

**Rapport annuel de gestion
2009-2010**

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	4
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ	6
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
3.1. Mission	7
3.2. Structure de l'organisation	8
– Comité de direction.....	8
– Chefs de programmes-clientèle et de programmes diagnostiques.....	8
3.3. Contexte.....	9
– Activités ambulatoires.....	9
– Activités hospitalières	10
– Main d'œuvre	10
– Clientèle étudiante	10
3.4. Faits saillants.....	11
– Nouvelle directrice générale.....	11
– Obtention d'un agrément sans condition	11
– Poursuite de l'essor du centre de recherche	12
– Début de la construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire	13
– Chaire de recherche en dégénérescence maculaire	13
– Inauguration du nouveau pavillon de radio-oncologie	14
– Pandémie d'influenza A (H1N1)	14
– L'expertise en thérapie cellulaire de l'HMR exportée en Europe.....	16
– Journée portes ouvertes.....	16
4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	18
4.1. Principales modifications apportées durant l'exercice	18
– Agrandissement et rénovation de l'urgence	18
– Nouvelles modalités d'accès au service d'ophtalmologie	19
– Plan d'action sur la main-d'œuvre	20
– Restructuration de la Direction des soins infirmiers	21
– Récupération des matières recyclables	21
– Déploiement d'un intranet.....	22
– Restructuration de la direction des services multidisciplinaires.....	22
– Partenariat travail-études	23
– Programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux)	23
– Déplacement sécuritaire des bénéficiaires	24
– Projet Synchro.....	24
– Accès à la chirurgie	25

– Prévention et contrôle des infections.....	25
– Projet POESI	27
– Qualité de vie au travail.....	28
– Implantation du logiciel Magistra.....	29
– Développements en haute technologie	29
– Positionnement universitaire.....	30
– Collaboration interprofessionnelle	31
4.2. Orientations stratégiques	32
4.3. Priorités d’action	32
4.4. Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus.....	33
– Suivi de l’entente de gestion et d’imputabilité.....	33
– Suivi des recommandations du rapport d’agrément.....	34
– Sécurité des soins et services.....	35
– Recommandations du coroner.....	36
– Examen des plaintes et promotion des droits	37
– Satisfaction des usagers	38
5. CONSEILS OU COMITÉS DE L’ÉTABLISSEMENT	39
– Conseil d’administration	39
– Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	39
– Conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	40
– Conseil multidisciplinaire (CM).....	41
– Comité de vigilance et de la qualité.....	42
– Comité des usagers	42
– Comité de gestion de la qualité et des risques	43
– Corporation de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont	43
– Comité d’éthique de la recherche	43
– Comité d’éthique clinique.....	45
6. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS	46
7. CODE D’ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	47
ANNEXE 1 : Résultats et cibles concernant l’Entente de gestion	52
ANNEXE 2 : Extraits du rapport du vérificateur	53
ANNEXE 3 : Statistiques hospitalières.....	60

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Année après année, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont fait face à des défis de taille, et met tout en œuvre pour assurer à ses patients des soins et services de la plus haute qualité.

Au cours du dernier exercice, le conseil d'administration et l'équipe de direction ont concentré leurs efforts sur la prévention des infections, l'achalandage de l'urgence, et le recrutement de ressources humaines dans plusieurs secteurs, particulièrement en soins infirmiers. Ces enjeux ne sont pas nouveaux et l'HMR a pris plusieurs mesures pour y faire face.

Ainsi, un vaste plan de recrutement de main-d'œuvre a été déployé incluant notamment une journée « portes ouvertes » accueillie avec enthousiasme.

Afin de lutter contre les infections nosocomiales, l'hôpital s'est doté de comités spéciaux chargés de suivre la situation de près et de mettre en place les actions nécessaires. L'établissement a relevé d'un cran les différentes mesures de prévention et de contrôle des infections qui ont été déployées dans les unités de soins. Un secteur a été mis à contribution à titre d'unité pilote pour l'essai de certaines mesures avant leur déploiement dans l'hôpital. Les efforts concertés de l'ensemble du personnel ont donné des résultats très encourageants au cours des dernières périodes de l'année.

Le dernier exercice a été marqué par l'annonce d'un investissement de 63 millions \$ du ministère de la Santé pour l'agrandissement et la rénovation de l'urgence. Il s'agit d'une nouvelle très importante pour un projet de grande envergure attendu depuis longtemps à l'HMR. La nouvelle urgence offrira un environnement sécurisant pour les patients, propice à l'enseignement, et fonctionnel et ergonomique pour les travailleurs de la santé. Elle présentera également des avantages sous l'angle du contrôle des infections.

Soulignons aussi qu'en dépit des difficultés causées par la pénurie de personnel, les patients de l'HMR ont pu compter sur des soins sécuritaires et de la plus haute qualité. De plus, l'établissement a maintenu la culture de rigueur financière et de responsabilité qui l'imprègne depuis toujours. Ce souci constant pour notre clientèle et pour l'amélioration de la qualité au sein de l'établissement a été remarqué par les visiteurs d'Agrément Canada et l'HMR a obtenu un agrément sans condition.

De nombreuses réalisations

Durant le dernier exercice, l'établissement a poursuivi son développement avec la concrétisation de plusieurs projets à tous les niveaux de l'organisation.

Soulignons l'ouverture du nouveau pavillon de radio-oncologie qui permettra d'augmenter considérablement le nombre de patients traités et de leur fournir des traitements à la hauteur des pratiques les plus avancées. Par ailleurs, les travaux de construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire ont débuté, ainsi que ceux des locaux de la chaire de recherche en dégénérescence maculaire.

Le Centre de recherche de l'HMR a poursuivi sa croissance avec une augmentation de la productivité scientifique, un accroissement très notable des fonds de recherche et le recrutement de plusieurs chercheurs de talent. L'HMR a également conforté sa position dans le réseau universitaire, attirant de nombreux étudiants, stagiaires et résidents.

De plus, un effort particulier a été consenti au cours du dernier exercice pour créer et entretenir un climat de travail de qualité, propice à l'épanouissement de chacun. Cette vaste démarche, baptisée « Bien au travail », fait partie des priorités de la direction générale.

Parallèlement, l'établissement a assumé ses responsabilités en déployant toutes les mesures d'urgence nécessaires pour faire face à la pandémie d'influenza A (H1N1), comptant sur la collaboration de l'ensemble du personnel et des médecins.

En définitive, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a poursuivi avec brio sa mission de soins d'enseignement et de recherche, en pratiquant une gestion responsable des ressources mises à sa disposition.

Pierre Desrochers

Président du conseil d'administration

Manon Boily

Directrice générale

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion (ou d'activités) de l'exercice 2009-2010 de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Manon Boily
Directrice générale

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) offre une gamme complète de services généraux, spécialisés et surspécialisés à une clientèle de tous âges. Ses quelque 5 400 employés et médecins œuvrent dans un milieu vivant et chaleureux pour répondre aux besoins de la population de l'Est de Montréal et même bien au-delà, puisque l'HMR a une vocation suprarégionale.

Affilié à l'Université de Montréal, l'HMR est aussi un haut lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement et de recherche. On y accueille chaque année plus de 4 000 étudiants, futurs médecins, infirmières et professionnels de la santé. De nombreuses recherches scientifiques et médicales sont aussi menées pour développer de nouveaux traitements, donnant ainsi espoir aux personnes atteintes de maladies actuellement incurables.

Parmi les nombreuses spécialités développées à l'HMR, trois secteurs cliniques se démarquent particulièrement et constituent des axes d'excellence :

- L'HMR regroupe la plus importante équipe de médecins et de chercheurs au Québec en ophtalmologie; il dispose d'un très grand nombre d'équipements de haute technologie et poursuit des recherches de pointe dans ce domaine.
- Le niveau d'excellence du secteur de l'hémato-oncologie a permis de développer la plus grande expertise au Québec en transplantation de cellules souches hématopoïétiques. Ainsi, l'HMR disposera bientôt d'un Centre d'excellence en thérapie cellulaire regroupant les meilleurs médecins et chercheurs de ce domaine d'avenir.
- L'expertise de l'HMR en néphrologie est également reconnue. Les recherches menées dans ce domaine permettent de développer des traitements pour soigner l'insuffisance rénale et les maladies liées à celle-ci, comme le diabète et l'hypertension artérielle.

3.1. Mission

Ensemble, offrir les meilleurs soins par des pratiques cliniques novatrices, des expertises de pointe et des axes d'excellence pour le mieux-être des patients et contribuer à l'avancement et au partage des connaissances par l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies.

3.2. Structure de l'organisation

Depuis maintenant dix ans, l'HMR fonctionne selon le modèle de gestion par programmes. 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 des équipes interdisciplinaires.

