

Ensemble,

pour soigner, transmettre nos connaissances
et en créer de nouvelles.

Plan stratégique 2011-2014



Table des matières

Introduction	4
Le contexte	5
Profil sommaire de l'organisation	8
La mission	17
La vision	18
Les valeurs et principes de gestion	20
Les enjeux	21
Annexes	33

Introduction

C'est en continuité avec les orientations du précédent plan stratégique de l'hôpital (2007-2010) que le Conseil d'administration a convenu de procéder à sa mise à jour sur un horizon de trois ans (2011-2014). Cette mise à jour prend en considération :

- Les résultats obtenus au plan 2007-2010;
- Les éléments de l'environnement externe pouvant avoir des incidences significatives sur ses orientations;
- Les changements encourus dans son environnement interne;
- Les projets actuellement en cours et en voie de réalisation;
- Les études pertinentes réalisées dans les dernières années;
- Les nouveaux développements en recherche et en enseignement;
- Les orientations et priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;

Pour réaliser cette démarche, un Comité de pilotage (composition en annexe) a encadré la réflexion et fait rapport au Conseil d'administration. Cette mise à jour résulte d'une réflexion partagée des principaux acteurs de l'organisation. Le Comité de coordination des programmes, l'Assemblée des chefs de département, l'Exécutif du CMDP, les Comités conseils (CII, CM), les syndicats, l'APER, les directeurs individuellement et le Comité de direction ont été consultés et sont parties prenantes de cette réflexion.

Le but de cet exercice est de consolider et mettre à jour les orientations stratégiques en vue de l'atteinte d'une vision renouvelée de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et de mobiliser l'ensemble de l'organisation autour de cette vision.



Manon Boily
Directrice générale

Le contexte

L'environnement externe

L'analyse de la conjoncture actuelle permet d'identifier un certain nombre d'éléments pouvant avoir des incidences significatives sur les orientations de l'HMR. En voici quelques-uns :

- Une population vieillissante avec davantage de problèmes cardiorespiratoires, neurologiques, de santé mentale et de cancers variés. Une plus forte proportion de maladies chroniques.
- Une progression importante des maladies oncologiques qui sont devenues première cause de mortalité au Canada.
- La législation sur l'accessibilité aux soins en voie d'élaboration et d'implantation (Loi 33).
- L'augmentation significative du nombre des naissances depuis cinq ans.
- La présence des communautés culturelles diversifiées tant chez la clientèle que le personnel.
- Une disponibilité insuffisante de main-d'oeuvre médicale, clinique, scientifique, technique, etc.
- L'omniprésence des médias.
- La construction actuelle du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).
- Les fonds alloués à la construction des deux CHU.
- L'implantation éventuelle d'un hôpital dans l'Est dont la vocation reste à définir.
- Le FRSQ fait de la performance son critère principal d'évaluation des Centres. Le FRSQ et les IRSC déploient une stratégie de recherche axée sur les retombées aux patients.
- L'enseignement, la formation interprofessionnelle, la nouvelle approche collaborative et l'augmentation des cohortes d'étudiants dans les disciplines de la santé.
- La situation précaire des finances publiques, les choix budgétaires pour le retour à l'équilibre budgétaire par les gouvernements et l'application du plan de réduction des dépenses administratives et de soutien du MSSS.

Les menaces et les opportunités

L'HMR aura à surmonter certaines menaces, tels

- La disponibilité de la main-d'oeuvre et des effectifs médicaux;
 - Le manque d'espace et la vétusté des installations;
 - La désuétude de certains équipements;
 - La perte d'expertise avec les départs anticipés à la retraite;
 - Les nouvelles règles d'attribution des postes en effectifs médicaux;
 - L'importance des infections nosocomiales;
 - Le projet régional de centralisation des laboratoires;
 - Le sous-financement chronique de l'HMR et du Centre de recherche.
-

Toutefois des opportunités sont à saisir :

- Le développement de liens avec les CSSS;
- L'intégration des omnipraticiens dans les activités de l'HMR;
- L'implantation de l'approche collaborative dans l'enseignement et la pratique clinique;
- Le développement de la thérapie cellulaire et des soins aux maladies dégénératives;
- La disponibilité d'espaces au pavillon Rosemont;
- Le potentiel de contribution des fondations privées au financement de la recherche;
- La disponibilité de beaucoup de terrains autour du pavillon Maisonneuve.

Les priorités ministérielles (2010-2015) en regard des responsabilités de l'HMR

- Améliorer l'accès aux services généraux de 1^{ère} ligne.
- Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins spécifiques.
- Répondre aux besoins d'une population vieillissante.
- Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables.
- Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services.
- Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux.
- Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique.
- Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre qualifiée.
- Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes.
- Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux.
- Assurer une gouvernance plus imputable.

Source : Plan stratégique 2010-2015, MSSS.

Les priorités stratégiques de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010-2015)

1. Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge.
2. Une meilleure gestion des maladies chroniques.
3. Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille.
4. Compléter la mise en oeuvre des grands plans régionaux :
 - Santé publique
 - Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
 - Plan régional de transformation des services en santé mentale
 - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 - Déficience physique
5. Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

Source : Document de consultation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Planification stratégique 2010-2015, p.26.

Profil sommaire de l'organisation

Une vue d'ensemble

Centre hospitalier de soins généraux

- Hôpital de 1^{ère} instance pour le CSSS Lucille-Teasdale et le CSSS de la Pointe-de-l'Île
- S'adresse à une clientèle de tous âges et s'intègre aux continums de soins mis en oeuvre par les CSSS

Centre affilié universitaire

- Gamme de services spécialisés et surspécialisés
- Membre du RUIS de l'Université de Montréal

Centre de recherche et d'enseignement

- Contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal
- Présence du Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques offrant des services d'excellence en enseignement
- Trois axes de pointe en recherche : Immunologie-oncologie, néphrologie et santé de la vision

Dix programmes

- Chirurgie
- Médecine
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Personnes âgées
- Première ligne
- Santé de la femme et de l'enfant
- Santé mentale
- Biologie médicale
- Imagerie médicale

Source : Rapport final – Plan clinique, 19 novembre 2010

Les forces et les avantages distinctifs

À l'HMR, l'excellence inspire constamment la gestion des services destinés à sa clientèle. Ainsi l'HMR est reconnu pour plusieurs forces et avantages distinctifs :

- La collaboration médico-administrative;
- La diversité des spécialités médicales et chirurgicales;
- La diversité et le volume de la clientèle;
- Le centre de soins ambulatoires;
- Le centre de radio-oncologie;
- Le Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC);
- La gestion par programmes;
- La culture de la qualité des soins;
- L'engagement et le dévouement du personnel, des médecins et des bénévoles;
- Le leadership en enseignement et dans le développement d'outils novateurs;
- Les thèmes forts en recherche (immunologie/hématologie, oncologie, thérapie cellulaire, santé de la vision et néphrologie);
- La forte présence des médecins de l'HMR à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- La performance globale de l'organisation;
- Le soutien financier de la Fondation de l'HMR.

