

Philippe BOUCHARD

Valérie CÔTÉ

Karine DAOUST

Johanne DE CHAMPLAIN

Lise DOMINIQUE

Marie-Anne DOUCET

Kristine GOYETTE

Sébastien LORMEAU

D^r François MARQUIS

Mandat

Instance administrative autonome rattachée au conseil d'administration de l'établissement, composée d'une permanence administrative et de membres nommés tant réguliers que substituts, le comité d'éthique de la recherche (CÉR) comprend des représentants de la collectivité, des membres du CMDP (médecins et pharmaciens), une personne spécialisée en droit et une personne spécialisée en éthique.

Le CÉR a le mandat de veiller à la protection des participants à une recherche et d'assurer le respect de leurs droits, notamment en matière d'autonomie, de liberté de participation, de confidentialité, d'intégrité et de conflits d'intérêts. Par une désignation du ministre de la Santé et des Services sociaux, le CÉR est autorisé à examiner des projets qui relèvent de l'application de l'article 21 du C.c.Q. dont les participants sont mineurs ou inaptes. Le CÉR est responsable du triple examen, à savoir l'évaluation scientifique, éthique et l'appréciation du financement adéquat (convenance institutionnelle) pour la réalisation d'un projet de recherche. Il assure la surveillance continue (passive et active) des aspects éthiques des projets de recherche approuvés. En conséquence, le CÉR a le pouvoir d'évaluer, d'approuver, de modifier, d'interrompre ou de refuser tout projet de recherche auprès de l'être humain qui relève de son autorité.

Principales activités

Le CÉR tient à jour un registre de projets qui est en conformité avec le règlement du CÉR du conseil d'administration (CA - 026), du cadre réglementaire en éthique de la recherche, des standards du FRSQ sur l'éthique de la recherche en santé humaine et l'intégrité scientifique et sur l'Énoncé de politique des trois conseils 2 (ÉPTC2).

Enfin, le CÉR soutient le développement d'une culture de l'éthique à la fois propice à la qualité des activités de recherche ainsi qu'à la collaboration avec les équipes de recherche et des partenaires. Le comité d'éthique de la recherche tient à jour une page comité d'éthique de la recherche sur le site Internet de l'établissement offrant une accessibilité des documents et une grande visibilité pour les équipes de chercheurs et de nos partenaires, et ce, à l'échelle internationale. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est représenté au CLÉRUM (comité de liaison d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal) par Madame Paule Savignac qui en a été nommée la conseillère en éthique.

Au cours de l'année 2013-2014, les principales activités ont été :

- 495 projets actuellement en cours dans la banque de données;
- 132 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année (comparativement à 124 pour l'exercice financier précédent);
- 15 349 documents ont été évalués en comité restreint;
- De ce nombre, 129 nouvelles études ont été présentées en monocentrique
- Trois nouvelles études ont utilisé le mécanisme multicentrique (plus d'un site au Québec);
- Parmi ces projets, cinq étaient sous l'égide de l'article 21, avec des participants qui sont des personnes mineures ou inaptes;
- De ce nombre 43 nouvelles études (soit 32,57%) sont subventionnées par des compagnies pharmaceutiques;
- 89 nouvelles études (soit 67,43%) sont non subventionnées ou le sont par des organismes subventionnaires publics.
- 21 réunions plénières du comité d'éthique de la recherche ont eu lieu;
- Une réunion extraordinaire du CÉR a eu lieu;
- Deux réunions par mois en comité restreint pour l'examen des documents relatifs au suivi continu des effets indésirables et des brochures d'investigateur des projets de recherche ont eu lieu;
- Deux réunions par mois en comité restreint pour les documents relatifs au suivi des correspondances des projets de recherche ont eu lieu;
- Une ou deux réunions par semaine, selon les besoins, en comité restreint pour l'évaluation accéléré des documents urgents et pour approbation éthique ont eu lieu.

7.9.2 Comité d'éthique clinique

Membres

Paule SAVIGNAC, présidente

Louise AUBERTIN

Jean-Pierre AUMONT

Chantal DESFOSSÉS

Thuy DAO

Jacques HOULD

Manon JOYAL

Ginette LABBÉ

Anne MAJOR

Benoît MONETTE

Dre Marie-Claude RAYMOND

Micheline RISLER

Dr Érik SCHICK

Nicole TREMBLAY

Mandat

Le comité d'éthique clinique (CÉC) est une instance administrative autonome rattachée au conseil d'administration de l'établissement et composée d'une permanence assurée par une personne-ressource en éthique et des membres nommés.