– Comité de direction

Manon BOILY

Directrice générale

Ginette BÉLEC

Directrice générale adjointe

Diane ARCAND

Directrice des liens avec la clientèle et les partenaires

Martin DELAGE

Directeur des ressources technologiques et informationnelles

Sylvie BÉNARD

Directrice des ressources humaines

Louis SAUVAGEAU

Directeur des services techniques

Dr Jacques BERNIER

Directeur de l'enseignement

Dr Denis Claude ROY

Directeur de la recherche

Réjean BILODEAU

Directeur des services financiers

Dr Francis MÉTHOT

Directrice des services professionnels

François BROCHU

Directeur des communications

Maryse ST-ONGE

Directrice des services multidisciplinaires

Louise CHÂTEAUVERT

Directrice des soins infirmiers

– Chefs de programmes-clients et de programmes diagnostiques

Programmes**Chef médical****Chef clinico-administratif**

Biologie médicale

Michel LAVERDIÈRE

Hélène DESJARDINS

Chirurgie

Louis-Philippe FORTIER
(intérim)

Chantal BÉNARD

Imagerie médicale

Robert FILION

Guylaine BOUCHARD

Médecine

Pierre LAPLANTE

Lise DUBÉ

Oncologie

Yves E. LECLERC

Claudine LANCTÔT

Ophthalmologie

François CODÈRE

Louise SIMARD

Personnes âgées

Maurice THIBAUT

Sylvie PAQUET
(intérim)

Première ligne

Éric GAGNON

Sylvie PAQUET

Santé de la femme et de l'enfant

Charles HAMAOUI

France CHOQUETTE

Santé mentale

Daniel ST-LAURENT

Sylvie SOULIÈRE

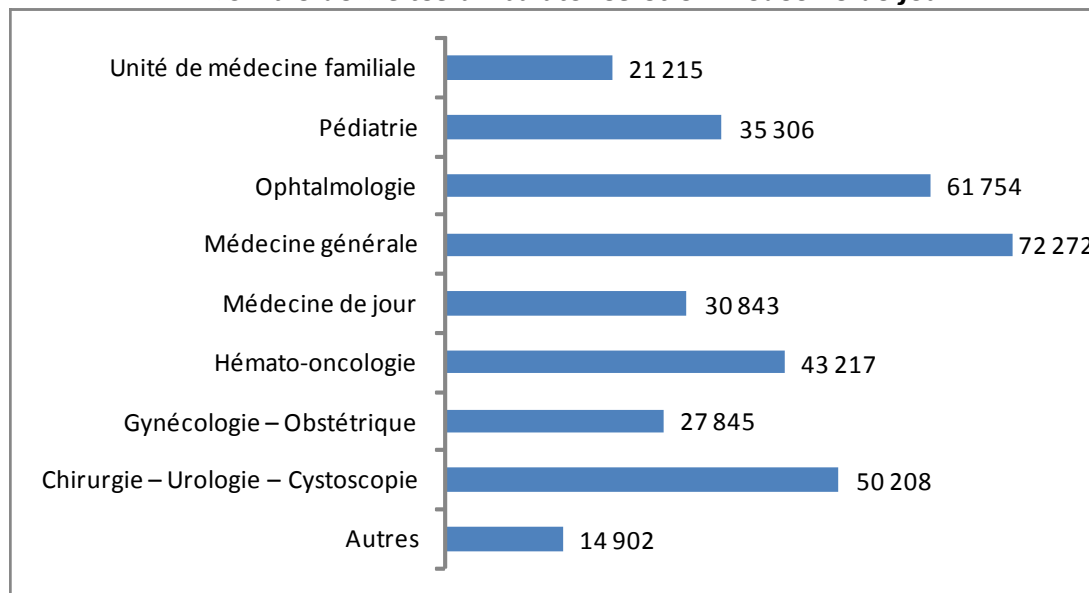
3.3. Contexte

Comptant 627 lits de courte durée et 105 lits de longue durée, l'HMR dessert un bassin d'environ un demi-million de personnes résidant dans l'Est de Montréal, auquel s'ajoute une clientèle en provenance des couronnes nord et sud de l'île, et même des autres régions du Québec pour certains soins médicaux surspécialisés.

– Activités ambulatoires

Les volumes d'activité sont légèrement en croissance du côté ambulatoire, le nombre de visites en cliniques externes et en médecine de jour se chiffrant à 357 562, une hausse de 1,6 % par rapport à l'exercice précédent. Les volumes de traitements ont particulièrement augmenté en ophtalmologie (+ 8,47 %).

Nombre de visites ambulatoires et en médecine de jour



Du côté de l'urgence, on compte un total de 61 212 visites lors du dernier exercice (en excluant l'ophtalmologie et la psychiatrie), soit une diminution de 7,27 % par rapport à l'exercice précédent notamment attribuable à des ententes avec les cliniques réseau permettant de réorienter les cas plus légers et au fait que la clientèle pédiatrique utilise les services de la clinique externe du pavillon Rosemont.

– Activités hospitalières

Le nombre d'admissions de courte durée a diminué de 4,2 % tandis que la durée moyenne de séjour a augmenté pour s'établir à 8,37 jours (8,14 jours en 2008-2009).

Notons que le nombre d'admissions de courte durée avait fait un bon de 9 %, lors de l'exercice précédent.

Selon les archives médicales, 35 428 nouveaux dossiers ont été créés au cours de l'exercice 2008-2009, ce qui représente une moyenne de 97,6 créations de dossiers au quotidien, un chiffre qui illustre bien l'achalandage de l'établissement. De plus, un examen du profil de la clientèle adulte hospitalisée démontre la hausse de la lourdeur des cas à travers la quasi-totalité des catégories majeures de diagnostics.

Activités hospitalières de courte durée

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
<i>Admission</i>	20 163	18 450	20 283	19 427
<i>Jours-présence</i>	167 026	160 803	165 126	164 266
<i>Séjour moyen</i>	8,25	8,62	8,14	8,37

– Main d'œuvre

Au 31 mars 2010, l'HMR comptait 4 927 employés, soit une augmentation de 3,5 % par rapport à 2008-2009. Au cours de l'exercice, l'établissement a perdu 31 infirmières et 7 infirmières cliniciennes, mais a gagné 48 infirmières auxiliaires et 73 préposés aux bénéficiaires.

79 % des employés sont des femmes. On note une prédominance particulière de femmes dans la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (90 %). Les hommes sont plus présents dans la catégorie du personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers (38 %).

La répartition par tranche d'âge est stable avec 39 % de moins de 24 ans, 34 % de 35-49 ans, 15 % de 49-55 ans et 12 % de plus de 55 ans.

– Clientèle étudiante

Au cours du dernier exercice, l'HMR a reçu plus de 4 000 stagiaires, dont quelque 500 résidents, 1 000 externes et 130 étudiants de la Faculté de médecine. La croissance de la clientèle étudiante de médecine se poursuit donc, et elle témoigne d'un niveau élevé d'appréciation du milieu clinique de l'HMR.

3.4. Faits saillants

– Nouvelle directrice générale

Le dernier exercice a été marqué par le départ à la retraite, en juin, de madame Carole Deschambault, qui a été directrice générale de l'HMR pendant sept ans. Détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal, madame Deschambault a passé les 16 dernières années à l'HMR, où elle avait d'ailleurs débuté sa carrière comme infirmière dans les années 1970. Depuis son retour à l'HMR en 1993, elle avait occupé les postes de directrice des soins infirmiers, directrice générale adjointe et finalement directrice générale. Ses talents de gestionnaire et ses qualités humaines sont largement reconnus. Elle a d'ailleurs reçu le prix Leadership 2009 lors du congrès annuel de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le 22 mai 2009.

L'intérim à la direction générale a été rigoureusement assuré par la directrice générale adjointe, madame Ginette Bélec, avant l'entrée en poste de madame Manon Boily, le 28 septembre 2009.

Titulaire de diplômes d'études supérieures en administration de la santé et en administration sociale, madame Boily a assumé divers postes de direction dans des établissements du réseau de la santé ainsi que dans des organismes communautaires. Elle a notamment dirigé l'implantation des services du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval et assuré l'intégration harmonieuse de ce dernier lors de sa fusion avec l'hôpital Cité de la santé de Laval. Avant son arrivée à l'HMR, madame Boily était directrice générale du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) du Cœur-de-l'Île, établissement né en 2004 de la fusion de l'Hôpital Jean-Talon, des CLSC Villeraie et Petite-Patrie ainsi que des CHSLD Paul-Gouin et Auclair.

Reconnue pour sa très grande écoute, ses compétences stratégiques et sa rigueur, madame Boily sait rallier ses équipes et ses différents partenaires pour concrétiser la vision et les orientations des organisations qu'elle dirige. Son expertise et ses qualités permettront à l'HMR de poursuivre avec succès la réalisation de sa mission et d'assurer son rayonnement dans le réseau universitaire et le milieu de la recherche.

– Obtention d'un agrément sans condition

L'HMR est fier d'avoir obtenu un agrément sans condition suite à la visite de mai 2009. Voir la section « Suivi des recommandations du rapport d'agrément » pour plus de détails.

– Poursuite de l’essor du centre de recherche

Depuis la réorientation stratégique majeure de 2006 et la reconnaissance de ses efforts de restructuration par le Fonds de la recherche en santé du Québec en 2008, le Centre de recherche de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont poursuit sa progression.

Le dernier exercice a été marqué par une augmentation de la productivité scientifique et par un accroissement très notable (plus de 36 % en 2 ans) des fonds reconnus par le FRSQ (bourses et subventions), passant de 3,8 millions à plus de 4,5 millions de dollars entre 2008 et 2009.

De plus, la Banque de cellules leucémiques du Québec, dont les locaux sont situés au CRHMR, a reçu un don très généreux de 637 000 \$ de la Fondation Cole et le FRSQ a octroyé à au centre de recherche une subvention majeure de 2 M\$ sur 4 ans dans le cadre du programme *Projet de développement stratégique innovant*.

À cela s’ajoute le recrutement, au cours de la dernière année, de plusieurs chercheurs talentueux, dont le Dr Sylvain Chemtob, titulaire de la chaire Wolfe en dégénérescence maculaire liée à l’âge, ainsi que les Drs Mike Sapieha (Harvard), Jean-Philippe Lafrance (Boston University) et Martin Guimond (Ohio State et NIH).

Effectifs du CRHMR	2008	2009
Chercheurs réguliers	32	33
Chercheurs associés	17	17
Chercheurs cliniciens	41	41
Étudiants	87	96
Stagiaires au postdoctorat	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 de 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 \$
Bourses 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 \$

– Début de la construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire

La première phase de la construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) a débuté en octobre-novembre 2009, avec des travaux d'excavation pour la relocalisation de la distribution électrique et des conduites sanitaires et pluviales.

Doté d'infrastructures et d'équipements hautement sophistiqués, ce complexe unique au Canada ouvrira ses portes en 2011. Il permettra la conduite de recherches et d'applications de pointe sur les cellules souches et l'exploitation de leur immense potentiel thérapeutique, confirmant le rôle de leader de l'HMR dans ce domaine.

– Chaire de recherche en dégénérescence maculaire

La chaire Wolfe a été attribuée à l'Université de Montréal et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont suite à un concours pancanadien lancé par la Fondation Leopoldine A. Wolfe. D'un montant de 2 M\$, cette chaire vise à soutenir un chercheur clinicien dans ses activités de recherche translationnelle en dégénérescence maculaire.