Le bassin de desserte

- En 2009, la population de l'Est de Montréal se situait à environ 668 000 personnes.
- 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.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus comptent pour 16 % de la population du bassin de desserte immédiat, 17 % pour les autres CSSS de l'Est de Montréal comparativement à 15 % pour la région de Montréal.
- D'ici dix ans, la croissance de la population de l'Est de Montréal sera d'environ 6 %.
- Par contre la croissance démographique des régions du 450 sera significative, soit de l'ordre de 12 % et aura un impact sur l'achalandage de l'HMR. La croissance du nombre de personnes de 65 ans et plus sera beaucoup plus marquée dans ces régions périphériques comparativement à l'ensemble du Québec.

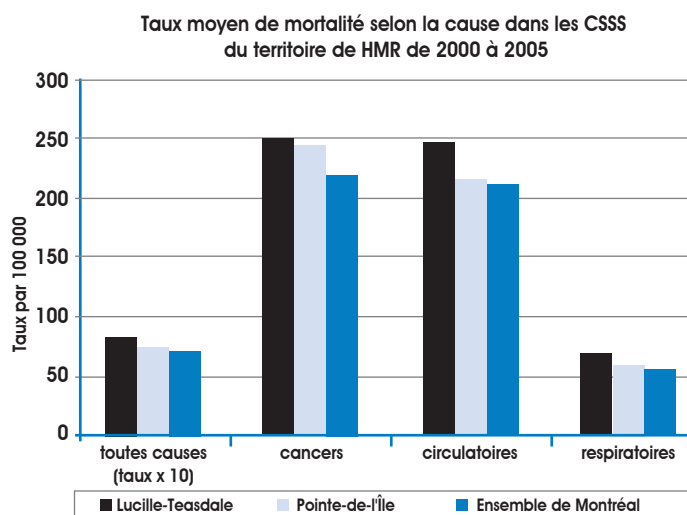
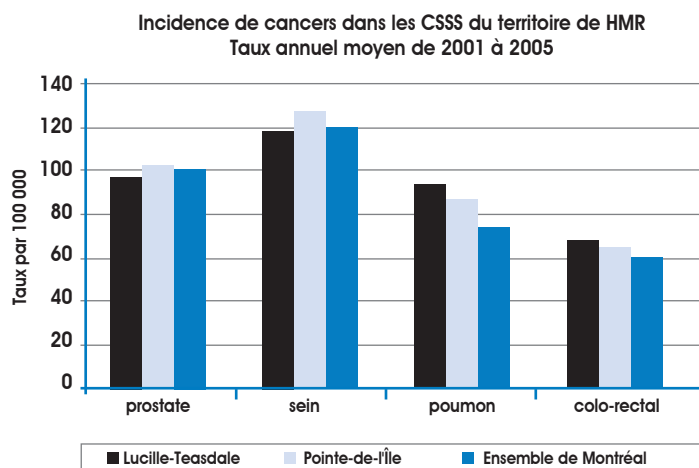
Répartition de la population par groupe d'âge – 2009						
	RLS du bassin de desserte immédiat		Autres RLS de l'Est de Montréal		Montréal	Québec
0-4 ans	18 346	5 %	18 582	6 %	5 %	5 %
5-9 ans	15 587	4 %	14 986	5 %	5 %	5 %
10-14 ans	17 173	5 %	15 098	5 %	5 %	6 %
15-19 ans	21 563	6 %	16 630	6 %	6 %	6 %
20-34 ans	84 430	23 %	62 677	21 %	24 %	20 %
35-49 ans	81 843	22 %	63 335	22 %	22 %	22 %
50-64 ans	75 087	20 %	51 585	18 %	18 %	21 %
65-74 ans	29 726	8 %	24 938	8 %	7 %	8 %
75-84 ans	22 583	6 %	19 150	7 %	6 %	5 %
85 et plus	7 589	2 %	7 024	2 %	2 %	2 %
TOTAL	373 927	100 %	294 005	100 %	100 %	100 %

Population de l'Est de Montréal						
	Nombre			Variation		
	2009	2014	2019	2009 à 2014	2014 à 2019	2009 à 2019
0-4 ans	36 928	38 440	37 797	4 %	-2 %	2 %
5-9 ans	30 573	34 916	36 296	14 %	4 %	19 %
10-14 ans	32 271	30 425	34 266	-6 %	13 %	6 %
15-19 ans	38 193	35 600	33 539	-7 %	-6 %	-12 %
20-34 ans	147 107	149 918	146 645	2 %	-2 %	0 %
35-49 ans	145 178	143 519	148 002	-1 %	3 %	2 %
50-64 ans	126 672	135 185	136 582	7 %	1 %	8 %
65-74 ans	54 664	60 919	68 340	11 %	12 %	25 %
75-84 ans	41 733	41 161	42 896	-1 %	4 %	3 %
85 et plus	14 613	18 579	21 438	27 %	15 %	47 %
TOTAL	667 932	688 662	705 801	3 %	2 %	6 %

Source : Projections de population à partir des données de l'ISQ-édition 2009 – Rapport final – Plan clinique, 19 novembre 2010.

Les caractéristiques populationnelles

- L'incidence plus élevée du cancer du poudron et colorectal sur le territoire desservi par rapport à l'ensemble de Montréal.
- Une mortalité plus élevée de toutes causes, la mortalité par cancer et la mortalité due aux problèmes respiratoires et de maladies circulatoires sur le territoire de l'Est de Montréal comparativement à l'ensemble de Montréal.
- Pour les hospitalisations, les diagnostics les plus prévalents observés auprès des résidents des territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île pour lesquels l'HMR est désigné hôpital de proximité sont : infarctus du myocarde, tumeur maligne des voies respiratoires et insuffisance cardiaque.
- L'insuffisance cardiaque, le diabète et l'asthme constituent les principales causes d'hospitalisations évitables où les taux sont supérieurs sur les territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île par rapport aux taux régionaux.



Source : Fichiers des décès et des tumeurs, MSSS : service du développement de l'information, MSSS – Rapport final - Plan clinique, 19 novembre 2010.