Principales activités

Au cours de l'année 2013-2014, le CÉC s'est réuni à sept reprises et a répondu aux demandes de conseils pour des situations qui posent problème sur le plan de l'éthique. Les demandes proviennent de médecins ou de professionnels de divers secteurs d'activité. Ces dernières concernent notamment :

- Les difficultés d'offrir des soins dans le souci de bien faire;
- Des valeurs divergentes sur le plan de la culture de l'éthique;
- Des demandes estimées déraisonnables par les soignants;
- Le sens et les limites des actions à tenir;
- Le soutien à la discussion sur la détermination du niveau approprié d'intervention médicale;
- L'accompagnement dans les décisions de cesser ou de refuser des soins;
- L'objection de conscience devant des demandes;
- Le principe du double effet (action qui a des effets qui s'opposent).



Ressources
humaines

8. RESSOURCES HUMAINES

L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi :

Effectifs de l'établissement	Exercice en cours (31 mars 2014)	Exercice antérieur (31 mars 2013)
Personnel détenteur de poste (Activités principales seulement) Personnel-cadre		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	173	168
Temps partiel		
- Nombre de personnes	8	8
- Équivalents temps complet	6	
Nombre de cadres en stabilités d'emploi	0	0
Le personnel régulier		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	2 410	2 349
Temps partiel	1 477	1 467
Nombre de personnes équivalent temps complet	926	915
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 366 766	2 450 849
Équivalents temps complet	1 295	1 341

Les femmes représentent 78 % des employés et les hommes 22 %. Pour la répartition de la main-d'œuvre par groupe d'âge, la génération des moins de 35 ans représente 41 %, la génération des 36-47 ans 28 % et celle des 48 ans et plus 31 %. Le nombre d'embauches a diminué de 18 %, passant de 679 à 550, tandis que le nombre de départs a diminué de 9 %, passant de 610 à 545. De plus, le taux de roulement a diminué, passant de 12 % à 10,67 %. La moyenne d'âge est de 40 ans.

Quelques réalisations de la Direction des ressources humaines

- **Déploiement d'un logiciel de gestion de la sélection - Taélo**

En partenariat avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et la compagnie Oracle, la Direction des ressources humaines a élaboré un projet pilote unique en son genre, visant le déploiement d'une version personnalisée de l'application Taélo. Avec plus de 12 000 curriculums vitae reçus annuellement, ce projet, dont le déploiement a eu lieu en janvier 2014, visait deux grands objectifs. D'abord, de réduire les délais entre l'expression par le gestionnaire d'un besoin de recrutement et l'entrée en fonction d'une nouvelle ressource. Puis, de diminuer la charge de travail cléricale associée au processus de sélection. De concert avec l'équipe de recrutement, un cheminement virtuel des candidatures externes a été développé et les méthodes de travail ont été revues selon les principes «Lean». En plus des gains actuels, ce projet permettra de déployer d'autres innovations prochainement.

- **Processus de sélection des candidats**

Afin de permettre à l'équipe de recrutement de procéder plus rapidement à la sélection des candidats, une démarche de révision de processus visant des tests informatisés auto correcteurs a été implantée progressivement de janvier à mars 2014. Avec plus de 2 500 tests réalisés chaque année à la Direction des ressources humaines, ces nouveaux outils seront d'une grande utilité. De plus, la DRH a introduit des tests psychométriques au processus de sélection du personnel d'encadrement. Cet outil permet, entre autres, de produire des plans de développement personnalisé adapté aux différents profils des nouvelles recrues.

8.1 HONNEURS ET DISTINCTIONS 2013-2014

Les ressources humaines sont, sans contredit, l'actif le plus important de l'HMR. Il est difficile de mesurer à sa juste valeur le dévouement quotidien de tous les employés, car il est grandiose, même dans ses plus petites démonstrations. Nous pouvons cependant reconnaître leur mérite lorsqu'il est, entre autres, reconnu par une mention honorifique ou une distinction. Les employés rayonnent aussi au sein de leur communauté et il n'est pas rare que les médias soulignent les réalisations de l'équipe.