La chaire a été attribuée au Dr Sylvain Chemtob, M.D., Ph. D., sommité internationale dans le domaine des processus biochimiques déterminant le développement de la rétine. Également titulaire d'une chaire de recherche du Canada, le Dr Chemtob est l'auteur de nombreuses publications scientifiques dans les plus grandes revues de science. Ses travaux sont soutenus par plusieurs organismes subventionnaires, il détient 11 brevets et il est le fondateur de deux entreprises dérivées issues de ses travaux.

Avec le soutien de la Fondation de l'HMR, la construction d'un 3^e étage à la Polyclinique (plus de 900 m² de nouveaux espaces de recherche) a débuté à

l'automne 2009. Cet espace supplémentaire permettra d'abriter les laboratoires de la chaire et les équipes de recherche du Dr Chemtob et du Dr Mike Sapiaha, nouvellement recruté par le Centre de recherche, d'optimiser l'utilisation des espaces et équipements du Centre de recherche et de positionner de façon unique les chercheurs en maladies neuro-rétiniennes de l'HMR.

Tout ceci va permettre à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à son Centre de recherche de poursuivre le développement d'un Centre d'excellence en dégénérescence maculaire (CEDM), ce qui confortera la place de leader de l'HMR dans le domaine de l'ophtalmologie.

– Inauguration du nouveau pavillon de radio-oncologie

Le vaste chantier en déploiement durant les deux dernières années a fait place à un pavillon de radio-oncologie complètement métamorphosé, inauguré en novembre 2009.

Grâce à un investissement de 41 M\$ du gouvernement du Québec, l'HMR possède désormais quatre nouveaux accélérateurs à haute énergie qui s'ajoutent aux cinq existants. Ceci permettra d'augmenter considérablement le nombre de patients traités (2 700 par an auparavant, possiblement 4 000 par an dans la nouvelle infrastructure) et de leur fournir des traitements plus précis, permettant, dans certains cas cliniques, de réduire les dommages causés aux organes avoisinants. L'HMR pourra également accueillir des patients provenant d'autres institutions hospitalières, lorsque les délais d'attente avant un traitement y seront jugés trop longs.

De plus, grâce à une plate-forme informatique unique en son genre, reposant sur des serveurs spécialisés accessibles au moyen d'une carte à puce, le personnel médical peut désormais plus aisément échanger des informations, discuter d'un plan de traitement avec des collègues, ou encore partager certains renseignements contenus dans le dossier d'un patient. Un précieux gain de temps et d'énergie.

– Pandémie d'influenza A (H1N1)

Dès l'apparition des premiers cas de grippe A (H1N1) au Mexique et ailleurs dans le monde, l'hôpital a instauré des mesures de vigilance accrues à l'urgence pour identifier immédiatement les cas suspects. L'ensemble de l'établissement a été mobilisé pour assurer les soins aux patients frappés par le virus, et pour éviter le plus possible sa propagation. Cette vigilance a été maintenue jusqu'à l'hiver 2010. L'ensemble du personnel s'est mobilisé et de nombreuses actions ont été mises en place.

- Plusieurs plans d'urgence ont été déployés : plan local de pandémie, de délestage, de cascade, d'utilisation de la main d'œuvre et du développement des compétences.
- La plus grande partie des employés ont suivi le Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza.
- Les tests d'étanchéité des masques de protection ont été menés en priorisant les membres du personnel et les médecins présentant risque accru de contact avec le virus H1N1. Un test systématique a été mis en place pour tous les nouveaux employés.
- La campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) a débuté le 29 octobre. Le 5 novembre, plus de 4 000 employés, médecins, stagiaires et bénévoles de l'HMR avaient reçu le vaccin contre la grippe A (H1N1). Fin novembre, plus de 5 000 personnes avaient reçu le vaccin, soit plus de 90% des employés et médecins de l'hôpital.
- Une salle dédiée au dépistage des cas de grippe a été ouverte.
- Une clinique de vaccination pour la clientèle à haut risque a été instaurée. Plus de 6 000 patients ont ainsi été vaccinés.
- De nombreuses mesures visant à prévenir la propagation de l'infection, à dépister les cas et à les prendre en charge ont été mises en place : la passerelle entre l'urgence et la polyclinique a été fermée, les visites aux patients ont interdites aux moins de 18 ans, la circulation à l'urgence a été aménagée, etc.
- Des moyens de communication spéciaux ont été mis en place, notamment la publication d'un bulletin d'information faisant état de la situation et des mesures prises, et comportant des consignes pour le personnel (8 bulletins ont été publiés). Des articles ont aussi régulièrement été publiés dans le journal interne.
- Plusieurs rencontres d'information ouvertes à tout le personnel ont été organisées pour faire le point sur la situation et répondre aux questions.
- Toute l'information concernant la grippe A (H1N1) a été rendu disponible sur l'intranet aussitôt que celui-ci a été déployé (fin octobre 2009) : bulletins d'information, base de documentation MRSI, coordonnées des cliniques de gripes ouvertes à la population, lien vers des sites Internet dédiés à la pandémie, etc.
- Les mesures spéciales ont graduellement été levées à mesure que le niveau d'attente a diminué.

– L'expertise en thérapie cellulaire de l'HMR exportée en Europe

Depuis 1990, l'HMR abrite un laboratoire qui, au fil des ans, s'est spécialisé dans la préparation et le traitement de cellules souches destinées à la greffe de moelle osseuse. Les diverses manipulations cellulaires incluent l'élimination de cellules cancéreuses par des toxines immunologiques, l'enrichissement de certaines populations par des techniques de sélection immunomagnétique, et le traitement par la photodynamie. La thérapie cellulaire est utilisée chez la majorité des patients pour soigner des cancers du sang ou d'autres maladies hématologiques, et l'HMR s'est affirmé comme leader en ce domaine, avec des traitements de plus en plus efficaces. Les chercheurs de l'HMR explorent également des traitements destinés à exploiter d'autres aspects du potentiel des cellules souches comme la réparation du cœur après un infarctus.

Cette expertise a positionné l'HMR sur la scène mondiale ainsi qu'en témoigne l'invitation faite à la coordonnatrice technique du laboratoire de thérapie cellulaire à se rendre en Hollande à titre de consultante, afin permettre à un Centre international de traitement de greffons de Maastricht d'acquérir l'expertise requise pour appliquer un traitement qui a été développé à l'échelle expérimentale à l'HMR.

– Journée portes ouvertes

Le samedi 10 avril 2010, l'HMR a ouvert ses portes pour séduire et convaincre des candidates et candidats potentiels. Pour l'occasion, le Centre de soins ambulatoires est devenu la vitrine des programmes ayant des postes à combler, par l'installation de kiosques d'informations. Les programmes de médecine, de chirurgie, d'oncologie, d'imagerie médicale, de biologie médicale, de santé mentale et la direction des services multidisciplinaires avec l'inhalothérapie, ont ainsi présenté leur équipe, leur approche, leurs bons coups et leurs innovations. Un accent particulier a été mis sur les soins critiques, où les besoins de main-d'œuvre sont aigus. Des visites guidées sur les unités ont également été offertes.

Une campagne de promotion et de publicité ciblée a été déployée afin de faire connaître la tenue de cette activité de recrutement aux professionnels de la santé, avec une emphase sur les infirmiers et infirmières débutant dans le métier. La campagne comprenait trois volets :

- Publicité dans les médias : journaux (Perspectives, L'Inhalo, Métro, 24 heures), sites web (OTIMRO, CIISOQ, AllUQ, emploisensanté.com, Facebook), capsule de 20 secondes diffusée sur les afficheurs électroniques des wagons de métro;
- Réseautage et utilisation des médias sociaux.

Les résultats de cette opération ont été très satisfaisants :

- Dans les quelques jours précédant et suivant la journée, hausse de 67 % de la fréquentation du site de recrutement de l'HMR : www.besoindevous.qc.ca;
- Plus de 100 personnes se sont déplacées;
- 89 personnes ont laissé leur CV;
- Le taux de satisfaction des visiteurs a été supérieur à 90 % (accueil, qualité des présentations, pertinence des informations...);
- 100 % des visiteurs considèrent l'HMR comme un lieu de travail potentiel;
- 7 embauches ont été réalisées sur place.

4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1. Principales modifications apportées durant l'exercice

– Agrandissement et rénovation de l'urgence

Le 29 mars 2010, le ministre de la Santé, le docteur Yves Bolduc, a annoncé un investissement de 63 millions \$ pour l'agrandissement et la rénovation de l'urgence. Il s'agit d'une nouvelle très importante pour un projet de grande envergure attendu depuis longtemps à l'HMR.

Ce vaste projet prévoit un agrandissement de 9 023 mètres carrés, ainsi qu'un réaménagement de 3 469 mètres carrés, pour une superficie totale de 12 492 mètres carrés. La nouvelle urgence comportera 57 civières, dont quatre dites «de choc» pour les cas les plus instables. L'urgence pédiatrique aura ses propres locaux et disposera d'une salle d'attente dédiée. Un étage supplémentaire est également prévu au-dessus de l'urgence, en vue d'aménagements ultérieurs.

La nouvelle urgence offrira un environnement sécurisant pour les patients, propice à l'enseignement, et fonctionnel et ergonomique pour les travailleurs de la santé. Elle présentera également des avantages sous l'angle du contrôle des infections, en facilitant la gestion des patients infectés.

La conception du nouveau bâtiment – qui aura une parenté architecturale avec le Centre de soins ambulatoires – a engagé la participation des médecins, des infirmières et des spécialistes de la prévention des infections.

Le coût des travaux sera financé essentiellement par le Ministère. Mentionnons toutefois que la Fondation de l'HMR contribuera au projet à hauteur d'un million de dollars. L'étape des plans et devis définitifs a débuté au printemps 2010, les appels d'offres seront réalisés en mars 2011 et l'inauguration est prévue pour 2013.

Ce projet est le 4^e développement majeur en 5 ans, après le Centre de soins ambulatoires (73 M\$), le pavillon de radio-oncologie (40 M\$), le Centre d'excellence en thérapie cellulaire (20 M\$).

Cette annonce a fait suite à la visite du ministre le 12 février 2009, organisée dans le but d'identifier des moyens permettant d'éliminer les séjours sur civière à l'urgence de plus de 48 heures. Celui-ci avait alors reconnu le très haut niveau de sollicitation subi par l'urgence de l'HMR et la nécessité de lui donner davantage les moyens de répondre à la demande.