La provenance de la clientèle

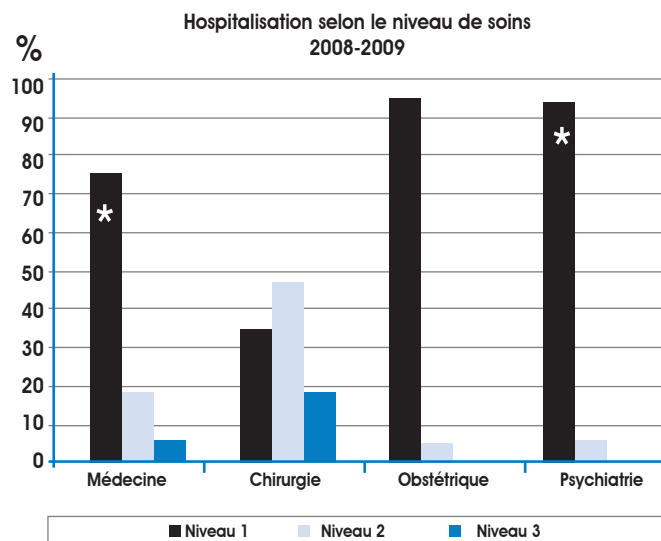
- Le taux d'hospitalisation par 1000 personnes de la population de l'Est de Montréal (81-83) est plus élevé que la moyenne régionale qui se situe à 75.
- L'HMR montre un taux global de rétention d'environ 30 % sur les hospitalisations de la population de son territoire de desserte.

Répartition des hospitalisations et des chirurgies d'un jour selon la provenance de la clientèle (2007-2008)		
Provenance	Hospitalisations	Chirurgies d'un jour
Bassin de desserte immédiat	51 %	41 %
Autres RLS de l'est de Montréal	19 %	16 %
Autres RLS de Montréal	8 %	10 %
Région du 450	19 %	31 %
Autres régions du Québec	2 %	2 %
Hors Québec	1 %	0 %
TOTAL	100 %	100 %

Source : HMR, données Med-Écho locales – Rapport final – Plan clinique, 18 février 2010.

Les niveaux d'accès

- Pour les trois dernières années, en médecine, on observe une hausse de 11 % dans les hospitalisations de niveau local, une baisse sensible pour le niveau régional.
- En chirurgie, la répartition des hospitalisations par niveau est demeurée stable.



* Pourcentages en augmentation depuis 2 ans

Source : tableau 1, en annexe.

Un hôpital Fortement sollicité

- L'HMR accueille un grand nombre de patients à son service des urgences, au-delà de 60 000 visites en 2009-2010, mais une baisse de 7 et 11% par rapport aux deux années précédentes, suite aux efforts de hiérarchisation des services.
- On observe une augmentation des patients de 75 ans et plus de près de 8 % depuis deux ans dont la durée moyenne de séjour sur civières aux urgences est de 40 heures actuellement.
- On constate une augmentation accélérée du nombre d'ambulances.
- Le Centre de soins ambulatoires demeure un acquis majeur pour l'hôpital mais a un effet d'attraction sur la clientèle. Le nombre de visites est passé d'environ 276 000 en 2005-2006 à 357 000 en 2009-2010, soit une augmentation de 29 % en l'espace de cinq ans.
- Au cours de l'année 2009-2010, l'hôpital a procédé à la fermeture de 58 lits de soins de longue durée, situés au pavillon Rosemont pour atteindre 80 lits en mars 2011.
- D'autre part, 33 lits dont 15 d'hospitalisation brève et 18 de courte durée ont été ajoutés en 2008.

Hospitalisations :	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Admissions (courte durée)	18 450	20 283	19 427
Jours – présence	160 803	165 126	164 266
Séjour –moyen	8,62	8,14	8,37
Service des urgences :	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de visites (excluant ophtalmo et psychiatrie)	68 803	66 010	61 212
Nombre d'ambulances	14 830	15 328	16 455
Taux occupation des civières (%)	122 %	114 %	188 %
Séjour global moyen (heures)	36	35	34
Visites ambulatoires (Centre de soins ambulatoires)	346 048	356 990	357 562

Source : les rapports annuels

Les soins et les services

- Un processus d'amélioration de la qualité est implanté dans l'hôpital.
- La propagation des infections nosocomiales demeure une préoccupation constante de la part de la direction.
- Des cliniques-réseau sont en lien avec l'HMR pour l'accessibilité aux services de soutien au diagnostic et aux médecins spécialistes.
- L'approche interdisciplinaire présente dans plusieurs programmes-clientèles n'est toutefois pas implantée également dans l'ensemble des programmes-clientèles.
- Dans le cadre du Plan de lutte contre le cancer, six équipes interdisciplinaires de l'HMR ont été désignées équipes suprarégionales: hématologie, greffe, sein, poumons, colorectal et musculo-squelettique.
- L'HMR est un centre accrédité pour la formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de 1^{ère} ligne et en néphrologie.
- Agrément Canada, à l'occasion de sa visite en 2009, a décerné à l'hôpital un agrément sans condition. Le taux de conformité aux 1866 critères évalués a été de 93 %. Les défis soulevés dans le rapport étaient une préoccupation quant à la pénurie critique de la main-d'oeuvre et à la vétusté de certaines installations.

La main-d'oeuvre

- 51 % des cadres de l'HMR ont moins de cinq ans de service.
- Plus de 45 % des effectifs ont moins de cinq ans de service.
- Le taux de rétention global après 6, 18 et 60 mois au 31 mars 2010, excluant les congédiements, par rapport aux embauches est de 90,9 % après 6 mois, 73,9 % après 18 mois et de 65,3 % après 60 mois.
- Les heures travaillées en temps supplémentaire sont en baisse, toutefois les heures en main-d'oeuvre indépendante sont en hausse par rapport à 2008-2009.
- Implantation du projet d'optimisation des équipes en soins infirmiers (POESI), accompagné de l'introduction des infirmières auxiliaires pour assurer le maintien de l'accès aux lits.
- Mise en place du programme de préceptorat pour faciliter l'intégration des infirmières et infirmiers.
- Poursuite du plan «Bien au travail» dont l'objectif est l'amélioration du climat de travail.

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Évolution de l'effectif	4 609	4 752	4 927
Nombre d'employés 55 ans et +	563	552	583
Taux de roulement	15 %	17 %	15 %
Évolution des heures travaillées :			
• Temps régulier	5 765 674	6 011 031	6 266 605
• Temps supplémentaire	223 788	291 994	270 901
Heures de main-d'oeuvre indépendante	31 542	20 262	36 512

Source : Portrait de main-d'oeuvre, année financière 2009-2010, DRH.

Le Centre de recherche

- Le Centre de recherche a obtenu du FRSQ sa pleine reconnaissance pour les quatre prochaines années, lors de la dernière visite d'évaluation en avril 2008.
- En 2009, son financement total se chiffrait à 12,5 M\$, dont 3,7 M\$ par des organismes subventionnaires reconnus par le FRSQ, 0,8 M\$ de bourses de recherche et une subvention de centre du FRSQ de 0,65 M\$. Le centre a de plus reçu un apport financier de 1,94 M\$ de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. (voir tableau 2, en annexe)
- La productivité scientifique s'est fortement accrue en 2009 comparativement à l'année précédente, le nombre de publications passant de 71 en 2008 à 111 en 2009, une augmentation de 56 %. (voir tableau 2, en annexe)
- Les nouveaux espaces pour l'établissement de la Chaire Wolfe en dégénérescence maculaire dans l'axe de la santé de la vision ont été complétés au cours de 2010 et sont maintenant fonctionnels.
- La construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) est en voie de réalisation et devrait être officiellement en fonction à l'automne 2011, ce qui sera un excellent tremplin pour le développement de la recherche translationnelle et les applications cliniques et thérapeutiques de la recherche fondamentale.
- Le centre souffre d'un manque aigu d'espace pour assurer son développement et permettre un recrutement plus actif de nouveaux chercheurs.
- L'arrimage avec le Centre d'excellence en soins infirmiers reste à réaliser pour la recherche.