- Prix du professionnel de la santé en néphrologie 2013
Société québécoise de néphrologie
Décerné à monsieur Robert Bell, pharmacien à l'HMR
- Prix de reconnaissance aux employeurs 2013 – mention honorable
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Décerné au Programme-clientèle d'oncologie
- Prix québécois de cancérologie 2013 dans les catégories évolution de la pratique et organisation des services
Direction québécoise de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux
Décerné au Programme-clientèle d'oncologie
- 3^e prix – Comité de pairs
Association des Conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ)
Décernée au comité de pairs en ergothérapie de l'HMR
- Prix Giovanni D'Angelo
Décerné à Rafik Terra, cadre-conseil au Département d'hématologie, pour son rôle dans la réorganisation du laboratoire d'immunologie.
- Finaliste régional au concours 2013 – catégorie organismes publics
Commission de la santé et de la sécurité au travail
Plaque honorifique remise à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour l'innovation
« Déjouer un risque invisible et imprévisible, c'est possible ! »
- Le Dr François Letendre, hémato-oncologue, a reçu le titre de «Professeur au mérite de carrière à l'HMR» pour l'année académique 2012-2013. Un hommage lui a été rendu lors de l'assemblée générale annuelle du Département de médecine de l'UdeM en décembre 2013.
- D^{re} Martine Leblanc, néphrologue, a reçu le titre de «Professeur de l'année à l'HMR – choix des résidents» pour l'année académique 2012-2013. Cette distinction a été soulignée lors de l'assemblée générale annuelle du Département de médecine de l'UdeM en décembre 2013.
- D^r Richard Gauthier, pneumologue, a reçu le prix «Coup de Cœur 2013» de la part du journal Médecin du Québec pour son article sur le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique.
- D^{re} Silvy Lachance, hémato-oncologue, récipiendaire du prix IMS Brogan 2013 pour son article *Defining the Role of Sirolimus in the Management of Graft-versus-Host Disease: From Prophylaxis to Treatment* publié dans *Biological Blood Marrow Transplant* 2013;19. ISM Brogan reconnaît les médecins et pharmaciens qui contribuent à la formation continue de leurs pairs par le biais d'articles portant sur l'utilisation appropriée des médicaments.

Reconnaitances par les pairs

Prix Sylva 2013

Les prix Sylva, remis par le conseil multidisciplinaire, sont accordés tous les deux ans et récompensent des projets menés par les professionnels membres du conseil multidisciplinaire. Voici les récipiendaires dans les cinq grandes catégories :

- Catégorie « Distinction »
Décerné à Myriam Jochems, travailleuse sociale en gériatrie, pour son influence positive et son implication au sein de l'établissement, ses nombreuses activités de formation données à l'interne et à son ordre professionnel et pour être une grande source d'inspiration et de soutien clinique pour ses pairs.
- Catégorie « Développement des soins et des services à la clientèle »
Décerné à l'équipe des professionnels du Programme-clients d'oncologie pour le projet « Classes d'enseignement pour la clientèle atteinte de cancer et leurs proches, sur tout le continuum de soins et services ».
- Catégorie « Pratique collaborative »
Décerné à Bénito Jimenes Garcia, travailleur social au Programme-clients de santé mentale pour ses qualités personnelles et professionnelles qui lui ont permis de se démarquer lors de son implication dans la création et l'implantation de plusieurs outils, dont le plan d'intervention interdisciplinaire.
- Catégorie « Recherche »
Décerné à Jean-François Daudelin, assistant de recherche, pour le dévouement mis dans ses travaux qui ont permis de démontrer qu'un des facteurs que l'on croyait essentiel à la génération de la réponse mémoire immunologique est en fait superflu.
- Catégorie « Enseignement »
Décerné à Gligor Diab, physiothérapeute de même que Josée Duquette et Lianne Roberge, nutritionnistes, au Programme-clients de médecine pour leur implication dans la création du livre « Vivre en santé avec l'ostéoporose » remis aux patients du Centre d'ostéoporose et des maladies osseuses.