Statistiques de l'urgence

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Visites (excluant la psychiatrie et l'ophtalmologie)	74 642	68 803	66 010	61 212
Nombre d'ambulances	15 171	14 830	15 328	16 455
Séjour global moyen (en heures)	32	36	35	34
Séjour de 48 heures ou plus	23 %	28 %	25 %	25 %
Taux d'occupation des civières	123 %	122 %	114 %	118 %

Le taux d'occupation de la clientèle sur civière à l'urgence est demeuré très élevé au cours du dernier exercice, et le nombre d'ambulances est croissant. Il faut souligner à cet égard que l'hôpital dessert un bassin d'un demi-million de personnes, soit près de 30 % de la population de Montréal. Et ce chiffre est en constante augmentation compte tenu du développement résidentiel de l'Est, particulièrement pour les personnes du troisième âge. Le vieillissement de la population augmente également la lourdeur des cas.

– Nouvelles modalités d'accès au service d'ophtalmologie

Au terme d'une longue réflexion et de nombreuses consultations, le secteur de l'ophtalmologie a mis fin à la clinique d'urgence sans rendez-vous afin de concentrer ses activités sur la prestation de soins surspécialisés.

En effet, fort de sa réputation d'excellence en ophtalmologie, l'HMR drainait une clientèle provenant de tout Montréal, de la banlieue et même de bien au-delà. Ainsi, plus des 2/3 des patients provenaient de l'extérieur des deux territoires de CSSS de l'HMR. Cette situation a eu pour effet de créer un surachalandage chronique obligeant les surspécialistes à assurer une offre de soins primaires, et compromettant ainsi l'accessibilité aux services pour les clientèles présentant une problématique complexe nécessitant des services surspécialisés.

Depuis le 21 septembre 2009, les services de la clinique externe, surnommée « clinique des yeux rouges », sont ainsi offerts uniquement sur rendez-vous. La clinique accepte donc des patients référés par un médecin ou un optométriste, ou encore des patients déjà sous soins actifs. Un guichet unique d'accès téléphonique a été mis en place avec accès à un triage téléphonique par une infirmière pour les cas prioritaires.

Les nouvelles modalités visent à améliorer l'accès aux services surspécialisés et la prise de rendez-vous, à optimiser l'utilisation des ressources disponibles et à équilibrer l'offre et la demande. Ils s'effectuent donc dans l'esprit des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services de santé au Québec.

Une campagne d'information a été menée auprès de la population et des médecins afin de les informer de ces changements.

Ces changements expliquent la baisse du nombre d'urgences ophtalmologiques au cours du dernier exercice (4 932 en 2007-2008 et 3 276 en 2008-2009).

– Plan d'action sur la main-d'œuvre

Au cours de l'année financière 2009-2010, de nombreuses activités de recrutement du personnel en soins infirmiers pour l'HMR ont été menées. La clientèle cible sont les infirmières, étudiantes en soins infirmiers, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires. Les objectifs? Élargir le bassin de candidats, diminuer la demande pour les titres d'emploi en pénurie, être attirant pour les candidats, et retenir les employés. Différentes mesures ont été mises en place notamment :

- Programme employé-recruteur : au printemps 2009, l'HMR a adopté un programme visant à inciter les membres du personnel à recommander des stagiaires ou toute personne qualifiée pour combler des besoins à l'HMR dans les types d'emploi en pénurie. De nombreuses candidatures ont été soumises, indiquant l'intérêt des employés pour cette initiative.
- Présence dans les salons emplois qui se déroulent aux quatre coins du Québec.
- Journée portes ouvertes (voir la section « Faits saillants »).
- Présence dans les médias sociaux.
- Programme d'embauche des retraités.
- Accueil de nombreux stagiaires dans différents milieux et planification d'un entretien d'embauche dès les premiers jours du stage.
- Recrutement hors Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Soutien financier pour la poursuite des études en vue de devenir infirmières ou cliniciennes.
- Liens accrus avec les maisons d'enseignement.

– Restructuration de la Direction des soins infirmiers

Plusieurs changements ont été mis en place à la direction des soins infirmiers (DSI) dans le but d'optimiser la coordination de ses activités et de mieux répondre aux grands enjeux liés à la main d'œuvre en soins infirmiers :

- Fusion des fonctions du poste de coordonnatrice attraction-rétention, des activités de remplacement et de coordination d'activités dans un poste d'adjointe à la direction des soins infirmiers - volet main-d'œuvre.
- L'affectation de l'adjoint à la DSI - volet administratif à la supervision des secteurs de l'amélioration de la qualité, de la gestion des plaintes, du développement et du maintien des compétences, de l'enseignement, de la gestion du matériel et de l'équipement de soins et de la coordination des projets de réorganisation des soins et du travail.
- La révision des fonctions de l'adjointe à la DSI - volet clinique et recherche. Dorénavant secondée par une coordonnatrice clinique pour la supervision des conseillères cliniciennes en soins infirmiers et la coordination des projets cliniques transversaux, elle pourra se consacrer plus activement à la planification et la coordination des activités du Centre d'excellence en soins infirmiers, directement en lien avec les défis associés aux changements de pratiques infirmières et aux transferts de connaissances.

– Récupération des matières recyclables

Dans le but d'améliorer la gestion des matières résiduelles de l'hôpital, un projet pilote de récupération a été élaboré, avec la collaboration de la Ville de Montréal et de la Société de développement environnemental de Rosemont inc. (SODER). Dix-sept bacs de 360 litres ont été mis à la disposition de l'HMR afin de démarrer la récupération dans un secteur expérimental. Le service de diététique du pavillon Rosemont, spécifiquement la section de préparation des plateaux des patients, a accepté de participer à cette initiative. Le projet a officiellement commencé le 23 février et permet de récupérer le plastique, le carton et le métal.

En moyenne, dix bacs de 360 litres sont récupérés pour être recyclés chaque semaine, ce qui correspond à près de six tonnes de matières par année, et ce, seulement pour ce service.

Un projet de récupération multimatières est actuellement étudié par le comité de développement durable et permettrait d'élargir la récupération au reste de l'établissement.

Il est à noter que de nombreuses actions sont entreprises par l'HMR en faveur du développement durable et ce, depuis plusieurs années, grâce au dynamisme du comité de développement durable. Par exemple :

- Récupération adéquate de la quasi-totalité du matériel informatique et électronique désuet;
- Fabrication de carnet de notes à partir de feuilles imprimées et distribution dans les départements;
- Récupération des cartouches d'encre;
- Récupération et recyclage du papier;
- Don d'aliments à l'organisme « La Maison du père »;
- Récupération des fluorescents usagés;
- Recyclage des déchets de construction;
- Participation à campagne montréalaise Défi Climat...

– Déploiement d'un intranet

En octobre 2009, l'HMR a déployé un intranet accessible par tous les employés.

Fruit de nombreux mois de travail, cet outil permet de répondre à un besoin de diffusion de l'information, d'échange et de collaboration. C'est une façon de partager la connaissance organisationnelle et de réutiliser les efforts déployés. L'intranet est également un véhicule de l'image organisationnelle.

Depuis son apparition, cet outil suscite un grand intérêt des différents services de l'HMR, enthousiastes à l'idée de faire connaître leurs activités.

– Restructuration de la direction des services multidisciplinaires

De novembre 2008 à mai 2009, un comité de travail interne a été mandaté pour évaluer les besoins d'encadrement nécessaires pour les professionnels décentralisés. Suite à cela, la direction générale a décidé de mettre en place une nouvelle structure d'encadrement clinique.

- Regroupement des inhalothérapeutes en anesthésie, physiologie respiratoire et inhalothérapie générale (soins intensifs, néonatalité, urgence, etc.) sous un chef de module en inhalothérapie.

- Regroupement des techniciennes en diète en service sous le chef professionnel en nutrition.
- Création de six postes de chefs professionnels : service social, nutrition, physiothérapie, psychologie, ergothérapie, orthophonie/audiologie.

– Partenariat travail-études

Dans le but d'assurer une adéquation entre la formation et le milieu de travail, la direction des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec la direction des ressources humaines (DRH), a mis sur pied un partenariat travail-études avec l'École des métiers des faubourgs (EMF) de la Commission scolaire de Montréal. Ce partenariat vise à optimiser les équipes de travail en soins infirmiers et à recruter des infirmières auxiliaires. En août 2009, un panel composé de représentants de la DRH, de la DSI et de l'EMF a sélectionné 22 étudiantes infirmières auxiliaires parmi 116 candidates. En janvier 2010, ces étudiantes ont entamé à l'HMR une série de sept des huit stages requis pour obtenir leur diplôme. Conditionnellement à la réussite de leur programme de formation se terminant en avril 2011, elles seront embauchées, avec des conditions similaires à celles offertes aux nouvelles recrues. Grâce à leurs stages, elles auront établi un contact graduel avec différentes clientèles, et se seront familiarisées avec les pratiques de soins de l'HMR.

Pour l'HMR, ce partenariat est une occasion de s'assurer une relève d'infirmières auxiliaires de qualité, de stabiliser les équipes de soins, de diminuer le taux d'heures supplémentaires et de favoriser la rétention de ces étudiantes, qui auront développé un grand sentiment d'appartenance envers l'établissement.

– Programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux)

Le 14 décembre 2009, l'équipe d'obstétrique s'est engagée dans une aventure de trois ans : le programme AMPRO, approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux. Il s'agit d'une approche qui met l'accent sur l'amélioration et la promotion de la sécurité des patientes en obstétrique.

Ce programme a été développé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en 2002. Le lancement officiel a eu lieu en 2004 au Canada et il est offert au Québec depuis 2008.

Le programme repose sur les principes de perfectionnement professionnel d'évaluation, de formation, de modification de la pratique et d'apprentissage réflexif, dans le but de fournir des soins sécuritaires, efficaces et centrés sur la patiente. Il comporte trois modules :

1. Apprendre ensemble – la première année : mettre à jour les connaissances de tous les professionnels.
2. Travailler ensemble – la deuxième année : apprendre à travailler ensemble en améliorant la communication et le travail interdisciplinaire. Les procédures, les pratiques et le fonctionnement général du service seront vérifiés. Cette étape permet l'introduction aux communautés de pratique.
3. Modifier la culture – la troisième année : croissance avec les communautés de pratique, suivi et analyse des événements sans blâme.