L'enseignement

- L'HMR occupe toujours une place de leader en enseignement particulièrement pour les étudiants et résidents de la faculté de médecine, mais aussi pour les autres facultés, les étudiants pré et post doctoraux en recherche biomédicale, ainsi que pour les étudiants et stagiaires du niveau secondaire et collégial.
- L'enseignement dispensé à l'HMR jouit d'une excellente réputation auprès des étudiants de diverses disciplines qui rend le milieu attrayant dans le réseau universitaire.
- Au cours de l'année 2009-2010, l'HMR a reçu 517 résidents dans les différents départements de la faculté de médecine et près de 1000 étudiants à l'externat et au monitorat. (voir tableau 3, en annexe)
- Le corps professoral comprend au total 327 professeurs dans l'ensemble des disciplines médicales.
- La direction de l'enseignement dispose d'une bonne infrastructure et d'une organisation efficace pour assurer l'enseignement clinique et pratique, y compris des laboratoires de formation en chirurgie et pour l'enseignement de la réanimation et les soins aigus, de l'hématologie et de l'ophtalmologie.
- Le projet de développement du Centre du savoir vise à développer l'enseignement interdisciplinaire et les pratiques collaboratives, à procurer les espaces d'enseignement pour toutes les disciplines et de nouveaux laboratoires de formation requis par les besoins croissants d'une population étudiante de tous les niveaux de plus en plus nombreuse.

Les infrastructures immobilières

Dans le but d'offrir à sa clientèle, son personnel, ses médecins et ses chercheurs un environnement des plus fonctionnel, de qualité et sécuritaire, plusieurs projets majeurs seront réalisés au cours des trois prochaines années, retenons entre autres :

En voie de réalisation

- La construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC);
- La relocalisation d'espaces de la recherche au-dessus du pavillon J.A.-DeSève.

En planification

- Le plan fonctionnel et technique (PFT) pour les espaces transitoires du service de dialyse;
- Les aménagements pour améliorer la fonctionnalité aux blocs opératoires Maisonneuve, Rosemont et au Centre de soins ambulatoires (CSA);
- La nouvelle urgence et l'infrastructure du bloc opératoire;
- Le développement d'un PFT incluant la programmation scientifique pour le projet de construction du Centre de recherche;
- Le développement du Centre du savoir pour la formation interdisciplinaire;
- Le développement du plan maître immobilier;
- Le projet d'un centre de cancérologie.

Malgré la réalisation de ces projets, rappelons que l'HMR fait face à une situation de vétusté et de non fonctionnalité importante dans ses deux pavillons, requérant d'énormes investissements.

Les technologies de l'information

- L'HMR accuse un retard dans l'informatisation et le budget consacré à l'informatique. Peu d'investissement a été consacré à l'amélioration de l'infrastructure informatique au cours des dernières années.
- La nécessité de moderniser le plan directeur informatique.
- L'acquisition de nouveaux systèmes d'information est prévue, au cours des prochaines années, pour les services des urgences, de la pharmacie et de la microbiologie.
- L'HMR sera appelé à implanter le système d'information clinique (DCI OACIS) retenu par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. La numérisation des dossiers, un préalable à cette implantation, représentera des coûts importants pour l'hôpital.
- Au plan 2007-2010, on soulignait le retard dans l'acquisition de technologies et d'équipements «avancés» pour le diagnostic et le traitement des patients. Certaines acquisitions ont été effectuées au cours des dernières années pour répondre, en partie, à ce besoin.

Une gestion axée sur la performance

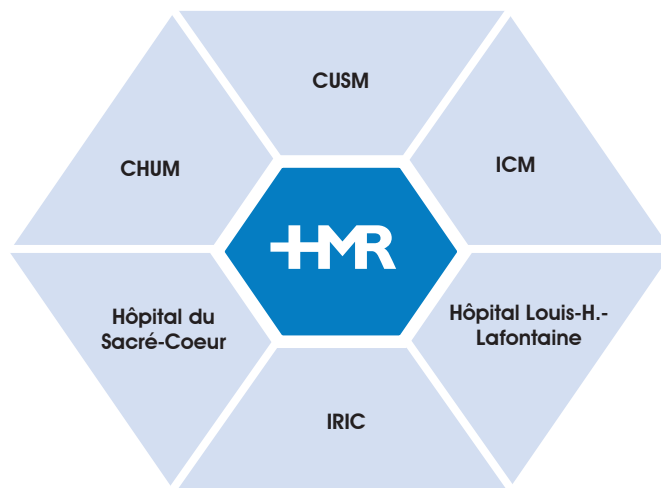
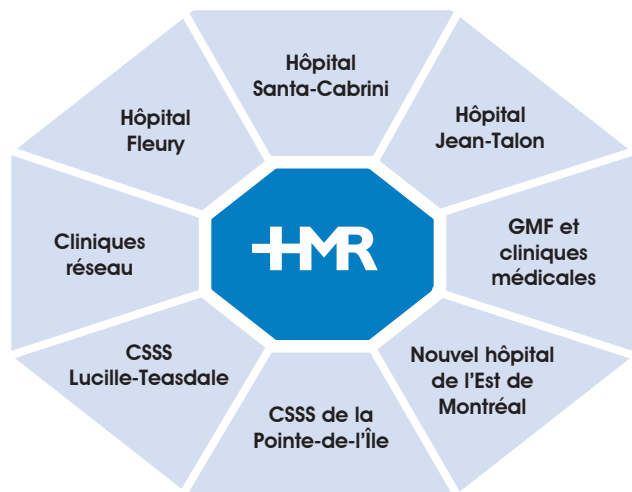
- L'HMR continue de présenter un niveau global d'efficacité supérieur à la moyenne des établissements comparables. On observe quelques zones où une amélioration est possible pour lesquelles une revue des processus est en place.
- Le total des charges pour l'année 2009-2010 se situait à 388 062 000 \$. L'HMR a bénéficié d'un rehaussement budgétaire de 6 M\$ sur la base 2007-2008. L'hôpital respecte les cibles financières déterminées par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- L'accroissement des activités cliniques accentue le sous-financement démontré de l'hôpital.