Prix Prisme 2013

Les prix Prisme visent à reconnaître les cadres qui se démarquent par leur contribution professionnelle. Trois catégories ont été mises à l'honneur, soit le prix Relève, le prix Projet réalisé et le prix Carrière :

- Catégorie « Relève »
Décerné à Laurence Monarque-Marcoux, chef du Service de diététique par intérim à la Direction des services techniques. Depuis son arrivée, madame Laurence Monarque-Marcoux mène de main de maître plusieurs projets, dont celui de l'implantation de la politique alimentaire, permettant de donner une saveur HMR pour mieux influencer les habitudes alimentaires de toute la clientèle.
- Catégorie « Projet réalisé »
Décerné à Chantal Baron, chef clinico-administratif du Programme-diagnostic de biologie médicale à la Direction des services professionnels et des affaires médicales. Madame Chantal Baron a reçu le prix Prisme pour l'ensemble de la réalisation et l'opérationnalisation du Centre d'excellence en thérapie cellulaire. Elle a participé à la conception, à l'aménagement des salles blanches, à la rédaction de demandes de financement et au processus d'achat des équipements.

- Catégorie «Carrière »
Décerné à madame Francine Grondin, chef d'unité au 5^e CD/GMO au Programme-clientèle d'oncologie. Prix remis pour le développement de la pratique infirmière en hémato-oncologie, tant au niveau des connaissances que des techniques avancées. Le rayonnement de ce domaine, et plus particulièrement, de la greffe de cellules hématopoïétiques n'aurait pu se concrétiser sans le travail acharné et consciencieux de cette gestionnaire.

Prix Phoenix

Attribués tous les deux ans par le conseil des infirmiers et infirmières, les prix Phoenix visent à reconnaître la compétence et le travail des infirmières et des infirmiers. En 2013, six infirmières ont été récompensées pour leur professionnalisme et leurs qualités humaines.

- Catégorie «Hommage infirmière»
Danielle St-Onge, Clinique externe de pédiatrie
- Catégorie «Distinction infirmière»
Baya Benabdesselam, Programme-clientèle de santé mentale
- Catégorie «Préceptorat infirmière »
Julie Martel, Unité de soins 9^e CD
- Catégorie «Distinction infirmière auxiliaire»
Abdelouahab Hidous, Unité de soins 9^e CD
- Catégorie «Distinction préposé aux bénéficiaires»
Mélanie Linteau, Unité d'hospitalisation brève
- Distinction «Équipe»
Marie-Josée Massé, Unité de soins 10^e AB

8.2 RAYONNEMENT

- Le Dr Pierre Labelle, ophtalmologiste, spécialiste en maladies de la rétine à l'HMR et professeur titulaire de clinique au Département d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a publié, en collaboration avec le Dr Jean Daniel Arbour, un livre de vulgarisation scientifique intitulé « La rétinopathie diabétique ». Ce livre permet de mieux comprendre les signes qui caractérisent la rétinopathie diabétique et les symptômes qui en résultent. Il aborde les principaux facteurs de risque et les moyens de prévention, et explique en détail comment on établit le diagnostic, quels sont les traitements proposés et comment mieux vivre avec la maladie au quotidien. Enfin, il donne un aperçu des avancées de la recherche qui ouvrent de nouvelles perspectives thérapeutiques.
- Le Dr Vincenzo Di Nicola, chef du Service de pédopsychiatrie, et madame Sylvie Giard, chef de service en pédopsychiatrie, ont été les co-organisateurs, avec le groupe Panda, du premier colloque sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité en septembre 2013.
- Mesdames Amélie Gauvin, physiothérapeute, et Rachèle Gaudreault, ergothérapeute, ont animé une conférence, le 10 octobre 2013, sur le développement et les soins des prématurés pour les infirmières de la Rive-Nord.
- Madame Rachèle Gaudreault, ergothérapeute, a été conférencière le 20 novembre 2013 à l'Institut de formation continue du Québec (IFCQ) sur le thème « Prématurité, quoi et comment faire ? ».

- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont était, le 12 novembre 2013, l'hôte de la première édition de la journée de formation en télésanté du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM) ayant pour thématique les télésoins à domicile pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques. Cet événement, organisé par le RUIS de l'UdeM, et sous la présidence d'honneur de madame Danielle Fleury, directrice des soins infirmiers au MSSS, s'inscrivait dans le cadre de la 7^e Journée de partenariat de la Faculté des sciences infirmières.
- Une équipe de chercheurs et de professionnels de la santé a obtenu une subvention de plus de 660 000 \$ pour développer une innovation clinique interactive en oncologie. Le projet subventionné est dirigé par madame Odette Roy, responsable et chercheuse au Centre d'excellence en soins infirmiers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et mesdames Hélène Lefebvre, vice-doyenne à la recherche et à l'international, et Isabelle Brault, professeure, toutes deux à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Le 1^{er} février 2014 s'est tenu le tout premier symposium en hématologie de l'HMR. L'événement s'adressait à tous les technologistes médicaux du Québec. Les objectifs du symposium étaient de permettre des rencontres et des échanges entre les technologistes de différents centres et d'offrir l'occasion à tous de découvrir l'hématologie d'aujourd'hui et de demain. Avec ses 23 hématologues et plus d'une soixantaine de technologistes, le département des laboratoires d'hématologie de l'HMR est l'un des plus importants de la province. Plus de 120 technologistes provenant de 25 hôpitaux, CÉGEP et universités s'étaient inscrits à la journée d'activités.
- Le 28 mars 2014 a eu lieu la 9^e journée scientifique en oncologie de l'HMR sous la thématique « L'évaluation de la personne touchée par le cancer, un enjeu pour tous ». Ce colloque a connu un grand succès avec plus de 100 participants : infirmières, pharmaciens, registraires, travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, nutritionnistes et technologues.
- La chronique «Un patron pas comme les autres », parue le samedi 8 mars 2014 dans le quotidien La Presse, a mis en vedette madame Josée Lamoureux, chef des services ambulatoires adultes en santé mentale. Une belle reconnaissance des qualités de leader de Mme Lamoureux.
- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est passé du 31^e au 28^e rang du classement général du *Canada's Top 40 Research Hospitals List*, qui répertorie les établissements hospitaliers ayant les budgets de recherche les plus élevés. L'HMR figure ainsi parmi les cinq hôpitaux canadiens ayant le plus augmenté leur budget de recherche en 2012.
- Dre Odette Bernazzani, psychiatre, coauteure avec le père Benoît Lacroix, dominicain, du livre « Santé mentale, santé spirituelle, Dialogue entre une psychiatre et un théologien » (2014) et coauteure avec le professeur monsieur Alain Rondeau, de l'article paru dans la revue Santé mentale au Québec, 2013, XXXVIII, no 1, 43-59 « La mise en place du plan d'action en santé mentale au Québec : l'expérience concrète de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal ».
- Dr Hans Lamarre, psychiatre, a été responsable du 3^e symposium (2014) « La santé mentale en Haïti dans la diaspora haïtienne ».
- Mesdames Louise Compagna, chef clinico-administratif du Programme-clientèle d'oncologie, Caroline Provencher, adjointe aux chefs au Programme-clientèle d'oncologie, Francine Grondin, chef d'unité de soins 5e CD/greffe de moelle osseuse et Odette Roy, adjointe à la Direction des soins infirmiers ont prononcé une conférence intitulée « Le leadership infirmier : un levier vers de meilleures pratiques contemporaines en oncologie » lors de la 25^e conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières en oncologie, qui s'est tenue du 20 au 23 octobre 2013, à Vancouver en Colombie-Britannique.

- Mesdames Louise Compagna, chef clinico-administratif du Programme-clientèle d'oncologie, Manon Coulombe, infirmière pivot, et Chantal Leblanc, infirmière pivot, ont présenté une affiche intitulée « Adoucir le passage du curatif au palliatif pour les patients atteints de cancer pulmonaire » lors la 25^e conférence annuelle de l'ACIO, qui s'est déroulée du 20 au 23 octobre 2013, à Vancouver en Colombie-Britannique.
- Les D^{res} Louise Fugère et Patricia Avoub de même que madame Myriam Jochems, travailleuse sociale au Programme-clientèle de médecine familiale et gériatrie, ont fait une présentation sur l'incapacité dans le cadre du colloque de gériatrie qui s'est tenu en mars 2014.
- La D^{re} Louise Fugère a aussi participé activement à l'organisation des colloques de formation médicale pour le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé.
- Madame Sarah Martineau, orthophoniste au Programme-clientèle de chirurgie, a fait une présentation dans le cadre du congrès québécois de l'Association d'oto-rhino-laryngologiste et de chirurgie craniofaciale du Québec. Sa présentation portait sur la « Rééducation orthophonique du sourire post myoplastie d'allongement du muscle temporal (MAMT): Présentation du protocole de HMR ».
- D^{re} Kelley Kilpatrick, inf., PhD, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (axe néphrologie) et au *Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research*, a présenté une conférence dans le cadre du Congrès Annuel de l'OIIQ, en octobre 2013, ayant pour titre: «Valoriser l'expertise et le leadership clinique des infirmières et infirmiers pour améliorer les soins de santé».