– Déplacement sécuritaire des bénéficiaires

L'HMR a mis en place une formation PDSB (principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires) dans le but de déplacer les bénéficiaires de façon sécuritaire et sans risque pour le personnel. Différentes activités ont été réalisées au cours du dernier exercice notamment :

- Des formations dans le cadre du programme d'orientation, lors de l'accueil;
- Des interventions ciblées sur les unités, à la demande.

– Projet Synchro

Visant à améliorer l'expérience vécue par le patient lors de son séjour à l'HMR, le projet Synchro a été mis en place suite à la démarche lancée dans tous les hôpitaux montréalais par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, en lien avec le consultant McKinsey.

Le projet avait trois grands objectifs :



Au cours de l'exercice 2008-2009, plusieurs changements avaient été mis en place à l'urgence, dans une unité de soins pilote (10^e AB) et à l'admission.

Les premiers résultats ayant été positifs, Synchro est maintenant en cours d'implantation dans les autres services de l'hôpital.

– Accès à la chirurgie

Le bloc opératoire a réussi à maintenir un volume de chirurgies semblable à celui de l'exercice précédent, malgré les difficultés liées à la pénurie de la main-d'œuvre infirmière.

Pour la chirurgie d'un jour, il faut souligner la place du Centre de soins ambulatoire, où plus de 700 chirurgies ont été effectuées, ce qui a permis de se rapprocher du volume réalisé l'année précédente.

Pour la chirurgie hospitalisée, l'accessibilité a pu être maintenue grâce à la mobilisation et la consolidation des équipes, et à l'introduction d'infirmières auxiliaires dans toutes les unités de soins du programme-clientèle de chirurgie.

Enfin, soulignons que les cibles fixées par l'Agence de Montréal ont été respectées pour les cas d'arthroplasties de la hanche et du genou, mais pas pour les chirurgies de la cataracte.

Volume de chirurgies

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Chirurgies d'un jour	9 991	10 752	10 616
Chirurgies hospitalisées	5 959	6 148	5 938
Volume total	15 950	16 900	16 554

– Prévention et contrôle des infections

Après un début d'année difficile, la situation des infections nosocomiales s'est améliorée au cours des derniers mois.

Taux moyen pour l'année 2009-2010

SARM	7.7 / 10 000 jours-présence
ERV	15.2 / 10 000 jours-présence
Clostridium difficile	15.8 / 10 000 jours-présence

La situation étant très préoccupante, la nouvelle directrice générale de l'HMR a décidé, en décembre 2009, de doter l'hôpital de comités spéciaux pour suivre la situation de près et mettre en place des actions susceptibles de réduire le taux d'incidence des infections nosocomiales.

C'est ainsi que le comité tactique en prévention et contrôle des infections a été créé, avec le mandat de rédiger et de mettre en œuvre un plan d'action visant à réduire de façon prioritaire l'incidence de *Clostridium difficile* et de *ERV*. Une directrice de projet en prévention et contrôle des infections s'est jointe à l'équipe en mars 2010. Son principal mandat est de s'assurer de l'implantation du programme de prévention des infections et de la pérennité des actions qui y sont associées.

Différentes mesures ont été instaurées sur les unités de soins dont l'utilisation :

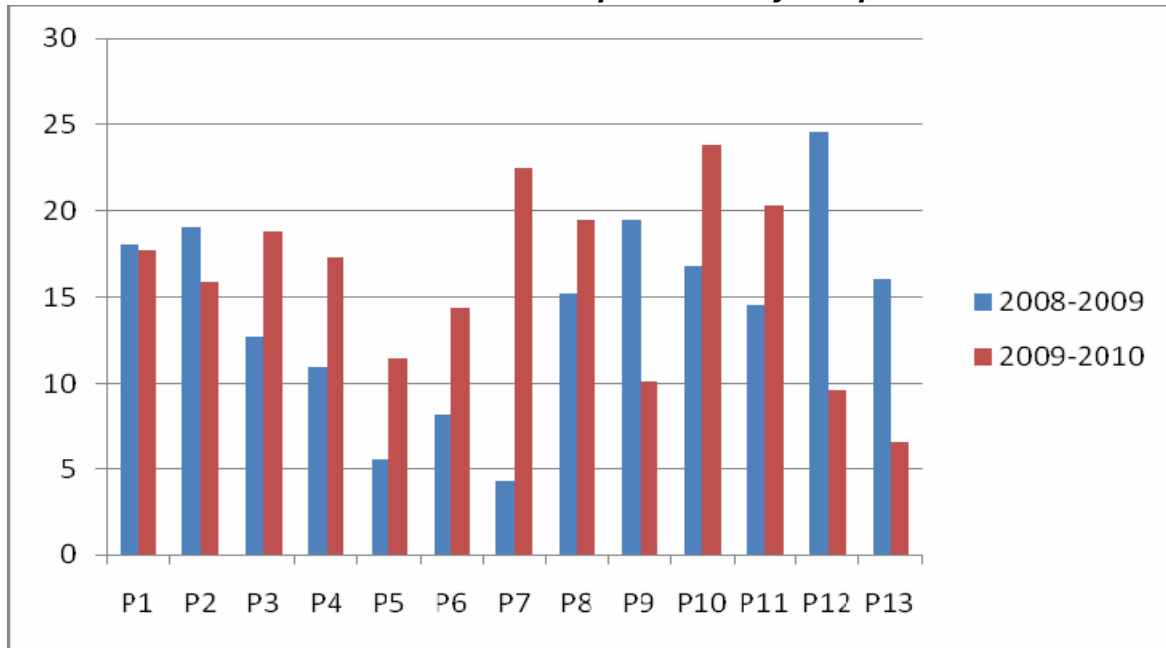
- de thermomètres buccaux uniservices;
- d'enveloppes hygiéniques (sacs Hygie) pour recouvrir chaque bassine ou chaise d'aisance utilisée;
- de matériel dédié pour tous les patients en isolement;
- de bassines jetables unipatient sur les unités de soins ayant eu une éclosion de *Clostridium difficile* au cours des deux derniers mois.

De plus, l'équipe de l'unité de soins du 4AB a été mise à contribution à titre d'unité pilote pour l'essai de mesures de prévention et contrôle d'infections avant leur déploiement sur d'autres unités.

Notons qu'au niveau de la surveillance des bactériémies, l'HMR a des résultats comparables aux centres hospitaliers de même taille.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections ainsi déployées et les efforts concertés de l'ensemble du personnel ont donné des résultats encourageants au cours des dernières périodes de l'année. Le principal défi pour le prochain exercice est de maintenir ces progrès.

C. Difficile – Nombre de cas par 10 000 jours-présence



– Projet d’optimisation des équipes en soins infirmiers (POÉSI)

Développé et implanté en 2007 par la direction des soins infirmiers, le Projet d’optimisation des équipes de soins infirmiers (POÉSI) consiste à réviser le mode de fonctionnement des équipes de soins infirmiers afin de mieux répondre aux besoins des patients tout en faisant avancer la pratique infirmière.

Le dernier exercice a permis de consolider ce mode de distribution novateur des soins et des services. Au niveau du programme-clientèle de médecine, les efforts se sont concentrés sur l’unité de médecine interne et de gastro-entérologie (9CD), dans laquelle on a revu la structure du projet original en veillant à l’enrichissement du rôle de l’infirmière leader clinique et de l’assistante infirmière-chef. Ces mesures ont mis en valeur la complémentarité des rôles de l’infirmière et de l’infirmière auxiliaire, tout en utilisant la Loi 90 comme toile de fond (Loi modifiant le Code des professions et des autres dispositions législatives dans le domaine de la santé). De plus, le rôle du préposé aux bénéficiaires a été rehaussé au sein de l’équipe. Chaque membre de l’équipe reconnaît ainsi l’importance de sa contribution dans les soins aux personnes.

Par ailleurs, POÉSI a été implanté dans la dernière unité de soins du programme-clientèle de chirurgie (unité de chirurgie colorectale et urologie, 8 AB). Les gestionnaires du programme ont instauré des rencontres de codéveloppement dont ils assurent l'animation. Ces rencontres ont permis aux infirmières leader clinique, aux chefs d'unités et à deux conseillers de la direction des soins infirmiers d'échanger sur l'intégration et le développement du rôle du leader clinique. Ces réflexions ont alimenté la bonification et l'harmonisation du rôle de leader clinique dans les quatre unités de soins du programme-clientèle.

Toutes ces activités ont contribué à l'avancement de la pratique infirmière, à un meilleur travail d'équipe ainsi qu'à l'assurance de soins et services sécuritaires et de qualité offerts aux patients de l'HMR et à leurs proches.

– Qualité de vie au travail

Un effort particulier a été consenti au cours du dernier exercice pour créer et entretenir un climat de travail de qualité, propice à l'épanouissement de chacun. Cette vaste démarche, baptisée « Bien au travail », fait partie des priorités de la direction générale. Les employés ont eu l'occasion de s'exprimer sur les moyens à mettre en œuvre pour contribuer à maintenir une bonne qualité de vie au travail. De multiples améliorations, grandes et petites, ont été apportées partout dans l'hôpital. La réussite de l'implantation de ces initiatives figurait parmi les objectifs annuels de nombreux gestionnaires. Plusieurs autres réalisations sont à mentionner pour le dernier exercice :

- **Programme Ma santé je m'en occupe!**

Réalisé en collaboration avec ACTI-MENU, il a été lancé en novembre 2009, dans le but d'inciter les employés de l'HMR à prendre leur santé en main. La première phase de ce programme proposait un questionnaire santé en ligne accessible à tous, permettant d'obtenir un portrait de sa santé et de se définir des objectifs personnels. Au total, 819 employés (soit 21 %) y ont répondu.