La mission

Ce que nous sommes et ce que nous faisons :

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

- **Au plan local**, l'hôpital 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 et, à ce titre, il remplit un rôle d'hôpital à vocation locale 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 dans ses axes d'excellence reconnus en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale et en ophtalmologie.
- **En tant qu'hôpital universitaire**, l'hôpital participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la faculté de médecine et d'autres facultés de sciences de même qu'auprès d'étudiants des niveaux collégial et secondaire. Il s'investit dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique, particulièrement dans ses axes d'expertise reconnus en concordance avec ses axes d'excellence cliniques; ainsi que dans l'évaluation des technologies.



La vision

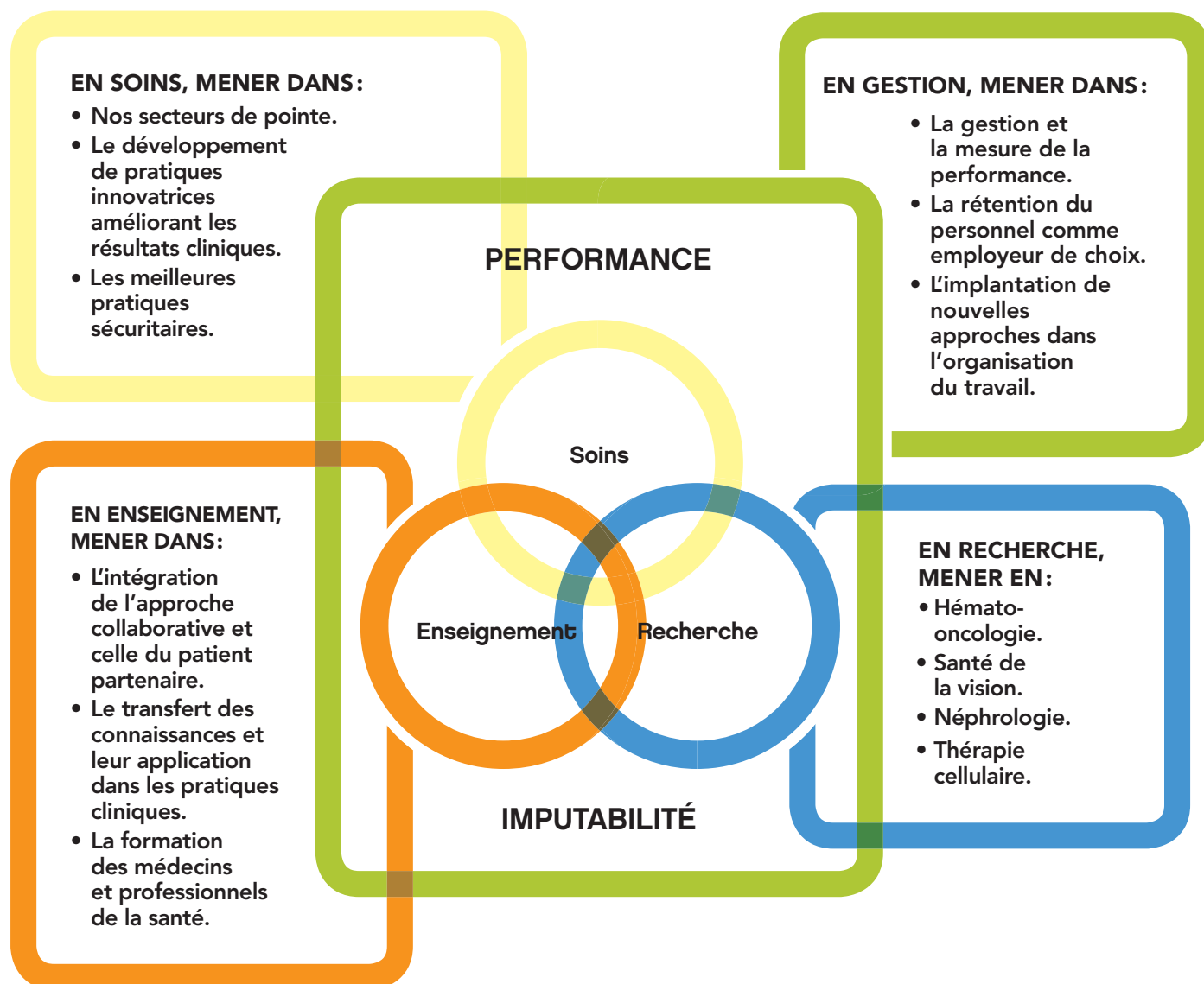
Ce que nous voulons être :

Un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence

Pour y parvenir, 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;
- être novateur 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;
- être proactif dans le partage des responsabilités et l'approche réseau.

Notre modèle de développement stratégique :



Valeurs et principes de gestion

Des valeurs et des principes de gestion qui guident nos décisions et nos actions

Nos valeurs

- Le patient et son bien-être
- Le respect
- La compétence
- La responsabilisation
- La reconnaissance
- L'innovation

Nos principes de gestion

- La valorisation des ressources humaines
- La pratique interprofessionnelle
- Le partenariat médico-administratif
- La collaboration
- La transparence
- La rigueur

Les enjeux

Notre modèle de développement stratégique :

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

Enjeu 2 // Le leadership en enseignement au sein du réseau universitaire

Enjeu 3 // L'attraction et la rétention de la main-d'oeuvre

Enjeu 4 // La performance du Centre de recherche

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

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

Enjeu 7 // Une gestion performante et imputable

Enjeu 8 // Une communication efficace et soutenue

Enjeu 1

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

L'énorme pression de la clientèle sur les services offerts par l'HMR représente une menace pour la mission de l'hôpital en tant que centre de soins spécialisés et surspécialisés et pour sa mission universitaire. Il devient donc impératif de revoir son offre de services en fonction de la hiérarchisation des soins, d'identifier des moyens efficaces pour diminuer la charge clinique, de consolider ses axes d'excellence et ses secteurs de pointe, d'adapter son offre de services aux nouveaux besoins d'une clientèle vieillissante et des problèmes de santé en croissance tel le cancer, et d'obtenir les effectifs médicaux requis pour remplir pleinement sa mission.

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

1.1 Revoir l'offre de services et les pratiques cliniques.

- Poursuivre le développement des continuums de services avec les CSSS pour les clientèles ciblées.
 - Périnatalité et petite enfance;
 - Cancer du sein et colorectal;
 - Diabète;
 - Santé mentale.

- Harmonisation des trajectoires de soins et de services avec nos partenaires.
- Consolidation de nos services de 2^e ligne en lien avec les orientations ministérielles:
 - Corridors de service développés pour le retour et la prise en charge des clientèles en collaboration avec l'Agence et le MSSS;
 - Support pour une prise en charge accrue de la première ligne pour ce qui relève de sa mission.

- Poursuivre les travaux du Comité de pilotage de l'urgence en partenariat avec les CSSS, l'Agence et le Ministère.