8.3 L'HMR DANS LES MÉDIAS

Au cours de la dernière année, la Direction des communications, des affaires publiques et du développement a réalisé une série d'actions de communication afin de soutenir le positionnement de l'établissement et faire connaître sa mission de soins, d'enseignement et de recherche, ainsi que ces axes d'excellence.

Pour ce faire, plus d'une vingtaine de communiqués de presse ont été diffusés auprès des médias locaux et nationaux portant sur les bons coups et grandes réalisations des équipes médicales, de recherche et de soins.

De plus, l'HMR a occupé un espace intéressant dans les médias, bénéficiant d'une couverture médiatique importante en participant à plus de 45 articles et reportages dans des médias diversifiés.

L'expertise de nos professionnelles de la santé au service de l'information publique:

Une pilule, une petite granule – Télé-Québec, série de reportages:

- La médecine transculturelle avec D^{re} Myriam Perreault-Samson et D^r Selim Rashed;
- La chirurgie du genou avec D^r Pascal-André Vendittoli et D^r Vincent Massé;
- Le tourisme cellulaire avec D^r Denis Claude Roy;
- La préservation de la fertilité à la suite de traitements oncologiques avec D^{re} Silvy Lachance et D^{re} Sandra Cohen;
- La santé et le développement chez les triplets avec D^{re} Linda Spigelblatt;
- La rémunération du don d'organes avec D^{re} Anne Boucher.

TVA Nouvelles, reportages :

- La chirurgie du glaucome avec D^r Paul Harasymowycz;
- Le Centre d'excellence en soins infirmiers avec madame Odette Roy;
- « Il sauve la vie de son fils trois fois » (greffe) avec D^r Denis Claude Roy et D^{re} Lynne Senécal;
- Portrait sur les activités dans les urgences en prévision de la haute période d'achalandage avec le D^r Éric Gagnon et madame Martine Cloutier, chef de l'unité de l'urgence.

L'émission L'Épicerie – Radio-Canada

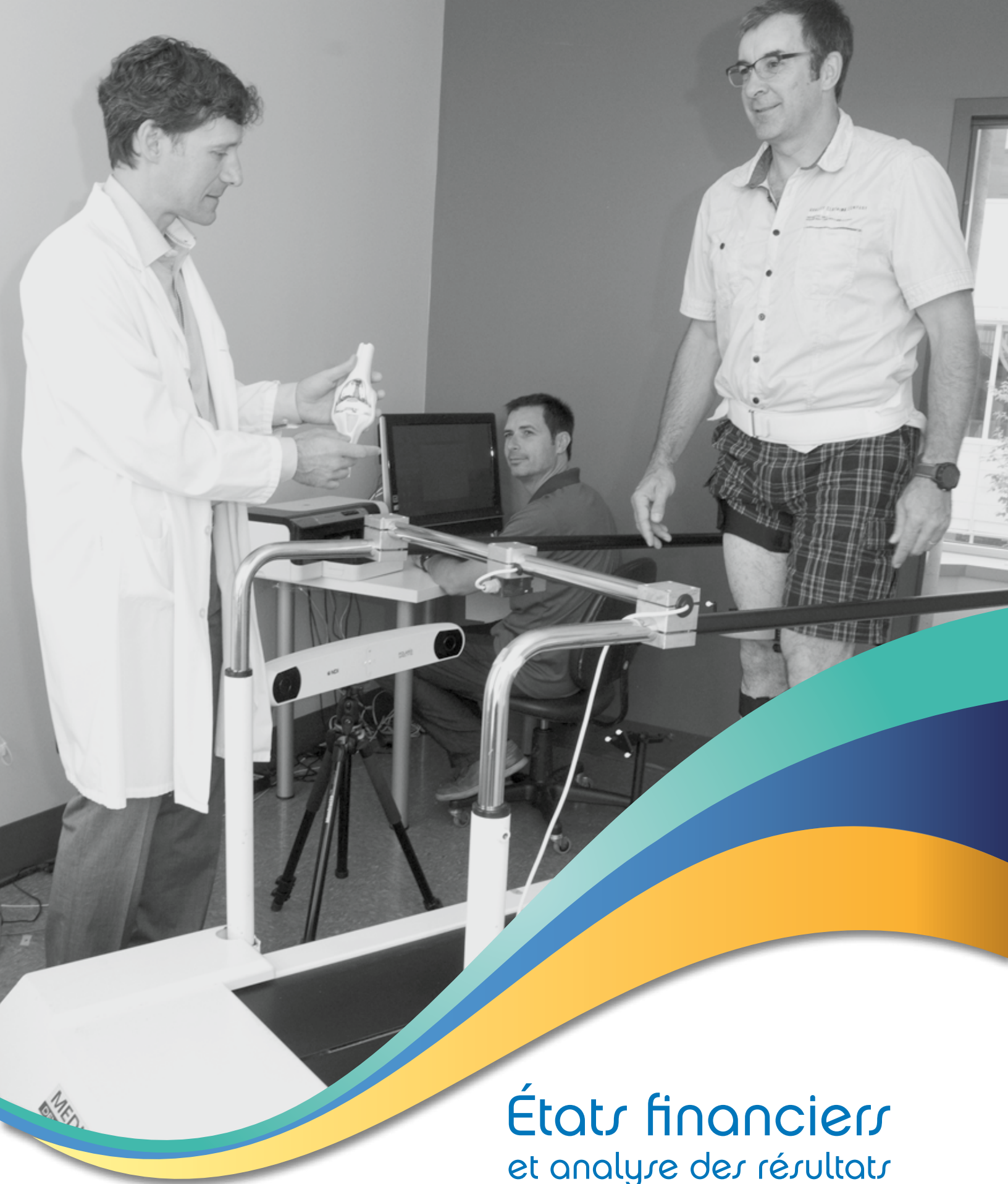
- Les savons antibactériens avec le D^r Karl Weiss.