- **Programme Avantages**

Pour attirer des candidats, l'hôpital a développé le Programme Avantages HMR. Offert à tous les employés, ce programme regroupe une foule de services visant à faciliter la vie et offrir une meilleure qualité de vie au travail. Cours de yoga et de danse, changement de pneus sur place, stationnements réservés pour le covoiturage, rabais sur les titres de transport : voilà quelques mesures qui visent à faire en sorte que les employés futurs comme les employés actuels trouvent à

l'HMR un milieu de travail de grande qualité. Mis en place à l'hiver 2009, le programme s'est développé tout au long de l'année avec l'ajout de nouveaux services.

- **Journée des employés**

Organisée en juin 2009, la Journée des employés visait à remercier le personnel et les médecins pour leur engagement indéfectible envers les patients accueillis à l'HMR. Les trois quarts de travail ont ainsi pu profiter d'un repas gratuit sous un chapiteau, accompagné d'un concert de musique francophone. Cet événement a remporté un franc succès et 1264 personnes y ont participé.

– **Implantation du logiciel Magistra**

Le travail se poursuit pour l'implantation du logiciel Magistra, qui permet la gestion informatisée des horaires de travail.

Plusieurs améliorations ont été apportées afin de mieux gérer la présence au travail et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines. Les résultats de recherches de remplacement ont notamment été optimisés, et des accès ont été donnés aux assistants de différents secteurs pour faciliter l'accès aux horaires de travail de leurs équipes.

Plusieurs priorités ont été établies pour la consolidation de Magistra et seront traitées dans les prochains mois, notamment l'optimisation de la performance technologique, l'optimisation des processus, le contrôle de la qualité et de l'intégrité des données. De nouvelles fonctionnalités seront également ajoutées.

– **Développements en haute technologie**

L'HMR poursuit sa croissance sur le plan des technologies. Ainsi, plusieurs projets d'acquisition, d'installation ou de remplacement d'équipements médicaux ont été réalisés au cours du dernier exercice, notamment :

- Acquisition et amorce de la mise en place de deux salles d'angiographie, dont une permettant l'installation d'endoprothèses. Projet de 5,3 millions de dollars incluant l'aménagement;
- Réalisation de la phase 1 du projet de mise en place d'un système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) dans les secteurs de l'urgence, des soins intensifs et des soins coronariens. Projet de 985 000 \$ incluant l'aménagement, réalisé avec la contribution de la Fondation de l'HMR;

- Remplacement de 5 incubateurs en néonatalogie (253 000 \$) ainsi que de 6 moniteurs multiparamétriques (157 000 \$);
- Système d'échoendoscopie bronchique EBUS (225 000 \$) financé par la Fondation de l'HMR;
- Table de stéréotaxie mammographique pour biopsie (355 000 \$);
- Table d'opération JACKSON radiotransparente (155 000 \$);
- Rehaussement des consoles centrales de monitoring des soins intensifs et de l'unité coronarienne, des infrastructures sans fil, rehaussement de 32 moniteurs avec sans-fil et achat de 5 moniteurs supplémentaires (605 000 \$).

Par ailleurs, plusieurs développements concernant l'infrastructure informatique ont été réalisés :

- Installation d'un nouveau stockage central pour les données cliniques;
- Poursuite de la consolidation des serveurs informatiques;
- Normalisation du service d'annuaire pour les ressources technologiques;
- Mise en place de l'archivage pour le courriel électronique;
- Rehaussement de l'infrastructure technologique des laboratoires;
- Déploiement du nouvel intranet;
- Rehaussement de l'outil d'automatisation de la configuration des ordinateurs.

– Positionnement universitaire

Le dernier exercice a permis à l'HMR d'améliorer son positionnement dans le réseau universitaire.

Le Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques a été consolidé par l'ajout, avec la collaboration du département d'ophtalmologie de l'Université de Montréal, d'un espace de laboratoire permettant les simulations de chirurgie sur des tissus biologiques à l'aide des mêmes équipements et instruments qu'en salle d'opération. Notons qu'un simulateur de chirurgie intraoculaire était déjà à la disposition des résidents pour leur permettre de pratiquer les habiletés chirurgicales dans un contexte virtuel. L'HMR peut ainsi compter sur quatre laboratoires pour soutenir l'enseignement et la recherche dans ses axes d'excellence. Un cinquième laboratoire d'enseignement est en projet pour la néphrologie.

Au cours des derniers mois, un soutien particulier a été apporté à l'unité d'hospitalisation de médecine familiale en aménageant, au 6^e étage du pavillon Maisonneuve, une salle d'enseignement favorisant le travail de collaboration et l'encadrement des stagiaires.

Par ailleurs, pour mieux former les nouveaux professionnels de la santé qui intègrent l'établissement, un projet de développement d'un Centre de formation interdisciplinaire a été présenté à la Fondation de l'HMR qui a accepté de le financer. Ce centre permettra aux infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, et ergothérapeutes de recevoir dès leur accueil une formation sur mesure dans un contexte d'apprentissage stimulant.

Ce centre comprendra quatre espaces :

- Un Centre de formation interdisciplinaire dédié en priorité à la direction des soins infirmiers;
- Un espace dédié à l'enseignement et à la formation pour la réadaptation et les autres disciplines de la direction des services multidisciplinaires;
- Le rehaussement du CASSAT (Centre d'apprentissage par simulation en soins aigus transdisciplinaires);
- Un Centre d'information au patient et à ses proches (dans la bibliothèque de l'HMR).

– Collaboration interprofessionnelle

L'HMR est un leader actif dans le réseau par le soutien qu'il donne au développement des pratiques collaboratives. L'organisation en programmes-clientèles, les pratiques centrées sur le patient et la participation au projet de recherche ÉCIP (Éducation à la collaboration professionnelle centrée sur le patient) en collaboration avec l'Université de Montréal, ont permis à l'HMR de jouer un rôle de premier plan dans les travaux du RUIS sur l'interdisciplinarité.

Un groupe de travail, présidé par le Dr Jacques Bernier, directeur de l'enseignement, a réalisé un inventaire des projets de collaboration interprofessionnelle dans le RUIS pour dégager des définitions, concepts, facteurs de succès et pistes de développement prometteuses pour le réseau.

L'ensemble des directions impliquées en enseignement à l'HMR s'attacheront à diffuser localement le fruit de ces travaux et à soutenir le développement des pratiques collaboratives.

4.2. Orientations stratégiques

Dans son positionnement stratégique 2007-2010¹, l'HMR s'est donné l'objectif de fournir à ses patients des soins sécuritaires et de la plus haute qualité grâce aux compétences de son personnel et de ses médecins et à ses approches novatrices dans ses pratiques cliniques et de gestion.

Son offre de services devait ainsi s'intégrer aux continuums de soins et s'inscrire dans une complémentarité avec ses partenaires du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal.

Pour être une organisation de choix, l'HMR devait également créer un milieu de travail et de pratique professionnelle dynamique et stimulant. Il visait à être une référence en matière de soins ambulatoires et interdisciplinaires.

Enfin, l'HMR voulait constamment être à la recherche de nouvelles voies pour maintenir son *leadership* en enseignement et dans ses axes de recherche. Il visait à conserver de solides liens de collaboration avec ses médecins, ses employés et les groupes qui les représentent.

Un bilan de ces orientations sera fait au cours du prochain exercice et une nouvelle planification stratégique sera élaborée. Des objectifs annuels seront définis lors de la transition.

4.3. Priorités d'action

Le positionnement stratégique 2007-2010 de l'HMR identifie sept grandes priorités d'action, assorties d'objectifs clairs et de cibles destinés à mesurer l'avancement et l'atteinte des résultats recherchés.

1. Revoir l'offre de services et identifier des moyens pour diminuer la charge clinique et réaliser une meilleure intégration au réseau local de santé.
2. Consolider les axes d'excellence et secteurs de pointe, tout en poursuivant le développement des activités d'enseignement.
3. Accentuer les efforts de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre.
4. Assurer la reconnaissance du centre de recherche par le Fonds de recherche en santé du Québec.
5. Offrir une prestation de soins de qualité et sécuritaires.
6. Maintenir à niveau les infrastructures, les technologies de l'information et les équipements médicaux.

¹ « Horizon 2010 - Positionnement stratégique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont », Mars 2007.

7. Poursuivre les efforts pour une utilisation optimale des ressources, tout en assumant ses responsabilités en matière de développement durable.

4.4. Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus

– Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité

L'établissement doit signer annuellement une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Il s'agit d'une entente de 17 volets, couvrant les activités cliniques (santé physique, santé mentale, perte d'autonomie liée au vieillissement), la santé publique, l'administration et le soutien aux services (incluant le défi de la main-d'œuvre), l'équilibre financier et la gestion des bâtiments, des équipements et des actifs informationnels. Pour plusieurs attentes, plus d'un indicateur est identifié.

Les indicateurs précisés dans l'entente vont de la simple divulgation de données à la rédaction et la mise en place de plans d'action en passant par la négociation et la signature d'ententes avec des partenaires du réseau de la santé. Certains indicateurs sont quantitatifs tandis que d'autres sont qualitatifs ou factuels. Un rapport détaillé a été transmis à l'Agence en mars 2010 pour rendre compte du niveau de réalisation. On retrouve dans le tableau en annexe les résultats obtenus cette année pour les indicateurs quantitatifs.

De façon générale, on peut affirmer que les objectifs sous l'entière responsabilité de l'établissement ont été atteints ou sont en voie de l'être. Au chapitre des objectifs avec des partenaires du réseau, plusieurs d'entre eux ont conduit à des projets concrets de collaboration et les discussions se poursuivent dans l'objectif d'améliorer globalement le service à la population.

Cette année, un nouvel indicateur s'est ajouté au niveau de la gestion des ressources humaines, compte tenu de la problématique présente dans le réseau. Ainsi que nous l'avons mentionné au moment de la signature de l'entente, cet indicateur « Pourcentage des postes à temps complet régulier pour les infirmières » ne tient pas compte des plans d'effectifs, de la structure de postes et de l'organisation de soins et la cible établie n'était pas réaliste. Au niveau des indicateurs de temps supplémentaire du personnel infirmier et du recours aux agences de personnel infirmier, notre situation s'est dégradée, un reflet de notre situation particulièrement difficile en main-d'œuvre.