- L'ensemble des actions contribue à l'atteinte des cibles fixées par le Ministère en matière de durée de séjour et de délais à l'urgence.
- Les cohortes de grands consommateurs de l'urgence sont prises en charge par les CSSS en fonction de leurs besoins.
- Le recours aux cliniques réseau pour les clientèles de niveau P4-P5 est accru.
- L'accès aux lits de courte durée pour la clientèle de l'urgence est favorisé par la poursuite du projet Synchro ainsi que par le développement d'alternatives à l'hospitalisation.
- Une vigilance est exercée pour le respect des quotes-parts de transports ambulanciers en collaboration avec Urgences-santé.

Enjeu 1 (suite)

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

1.1 Revoir l'offre de services et les pratiques cliniques. (suite)

- Favoriser la création d'un groupe de médecine familiale (GMF) au sein de l'unité de médecine familiale (UMF).

- Un groupe de médecine familiale (GMF) avec corridor fonctionnel pour l'accès à la 2^e ligne de l'HMR est mis en place.

- Poursuivre la réalisation du Centre d'excellence en santé de la vision.

- Actualisation du dossier auprès des instances décisionnelles de l'Agence, de l'UdeM et du MSSS.

- Mettre en œuvre les conditions propices à sa réalisation dans le RUIS de l'UdeM.

- Consolidation des équipes interdisciplinaires dans les surspécialités (phase II).

1.2 Adapter nos modes d'intervention et nos pratiques cliniques aux besoins de la clientèle vieillissante.

- 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.

- Au 31 mars 2014, l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* est implantée dans toutes les unités de soins de courte durée.

- Définir et structurer l'offre de service en gériatrie pour l'ensemble de l'hôpital dans le contexte de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*.

- L'équipe médicale et professionnelle de gériatrie a défini son offre de service et celle-ci est effective.

1.3 Planifier le projet de Centre de cancérologie.

- Proposer un projet pour l'ensemble des activités d'oncologie, telles qu'elles ont été définies au plan clinique en novembre 2010, en vue de leur localisation dans le futur Centre de cancérologie de l'HMR.

- Au 31 mars 2014, la programmation détaillée du Centre de cancérologie est finalisée.

1.4 Assurer les effectifs médicaux suffisants pour répondre aux besoins.

- Augmenter le nombre de postes de médecins à notre plan d'effectifs local.

- 100 % des postes obtenus et disponibles au plan régional d'effectifs médicaux (PREM) sont comblés.

Enjeu 2

Le leadership en enseignement au sein du réseau universitaire

Pour maintenir son leadership, l'HMR doit poursuivre ses efforts d'innovation dans ses différentes activités d'enseignement. L'augmentation des cohortes d'étudiants et de stagiaires, les technologies nouvelles pour la formation technique et les approches novatrices de pratique clinique interdisciplinaire et collaborative posent des défis pour mieux s'adapter à ces réalités.

Orientations stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

2.1 Consolider notre position de leader au sein du réseau universitaire.

- Assurer une présence optimale de l'HMR aux activités du RUIS et de l'UdeM.
- Dépôt d'un plan d'action commun des directions impliquées en enseignement.
- Représentation de l'HMR aux comités stratégiques du RUIS et de l'UdeM.
- Participation des équipes cliniques de l'HMR aux travaux de recherche et de diffusion en enseignement menés par le RUIS et l'UdeM.
- Développer nos infrastructures d'enseignement et de formation du personnel et planifier leur intégration dans un Centre du savoir.
- Implantation du centre de formation interdisciplinaire.
- Implantation du Centre d'information pour l'usager et ses proches.
- Développement des laboratoires d'enseignement (rehaussement du CASSAT, implantation de laboratoires d'enseignement en néphrologie et en pharmacie).
- Programmation des activités du Centre du savoir complétée.

2.2 Accentuer le développement de nos activités d'enseignement.

- Développer la capacité d'attraction de l'HMR comme milieu de stage pour toutes les disciplines des sciences de la santé.
- Augmentation du nombre de stagiaires dans toutes les disciplines.
- Mettre en place des structures et des activités d'enseignement visant le développement des pratiques collaboratives.
- Mise en œuvre d'une offre d'activités d'enseignement interdisciplinaire.
- Identification d'équipes cliniques modèles dont les pratiques collaboratives, intégrant l'enseignement interdisciplinaire, sont transférables à d'autres équipes.
- Implantation d'une unité d'enseignement interdisciplinaire modèle.

Enjeu 3

L'attraction et la rétention de la main-d'oeuvre

La pénurie de la main-d'oeuvre risque de mettre en péril l'offre de services de l'HMR et d'avoir un effet néfaste sur le climat de travail à cause de la surcharge. Le recrutement et la rétention de la main-d'oeuvre deviennent donc un impératif majeur. Un environnement de travail et de pratique reconnu comme étant stimulant et attractif, reconnaissant l'apport de chacun dans leurs fonctions devrait contribuer à relever ce défi.

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

3.1 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes.

- Augmenter le nombre de cadres et d'employés pour combler les postes disponibles.
- Poursuivre la réduction du temps supplémentaire chez les infirmières.
- Améliorer la rétention chez le personnel.

- Rétention des cadres améliorée.
- Pourcentage des postes vacants après affichage pour les titres d'emploi ciblés diminué par rapport aux années antérieures.
- Heures travaillées en temps supplémentaire par les infirmières diminuées par rapport aux années antérieures.
- Heures travaillées par la main-d'oeuvre indépendante diminuées par rapport aux années antérieures.
- Rétention du personnel améliorée pour les catégories de personnel ciblées dans les plans d'action.

3.2 Assurer la relève tant chez les cadres que le personnel.

- Améliorer les conditions d'exercice et de soutien des cadres.
- Soutenir le personnel clinique dans l'exercice de leurs fonctions

- Relève des cadres cliniques en place.
- Actions implantées dans le cadre du programme «Bien au travail».
- Actions de soutien implantées dans les unités de soins et services.

3.3 Mettre en place les moyens pour assurer le développement de nos ressources humaines.

- Axer les actions de développement des ressources humaines sur les compétences attendues.
- Innover en matière de développement des ressources humaines.

- Activités de développement des ressources humaines intégrant les compétences attendues réalisées.
- Projets de développement des ressources humaines utilisant les nouvelles technologies ou les nouvelles approches pédagogiques en place.

Enjeu 4

La performance du Centre de recherche

Tout centre hospitalier universitaire doit maintenir un centre de recherche pleinement reconnu par le FRSQ. Cette reconnaissance passe par le développement d'une masse critique de chercheurs centrée autour d'une programmation scientifique et de sa bonne performance. Pour s'arrimer aux nouvelles orientations du FRSQ, des IRSC et du MSSS, il faut favoriser le développement de la recherche orientée vers des applications cliniques et thérapeutiques démontrables.

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

4.1 Assurer le maintien de la reconnaissance du FRSQ.

- Obtenir la pleine subvention de centre FRSQ pour 2012-2016.
- Améliorer la performance du Centre de recherche.