L'émission Bien dans son assiette – Radio-Canada Première

- Une année sans frites à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont – succès de l'implantation de la nouvelle politique alimentaire avec madame Laurence-Monarque Marcoux, chef intérimaire du Service de diététique.

Le leadership confirmé de l'HMR en thérapie cellulaire et de la médecine régénérative

- Radio-Canada Première – Réseau : La greffe de cellules souches avec D^r Denis Claude Roy;
- 98,5 FM- Isabelle Maréchal «Seriez-vous prêt à faire un don de cellules souches? » avec D^{re} Silvy Lachance et deux patients, messieurs William Brock et Paul Balthazar.



États financiers et analyse des résultats

9. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

L'exercice financier s'est terminé avec un déficit du fonds d'exploitation de 3 468 521 \$, soit un déficit des activités principales de 3 681 056 \$ et un surplus découlant des activités accessoires de 212 535 \$ comme présenté au rapport financier annuel AS-471 à la page 358.

Considérant le déficit observé en 2012-2013 et les cibles d'optimisation imposées pour l'exercice 2013-2014, un plan d'équilibre budgétaire de 8,7 M\$ s'échelonnant sur deux ans a été intégré dans la planification budgétaire, laissant un déficit anticipé pour 2013-2014 de 2 618 598 \$ au budget approuvé en juin 2013. Le déficit de l'exercice aux activités principales est donc supérieur au déficit anticipé.

La majorité des mesures identifiées dans le plan de retour à l'équilibre ont été réalisées (5,4 M\$). Des économies ponctuelles et le report de certaines activités constituent autant de mesures complémentaires pour pallier celles qui avaient été identifiées et qui ont rencontré plus de difficultés à s'actualiser.

Les volumes d'activités ont considérablement augmenté en 2013-2014 dans l'ensemble de l'établissement. Si on ne s'attarde qu'à quelques centres d'activités (unités de soins de courte durée, urgence, laboratoires de biologie médicale, traitements en dialyse), l'impact de l'accroissement des activités, évalué sur la base des coûts 2012-2013 avant indexation, représenterait une dépense additionnelle de plus de 4 M\$ non financée. À la lumière de ce qui précède, l'établissement aurait potentiellement atteint l'équilibre si les volumes d'activités étaient demeurés stables ou s'ils avaient été financés.

On doit également souligner l'amélioration des ratios de performance, ce qui a permis de limiter la hausse des coûts.