En ce qui concerne la prévention des infections, outre la mise en place d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel, nous avons procédé à la mise en place d'un comité stratégique relevant du comité de vigilance du conseil qui se réunit aux six semaines et d'un comité tactique qui se réunit hebdomadairement. De plus, la directrice des soins a été déchargée afin qu'elle puisse se concentrer sur la gestion de projets entourant la prévention des infections. Des améliorations significatives ont été observées au cours des dernières périodes.

La situation à l'urgence demeure une préoccupation constante pour la direction et l'établissement. De nombreux efforts tant en amont (prétriage, réorientation des patients avec de faibles priorités) qu'en aval (gestion des lits, planification des congés, gestion des séjours hospitaliers) ont été réalisés tout au long de l'année. Au cours des dernières périodes, un support particulier de l'Agence et du MSSS pour faciliter la sortie des patients nécessitant des soins de longue durée a permis d'améliorer sensiblement la situation. Toutefois pour l'année, nos indicateurs quantitatifs cumulatifs excèdent significativement les cibles prévues à l'attente. Nous avons toutefois émis des réserves sur ces cibles compte tenu de la situation particulière de l'établissement.

Finalement, soulignons que l'établissement a respecté la cible déficitaire de 7,6 M\$ stipulée dans l'entente de gestion.

– Suivi des recommandations du rapport d'agrément

L'HMR a accompli avec rigueur les dernières étapes de la démarche d'agrément au cours de l'année 2009. La mobilisation des employés et des médecins aux préparatifs de la visite de mai 2009 et la grande disponibilité de tous lors de la venue des visiteurs ont témoigné de notre engagement envers la clientèle.

Près de 1 850 critères ont été évalués : notre niveau de conformité se situait à 93 % en janvier 2010. De plus, l'HMR a obtenu un taux de conformité de 100 % relativement aux 31 pratiques organisationnelles requises (POR), ce qui s'est traduit par l'obtention d'un agrément sans condition en février 2010.

Le rapport final d'Agrément Canada fait ressortir que l'HMR se démarque, entre autres, par sa culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services, son milieu humain, ouvert et créatif, l'excellence du partenariat médico-administratif et l'ingéniosité de sa réponse aux besoins de première ligne en lien avec sa mission. Il a également été relevé que l'HMR entretenait

de bonnes relations avec ses partenaires des CSSS et des cliniques réseau, avec lesquels les modes de collaboration sont bien structurés.

Ce résultat extraordinaire témoigne de l'engagement indéfectible de l'HMR, depuis de nombreuses années, dans l'amélioration de la qualité des soins et services et de la sécurité de la clientèle.

– Sécurité des soins et services

Dans cette deuxième année d'implantation du logiciel GESRISK, les données légèrement à la hausse de l'ensemble des incidents et accidents déclarés (7,7 % par rapport à 2008-2009) indiquent que la culture de la gestion des risques continue de s'implanter et de s'étendre progressivement à tous les secteurs de l'organisation. On note également cette année une augmentation de 12,8 % des accidents déclarés (3 898 en 2008-2009 contre 4 396 en 2009-2010) et une diminution de 7 % des incidents déclarés (2 057 en 2008-2009 contre 1 912 en 2009-2010). Rappelons que les incidents sont des situations à risque qui n'ont pas eu de conséquences pour l'utilisateur. Cette augmentation du nombre d'accidents, depuis 2008-2009, peut s'expliquer par un contrôle qualité plus serré des indices de gravité. Le fait que les gestionnaires soient en train de parfaire leurs habiletés à l'identification appropriée de l'indice de gravité en complétant leurs analyses sommaires sur le formulaire AH-223 contribue également à cette augmentation. Un aide-mémoire pour la codification des trois catégories d'accidents les plus fréquentes (médicaments, chutes, plaies de pression) a également été développé pour guider les gestionnaires quant à l'indice de gravité.

La tendance à l'augmentation des incidents et accidents déclarés dans la catégorie des tests diagnostiques s'est maintenue pour atteindre un taux de 38,9 %. Cette augmentation s'explique par l'application par le service de biologie médicale d'une nouvelle politique sur la double identification des spécimens au laboratoire de microbiologie à l'automne 2009. En effet, concernant les erreurs liées aux tests diagnostiques, on a constaté qu'il y avait un problème principalement au niveau de la technique de prélèvement (tube coagulé, erreur d'identification du spécimen et erreur d'identité de l'utilisateur). Suite à ce constat, une formation sur les techniques de prélèvement de divers types d'échantillons a été développée et dispensée aux infirmières et infirmières auxiliaires par la direction des soins infirmiers en février 2010. Cette formation devrait contribuer à améliorer plusieurs aspects portant sur les prélèvements, y compris l'identification de l'utilisateur. Les efforts pour vérifier l'identité de l'utilisateur avant toute prestation de soins ou de services devraient commencer à se refléter sur les résultats en 2010-2011.

Le nombre de chutes a diminué de 15,2 % (1 425 en 2008-2009 contre 1 208 en 2009-2010). Plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires du programme-clientèle de médecine ont reçu une formation sur la prévention des chutes et d'autres journées de formation sont prévues en 2010-2011. Cela permet de mettre à jour les stratégies efficaces et de les communiquer au nouveau personnel.

Pour ce qui est du taux de conformité au processus de divulgation relativement aux accidents de gravité F à I sur le formulaire spécifique, il demeure faible (50 %) depuis le début de l'année, tout comme en 2008-2009. Cela semble provenir de ce que ce processus exige plus de temps et qu'il doit être documenté obligatoirement sur un formulaire spécifique.

Le règlement révisé du conseil d'administration sur la divulgation des incidents et accidents a été approuvé en novembre 2009. Dre Micheline Ste-Marie, présidente du groupe Vigilance pour la qualité des soins et la sécurité des patients du Québec, a prononcé deux conférences intitulées « Et les mots pour le dire... Nous et les événements indésirables », les 14 janvier et 1^{er} avril 2010. Celles-ci étaient offertes aux médecins et chirurgiens dans le cadre de leurs rencontres scientifiques.

Les gestionnaires travaillent à développer leurs habiletés en finalisant leurs analyses sommaires non complètes avec le logiciel GESRISK ou leurs analyses détaillées sur le formulaire dédié. Comme pour tous les outils informatiques, c'est l'utilisation fréquente du logiciel qui permet de s'y familiariser. L'HMR offre un soutien continu en développant des outils et en offrant des sessions de formation ou de mise à jour (individualisées ou en groupe) sur la déclaration des incidents et accidents ou l'utilisation du logiciel GESRISK.

Il était entendu qu'à partir du 1^{er} avril 2010, afin de répondre aux exigences du Ministère en terme de sécurité des patients, l'HMR devait lui transmettre hebdomadairement, en temps réel, certaines données provenant des AH-223 et autres formulaires d'analyse et de divulgation provenant du registre local, GESRISK. Cette échéance est reportée compte tenu des délais auquel fait face le Ministère.

– Recommandations du coroner

Au chapitre des recommandations du coroner, l'hôpital a reçu quatre avis. Les problèmes identifiés se situent au niveau des procédures, soit : la gestion des voies aériennes supérieures et le rôle de l'inhalothérapeute; la gestion des patientes souffrant de prééclampsie; la gestion des patients à haut risque

de suicide; les protocoles d'anticoagulothérapie et la communication interprofessionnelle au sein des équipes multidisciplinaires. Tous ces rapports ont donné l'occasion de revoir des protocoles et des procédures, de les améliorer et d'ouvrir la porte à un dialogue interprofessionnel qui contribuera à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prodigués par les équipes.

– Examen des plaintes et promotion des droits

En 2009-2010, l'HMR a reçu 335 plaintes dont 290 étaient destinées à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et 45 au médecin examinateur. Ceci constitue une diminution de 18 % du nombre de plaintes par rapport à 2008-2009 en ce qui concerne les commissaires et de 43 % pour le médecin examinateur.

Cette diminution est vraisemblablement attribuable à l'augmentation constante de la qualité des services offerts à l'HMR, à l'obligation des employés et professionnels de divulguer les événements indésirables, et au processus d'Agrément Canada qui identifie les pistes d'amélioration des services octroyés aux usagers selon des normes d'excellence.

Objets de plaintes

Les insatisfactions liées à l'accessibilité représentent 31,52 % de tous les motifs des dossiers de plainte des usagers. Les plaignants dénoncent principalement les délais pour obtenir un rendez-vous, les reports de chirurgie et le triage ou le délai d'attente à l'urgence. Les problèmes touchant les soins et services dispensés représentent 22,01 % des insatisfactions, suivis de la catégorie des relations interpersonnelles 21,74 %.

Ce sont les habiletés techniques et professionnelles qui sont identifiées comme étant problématiques dans la catégorie des soins et services dispensés.

En ce qui concerne l'organisation du milieu et les ressources matérielles, le taux d'insatisfaction est de 14,40 %. L'hygiène des lieux et des équipements ainsi que les bris mécaniques sont le plus souvent mentionnés par les usagers.

Motifs de plaintes par catégorie

	2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Accessibilité	244	37 %	134	30 %	116	31.52 %
Aspect financier	63	10 %	17	4 %	8	2.17 %
Droits particuliers	49	8 %	36	8 %	29	7.88 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	61	9 %	34	7 %	53	14.40 %
Relations interpersonnelles	121	19 %	93	20 %	80	21.74 %
Soins et services dispensés	113	17 %	139	31 %	81	22.01 %
Autre	0	100 %	1	100 %	1	0 %
TOTAL	651		454		368	100

– Satisfaction des usagers

Un sondage portant sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle hospitalisée et ambulatoire est mené tous les trois ans. Outre la satisfaction envers les services offerts, ce sondage permet d'identifier les dimensions pour lesquelles une attention particulière est requise. Le dernier sondage a été effectué par Léger Marketing entre août 2007 et juin 2008 et il indiquait un très bon niveau de satisfaction de la clientèle, avec une note de 88,4 %.

Les équipes d'amélioration de la qualité ont pour mandat d'analyser les résultats et d'élaborer des plans d'action pour répondre davantage aux besoins et aux attentes des patients de l'HMR.