- Entérinement de la programmation scientifique par le Conseil d'administration.
- Évaluation FRSQ 2012.
 - Cote qualitative du centre «très bon»;
 - Cote qualitative globale de 7,5.
- Cote quantitative à 4/10 en 2014 (3,63 en 2010, soit +10 %).

4.2 Planifier la construction du Centre de recherche.

- Produire un programme fonctionnel et technique (PFT).

- PFT déposé en 2012.
- Demande de financement au MDEIE déposée en 2012.

- Réaliser les plans et devis préliminaires.

- Obtention du financement en 2013.
- Dépôt des plans et devis préliminaires en 2014.

4.3 Favoriser le développement d'une culture de recherche intrahospitalière.

- Promouvoir la recherche à l'interne (focus sur la recherche clinique).

- Mise en place du Comité de la recherche de l'établissement et du Comité aviseur de la recherche clinique.
- Ententes de service avec les plateaux techniques cliniques.
- Plan de communication élaboré et actualisé.
- Augmentation du nombre d'études cliniques réalisées.

- Réaliser des projets liés à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS).

- Structure en place avec support financier pour les activités de l'UETMIS.

Enjeu 5

La sécurité et la qualité des services à la clientèle

L'HMR doit offrir à sa clientèle des soins de la plus haute qualité, des services courtois et accessibles, dans un environnement sain et sécuritaire et dans un contexte d'interdisciplinarité et de mise en oeuvre de pratiques professionnelles fondées sur des résultats probants.

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

5.1 Assurer à nos clientèles une prestation de soins sécuritaire et de qualité.

- Bonifier le programme de prévention et contrôle des infections.

- Taux d'infections nosocomiales à *Clostridium difficile* et d'ERV (10 000 jours-présences) maintenu au même niveau ou diminué par rapport aux années antérieures*.
- Nombre de complications liées aux infections nosocomiales à *Clostridium difficile* maintenu au même niveau ou diminué par rapport aux années antérieures*.

**INSPQ (2010), Indicateurs relatifs au programme de surveillance obligatoire, Bactériémie à S. aureus, Clostridium difficile, Bactériémie sur cathéter centraux aux USI.*

- Poursuivre le développement de la culture de qualité et sécurité.

- Obtention de l'Agrément Canada.
- Avancement des projets favorisant l'approche collaborative.
- Mesures (5) identifiées à la fois par Agrément Canada et par l'Institut canadien pour la sécurité des patients mises en oeuvre dans l'établissement.
- Plans d'action faisant suite aux visites des organismes d'accréditations complétés.

5.2 Assurer l'accès à nos services dans les délais acceptables.

- 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.

- Amélioration des délais selon les cibles du MSSS dans les secteurs :
 - de la chirurgie;
 - de l'endoscopie;
 - de l'imagerie médicale;
 - de la radio-oncologie.

Enjeu 6

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

La vétusté des infrastructures immobilières et le retard considérable en matière de technologies de l'information sont de nature à nuire au développement harmonieux de l'HMR. L'intégration de l'information s'impose pour arriver à une gestion clinico-administrative plus efficace, le maintien d'un parc d'équipements médicaux de pointe pour répondre à l'évolution des pratiques cliniques et la mise en place d'un environnement physique fonctionnel et sécuritaire pour le personnel et la clientèle.

Orientations stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

6.1 Augmenter et améliorer nos infrastructures physiques et technologiques afin de remplir efficacement notre mission.

- Réaliser le plan maître immobilier (PMI).

- PMI complété.

- Réaliser les projets de réaménagement et de construction convenus.

- Projets complétés en fonction des échéanciers prévus, des budgets approuvés et de la qualité visée.

- Consolider l'infrastructure informationnelle.

- Robustesse et fiabilité du réseau améliorées pour supporter les développements annoncés dont le dossier clinique informatisé (OACIS).

6.2 Assurer la mise à niveau du plateau clinique et diagnostique et le développement des technologies de pointe.

- Réaliser le plan triennal de maintien d'actifs d'équipements médicaux.

- 100 % des équipements autorisés sont acquis et installés.

6.3 Accentuer le déploiement des technologies de l'information.

- Mettre à jour le plan directeur informatique et procéder aux acquisitions et aux implantations prévues au plan directeur.

- Plan directeur informatique mis à jour.
- Systèmes identifiés au nouveau plan directeur sont installés et fonctionnels.

Enjeu 6 (suite)

Orientations stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

6.4 Améliorer l'accessibilité aux ressources informationnelles, l'intégration, la circulation des données cliniques et la sécurité.

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

- Continuer l'implantation du cadre global de gestion des actifs informationnels.

- Planification de l'implantation de OACIS complétée (incluant la numérisation et en protégeant les acquis de VISION) et travaux engagés en respectant l'échéancier (à déterminer).

- L'implantation du cadre global est accrue de 30 %.

Enjeu 7

Une gestion performante et imputable

Bien que reconnu pour son niveau d'efficacité générale, l'HMR doit poursuivre ses efforts pour une utilisation optimale de ses ressources, par une gestion axée sur les résultats, dans le respect de son entente de gestion déjà convenue et cela dans un contexte de précarité des ressources disponibles nécessitant d'effectuer des choix judicieux.

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

7.1 Demeurer une organisation performante dans la gestion de nos ressources.

- Suivre l'évolution de la performance.

- La performance de l'organisation s'est maintenue.

- Mettre en place des projets lean.

- 6 projets d'optimisation réalisés dans les secteurs identifiés.

7.2 Se garantir un financement adéquat et stable pour soutenir notre offre de services.

- Obtenir un financement additionnel permettant d'assumer l'évolution de l'offre de services tout en maintenant notre performance comparative.

- Financement obtenu suffisant et récurrent.
- Suivi de l'évolution des modes de financement du réseau effectué avec ajustements à l'interne si requis.

7.3 Renforcer notre programme d'environnement durable.

- Augmenter le nombre d'activités et de mesures liées à un développement durable.

- Augmentation de notre niveau de certification auprès de *Building Owners and Managers Association* (BOMA) de 1 à 2, sur une échelle de 4.

- Favoriser une pratique plus écologique de la gestion des déchets.

- 40 % du volume des matières résiduelles est recyclé.

Enjeu 8

Une communication efficace et soutenue

La mise en oeuvre des stratégies et des actions émanant du plan stratégique nécessitera une communication soutenue pour rejoindre les personnes et les groupes ciblés par ces changements. Dans un contexte concurrentiel, l'image de l'hôpital représente un facteur déterminant dans l'attraction des médecins, des chercheurs et d'une main-d'oeuvre compétente. Une communication de qualité représente un ingrédient majeur dans l'actualisation de nos stratégies de mobilisation et de rétention du personnel. En constante interaction avec le grand public, les médias et les gens d'affaires, une approche proactive dans nos communications s'impose.