9.1 ANALYSE DES PRINCIPALES VARIATIONS DANS LES REVENUS ET LES CHARGES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES

Les résultats des activités principales sont présentés à l'annexe 3 à ajuster en fonction de la numérotation des annexes « Extraits du rapport financier annuel » à la page 358 - États des résultats, Fonds d'exploitation. Ces résultats sont reportés à la page 200 - États des résultats, tous les fonds.

L'augmentation des revenus de l'Agence et du ministère de la Santé et des Services sociaux provient essentiellement de :

- L'indexation de la masse salariale, des fournitures (incluant le coût de système spécifique) pour un total de 9 041 520 \$;
- Une ponction budgétaire à titre d'effort d'optimisation de 5 105 473 \$;
- Le transfert des dépenses non salariales de la santé publique vers l'Agence de 1 343 540 \$, mais avec une réduction des dépenses équivalentes;
- La réduction du financement associé au produit sanguin de 1 931 530 \$ n'a pas d'impact sur les résultats, car le financement est toujours ajusté en fonction de la dépense réelle;
- Un soutien à l'équilibre, non récurrent, de 800 000 \$ découlant de la demande liée à l'intégration du laboratoire de thérapie cellulaire dans le CETC.

L'établissement s'est vu confirmer une révision récurrente de la base budgétaire de 5,1 M\$ pour reconnaître une partie de l'impact de l'accroissement des volumes d'activités entre 2007-2008 et 2012-2013. Un montant équivalent était déjà dans les revenus de l'exercice précédent, mais de façon non récurrente. Cette révision budgétaire ne contribue pas à la hausse de revenus observée.

Parmi les autres revenus, on peut souligner la réduction des revenus d'usagers qui découle d'une baisse du nombre de non-résidents du Canada traités dans l'établissement.

Au niveau des dépenses, la réduction de 95 619 heures rémunérées a permis de contenir l'accroissement de la masse salariale à 1 424 977 \$, le coût des médicaments s'est accru de 1 997 833 \$ et les fournitures médicales de 1 299 772 \$. L'évolution des dépenses peut être considérée raisonnable compte tenu de l'accroissement des activités.

La compression budgétaire découlant de l'application de la Loi 100 s'est traduite par des mesures touchant exclusivement les dépenses de nature administrative dans les centres ciblés et ailleurs dans l'organisation.

En terminant, nous tenons à souligner que le total des dons remis à l'établissement par la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont s'élève à 3 694 387 \$.

Vous trouverez à l'annexe 2 le rapport de l'auditeur indépendant et à l'annexe 3 des extraits du rapport financier annuel.



Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

10. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

DISPOSITION GÉNÉRALE

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. Il est suggéré que chaque membre du conseil signe un engagement.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la dignité et de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise des orientations générales de l'établissement;
3. 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;
4. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
5. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
6. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
7. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
8. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

1. Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration de la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques relatives à l'établissement;
4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
5. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect significatif dans une entreprise 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;
6. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect significatif dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement 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;
7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires significatifs qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement; le simple actionnariat sans position de contrôle ou d'influence substantielle n'est pas considéré significatif;
8. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires significatifs au sens de l'alinéa précédent

2. L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
2. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance en tant que membre du conseil d'administration pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;
3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
4. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité déclarée par la loi ou les règlements comme étant incompatible, ou qui est autrement manifestement incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
5. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration:
 - a. est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté pour des motifs autres que le bien de l'établissement ou des bénéficiaires à préférer certains d'entre eux, ou que son jugement et sa loyauté envers l'établissement peuvent être défavorablement affectés;
 - b. n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel significatif, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
6. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt de l'établissement ou de ses bénéficiaires;
7. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait être consenti ou qui lui est manifestement consenti dans le but d'influencer sa décision;
8. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

1. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, 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 comme membre du conseil d'administration;
2. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les cas prévus par la loi;
3. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout 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;
2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent Code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
3. Le président ou le vice-président peut désigner une ou des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation et aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie; le membre du conseil qui fait l'objet d'une telle enquête doit y collaborer loyalement;
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration, selon le cas;
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête, le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du Code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au Code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de faire l'affirmation solennelle de discrétion selon la formule contenue à l'annexe du présent code ou de toute autre formule au même effet.

LA PUBLICITÉ DU CODE

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;
2. L'établissement doit publier, dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;
3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état:
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Au cours de l'année 2013-2014, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été rapporté.