Orientations

stratégiques 2011-2014

Objectifs

Résultats attendus

8.1 Intensifier les communications internes dans un objectif de mobilisation autour des priorités de l'organisation et de la rétention de la main-d'oeuvre.

- S'assurer que tous les employés connaissent les principales valeurs, forces, réalisations et priorités de l'HMR.
- Faire de la communauté de l'HMR des ambassadeurs pour l'institution comme employeur de choix.

- Tous les employés connaissent une valeur et trois forces de l'HMR et peuvent citer deux réalisations de l'hôpital dont ils sont fiers.

8.2 Accentuer les efforts de réseautage dans les milieux d'influence, politique et d'affaires.

- Offrir davantage de tribunes aux porte-parole de l'HMR.
- Développer nos contacts auprès de partenaires et de groupes d'intérêt externes.

- Hausse du nombre de contacts avec les partenaires politiques, économiques et académiques.

8.3 Accroître la notoriété de l'hôpital auprès de la clientèle, des partenaires et de la population.

- Assurer une présence soutenue de l'HMR dans une variété de médias.
- Influencer la perception des professionnels de la santé à l'égard de l'HMR comme employeur potentiel.
- Transmettre au nouvel employé une information appropriée pour susciter la fierté, l'appartenance ainsi que l'adhésion aux valeurs et à la culture de l'HMR.

- Visibilité positive de l'HMR rehaussée dans les médias par rapport à 2010-2011.
- Perception positive des forces et avantages de l'HMR de la part des candidats.
- Sentiment positif de la part des nouveaux employés envers l'HMR en tant qu'institution.

Annexes

Tableau 1 // Hospitalisations par domaine selon le niveau d'accès

Tableau 2 // Données – Centre de recherche

Tableau 3 // Données – enseignement

Documents consultés

Composition du Comité de pilotage

Annexes

Tableau 1 // Hospitalisations par domaine selon le niveau d'accès, soins de courte durée
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009

Domaine	Niveau d'accès	2006-2007		2007-2008		2008-2009	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Médecine	1	7 381	68,9 %	7 067	72,5 %	8 222	75,3 %
	2	2 589	24,2 %	2 000	20,5 %	2 063	18,9 %
	3	749	7,0 %	676	6,9 %	636	5,8 %
	Sous-Total	10 719	100,0 %	9 743	100,0 %	10 921	100,0 %
chirurgie	1	2 053	34,8 %	1 850	34,1 %	1 973	34,8 %
	2	2 702	45,8 %	2 544	46,8 %	2 661	47,0 %
	3	1 144	19,4 %	1 038	19,1 %	1 030	18,2 %
	Sous-Total	5 899	100,0 %	5 432	100,0 %	5 664	100,0 %
Obstétrique	1	3 124	95,9 %	2 742	95,0 %	3 117	94,9 %
	2	135	4,1 %	145	5,0 %	166	5,1 %
	3						
	Sous-Total	3 259	100,0 %	2 887	100,0 %	3 283	100,0 %
Psychiatrie	1	503	82,7 %	543	93,6 %	512	94,1 %
	2	105	17,3 %	37	6,4 %	32	5,9 %
	3						
	Sous-Total	608	100,0 %	580	100,0 %	544	100,0 %

Source : MSSS, ASSS de Montréal, APR-DRG 08-09 V.24

Annexes

Tableau 2 // Le Centre de recherche

Effectifs du CRHMR	2008	2009
Chercheurs réguliers	32	33
Chercheurs associés	17	17
Chercheurs cliniciens	41	41
Étudiants	87	96
Stagiaires au post doctorat	14	14
Troisième cycle (doctorat)	32	41
Deuxième cycle (maîtrise)	41	41
Membres du personnel professionnel et administratif	121	122
Productivité scientifique		
Articles parus dans des revues avec comité des pairs	59	102
Chapitres des livres	12	9
Activités financières	2008	2009
Subventions de centre FRSQ	500 000 \$	650 000 \$
Subventions d'organismes avec comité de pairs	3 221 096 \$	3 738 246 \$
Bourse d'organismes avec comité de pairs	615 882 \$	800 470 \$
Subventions d'autres organismes	1 487 341 \$	1 142 397 \$
Contrats avec des entreprises privées	4 595 170 \$	4 162 596 \$
Fondation de l'HMR	1 805 186 \$	1 944 527 \$
Autres revenus	128 003 \$	99 566 \$
TOTAL	12 352 678 \$	12 537 802 \$

Source : rapports annuels 2008, 2009

Annexes

Tableau 3 // L'enseignement

Étudiants	2007-2008		2008-2009		2009-2010	
	Nombre	ETC	Nombre	ETC	Nombre	ETC*
Total résidents de médecine	417	142,69	487	159,15	517	167,78
Total monitorat et externat de médecine	1070	106,89	1 065	99,73	998	99,60
Total médecine prédoctoral et postdoctoral	1 487	249,58	1 552	258,88	1 515	267,38
Total recherche	115	80,55	130	83,12	120	79,22
Total niveau universitaire (autres stagiaires)	424	25,77	310	28,70	331	31,01
Total niveau collégial	2 632	70,25	1 639	56,10	962	54,23
Total niveau secondaire	403	13,97	410	14,28	634	27,94
GRAND TOTAL	5 061	440,12	4 041	441,08	3 562	459,78
Nombre de professeurs	323	-	326	-	327	-

*ETC = 13 périodes. Source : rapports annuels 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010

Annexes

Documents consultés

- Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Planification stratégique, document de consultation, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Plan clinique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, rapport final, 18 février 2010.
- Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'oeuvre à Montréal – 2010-2015, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Portrait de la main-d'oeuvre, année financière 2009-2010, Direction des ressources humaines, Service de dotation – planification de la main-d'oeuvre.
- Positionnement stratégique 2007-2010, adopté au Conseil d'administration le 6 mars 2007.
- Rapport d'Agrément Canada, dates de la visite 24 au 29 mai 2009, 17 février 2010.
- Rapports annuels de l'HMR, années 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010.
- Rapport annuel 2009-2010, Direction de l'enseignement.
- Rapport annuel 2009, Centre de recherche de l'HMR.

Annexes

Composition du Comité de pilotage

- Président du Conseil d'administration..... Pierre Desrochers
- Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens..... Dr Rafik Ghali
- Présidente de l'Assemblée des chefs de départements..... Dr Martine Leblanc
- Présidente du Conseil des infirmières et infirmiers..... Sylvie Miron
- Présidente du Conseil multidisciplinaire..... Nathalie Bazylewicz
- Représentant de la Fondation HMR, membre du Conseil d'administration de l'HMR..... John LeBoutillier
- Représentant du Comité des usagers, membre du Conseil d'administration de l'HMR..... Louis-Gilles Faucher
- Directrice générale Manon Boily
- Directeur des services professionnels Dr Francis Méthot
- Ressource externe..... Roger Paquet