5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

– Conseil d'administration

Pierre DESROCHERS

Président
Cooptation

Jacques CHARRON

Vice-président
Agence de la santé de services
sociaux de Montréal

Jean-Claude BAUDINET

Fondation de l'HMR

Gisèle BOILEAU

Population

François CHARBONNEAU

Comité des usagers

Dre Christine COLIN

Université de Montréal

Louis-Gilles FAUCHER

Comité des usagers

Sylvie MIRON

Conseil des infirmières et infirmiers

Gilles GAUTHIER

Agence de la santé et de services
sociaux de Montréal

Raymond LEMAY

Cooptation

Dominique LÉVESQUE

Cooptation

Manon BOILY

Secrétaire
Directrice générale

Dr Camil D. QUINTAL

Trésorier
Représentant de la personne morale

Jacinthe PÉPIN

Université de Montréal

Georges A. PRENOVOST

Représentant de la personne morale

François PROULX

Conseil multidisciplinaire

Martine Rivard

Fondation de l'HMR

Michel SEVIGNY

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

Dre Lynne SENÉCAL

Conseil des médecins, dentistes et
pharmaciens

Paulette SICARD

Population

Dre Jasmine KOUZ

Représentante des résidents

– Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le comité exécutif du CMDP a été fort actif tout au long du dernier exercice avec la tenue de 18 réunions et l'étude des dossiers soumis à son attention. Au total, il a émis 48 recommandations auprès du conseil d'administration ou de ses sous-comités. Celles-ci concernaient notamment les sujets suivants :

- Nomination des nouveaux membres du CMDP;
- Nomination du médecin examinateur;

- Nomination des membres du comité de révision;
- Suivi des diverses recommandations du comité de pharmacologie incluant : dossiers divers, addition et 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;
- Mesures disciplinaires à l'endroit d'un membre du CMDP.

Comité exécutif

Dr Lynne SENÉCAL
Présidente

Martin FRANCO
Secrétaire

Dr Michel DUBÉ
Vice-président

Dr Bernard MATHIEU
Trésorier

Dr Margaret HENRI
Vice-présidente

– Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII a été impliqué au sein du conseil d'administration de l'hôpital, ainsi que dans différents comités et il a réalisé plusieurs activités, notamment :

- Organisation de la Semaine de l'équipe des soins infirmiers, semaine de reconnaissance pour les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, qui a eu lieu en mai 2010.
- Rédaction d'articles informatifs dans le journal interne de l'HMR.
- Rencontre des nouvelles infirmières lors de leur première journée d'orientation.
- Mise en place d'une boîte à suggestions et commentaires dans toutes les unités de soin.
- Mise en place de tableaux d'affichage pour la transmission d'information susceptible d'intéresser les infirmières.
- Diffusion des recommandations du comité de prévention des infections.
- Rédaction et diffusion de documents d'informations sur les soins de plaie et l'Échelle de Braden.

Le CII travaille également à l'élaboration d'un plan d'action visant à améliorer la transmission d'informations à la clientèle.

Comité exécutif

Sylvie MIRON
Présidente

Kassandra PHANORD
Agente de communication

Diane Brodeur
Secrétaire

Ginette LABBÉ
Vice-présidente

– Conseil multidisciplinaire (CM)

Au cours du dernier exercice, plusieurs avancements ont été effectués par le conseil multidisciplinaire concernant le développement des compétences et la qualité des soins, notamment par l'entremise des comités de pairs.

Des projets interdisciplinaires impliquant des professionnels variés sont en cours et contribuent à la réputation d'excellence de l'HMR.

La lutte contre les infections nosocomiales a été assurée par les canaux de communication internes. Un effort de sensibilisation a été mené par le moyen des réunions interdisciplinaires et des articles parus dans le journal interne de l'établissement.

Par ailleurs, des démarches ont été entamées avec la direction de la sécurité informationnelle afin de créer un onglet dédié au CM dans l'intranet. La structure est présentement en cours d'élaboration.

Un projet de partenariat est aussi en cours d'élaboration avec la Fondation de l'HMR. Il vise la mise en place de bourses favorisant la recherche et la formation continue afin de maintenir et améliorer les compétences professionnelles chez les membres du CM.

La présence des membres du CM au sein de différents comités de l'organisation permet d'intégrer les préoccupations des techniciens, technologues et professionnels de l'établissement quant à la qualité des soins et services dispensés aux patients.

Comité exécutif

François PROULX
Président

Nathalie FARLEY
Secrétaire

Nathalie BAZYLEWICZ
Vice-présidente aux affaires internes

Monique NADEAU
Vice-présidente aux affaires externes

Christine LEPAGE
Collaboratrice aux projets spéciaux

– Comité de vigilance et de la qualité

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé différents rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers, et le traitement de leurs plaintes. En outre, le comité a reçu, étudié et donné suite à trois recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité a également assuré un suivi relatif à la situation de l'urgence, aux infections nosocomiales et à la performance des blocs opératoires à la lumière de tableaux de bord détaillés contenant une série d'indicateurs.

Enfin, le comité a été appelé à étudier le bilan annuel des poursuites, les recommandations du coroner, le registre des accidents divulgués, le programme de gestion des risques et les demandes d'accès à l'information.

– Comité des usagers

Comptant sur des membres très actifs et sur une personne-ressource agissant en permanence à titre de « coordonnatrice des activités », le comité des usagers a continué de faire connaître davantage son mandat et son rôle au sein de l'établissement, tout en agissant à titre de porte-parole et de gardien des droits des usagers.

Le comité des usagers a été associé à plusieurs projets menés dans l'établissement. Il a notamment joué un rôle dans le dossier de la double identification des usagers, procédure exigée par Agrément Canada. De plus, le comité s'est associé à la formation Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) afin de travailler à améliorer la sécurité de la clientèle de l'obstétrique. Il a contribué financièrement à l'achat de pelotes de laine permettant au service des bénévoles de l'HMR de tricoter de magnifiques vêtements pour les nouveau-nés de l'hôpital, participé à la vie sociale de l'hôpital et joint ses efforts à ceux de l'association des auxiliaires bénévoles pour offrir un service de café dans le local de la boutique du cadeau au pavillon Rosemont.

Membres réguliers

Louis-Gilles FAUCHER
Président

François CHARBONNEAU
Secrétaire

Jacques Hould
Membre

Gilles TRUDEL
Membre

Jean AUGER
Vice-président

Marcel LAFRANCE
Trésorier

Guy PELLETIER
Membre

– Comité de gestion de la qualité et des risques

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé plusieurs rapports portant sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers lors des neuf rencontres prévues au calendrier 2009-2010.

Le comité a également 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, l'accessibilité à la chirurgie et les plaintes des usagers.

Enfin, le comité s'est penché sur les suivis effectués au niveau du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des programmes et directions, de la visite d'Agrément Canada (2009), du bilan de conformité des pratiques organisationnelles requises (POR) et du plan des mesures d'urgence.

– 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 St-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 47 membres, elle assure à l'hôpital un vaste réseau d'appuis pour faciliter la réalisation de ses projets, contribuant ainsi au maintien de sa tradition d'excellence.

– Comité d'éthique de la recherche

Instance administrative autonome rattachée au conseil d'administration de l'établissement et composée 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, un juriste et une personne spécialisée en éthique. Il est désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le comité d'éthique de la recherche a le mandat de veiller à la dignité, à la sécurité et au bien-être des sujets de recherche et d'assurer le respect de leurs droits. Le CÉR est responsable du triple examen, à savoir l'évaluation scientifique, éthique et l'appréciation du financement adéquat pour la réalisation d'un projet de recherche. Il assure la surveillance continue de

l'éthique 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 qui relève de son autorité.

Pour l'exercice de 2009-2010, le comité a évalué 113 nouveaux projets de recherche. Il agit dans 13 projets multicentriques. Le CÉR tient à jour un registre des centaines de projets actuellement en cours dans l'établissement et qui sont en conformité avec le cadre réglementaire.

Enfin, le CÉR crée à la fois un environnement propice à la qualité des activités de recherche et un climat de collaboration avec les équipes de recherche et les partenaires.

Membres réguliers

Dr Stéphane P. AHERN

Président et Membre du CMDP

Paule SAVIGNAC

Vice-présidente et Conseillère à l'éthique

Me Brigitte PÂQUET

Avocate

Membre spécialisé en droit

Marceline QUACH

Pharmacienne

Membre du CMDP

Diane RAYMOND

Représentante de la communauté, membre externe

Françoise MÉREL

Représentant de la communauté, membre externe

Me Julie DELANEY

Avocate

Membre spécialisée en droit de la santé

Secrétaire

Membres substitués

Valérie CÔTÉ (pharmacienne)

Membre du CMDP

Sylvain MARCIL (pharmacien)

Membre du CMDP

Kristine GOYETTE (pharmacienne)

Membre du CMDP

Sandra CHAPADOS (pharmacienne)

Membre du CMDP

Linda PINET (pharmacienne)

Membre du CMDP

Philippe BOUCHARD (pharmacien)

Membre du CMDP

Danielle LAUDY

Conseillère en éthique

Brigitte ST-PIERRE

Conseillère en éthique

Johane DE CHAMPLAIN

Conseillère en éthique et personne spécialisée en droit

Marie-Hélène RÉGNIER

Conseillère en éthique

Louise CHAINEY
Représentant de la communauté non
affilié au centre hospitalier

Me Isabelle DUBUC (avocate)
Membre spécialisé en droit

Mathieu ROY
Représentant de la communauté non
affilié au centre hospitalier

Me Isabelle DUCLOS (avocate)
Membre spécialisé en droit

– Comité d'éthique clinique

Au cours de son 19^e exercice, le comité d'éthique clinique s'est réuni à six reprises. Il a reçu plus d'une quarantaine de consultations issues de problèmes d'éthique clinique. Le comité soutient les consultations par des discussions, de l'aide à la prise de décision, de la résolution de problèmes, de la médiation. Les consultations ont généré des activités de formation et des groupes de discussion en matière d'intégration des repères de l'éthique dans les pratiques et du développement de la culture de l'éthique dans l'établissement. Le comité travaille à une formation qui favorisera une meilleure détermination des niveaux de soins appropriés pour les personnes ayant un diagnostic compromettant leur survie. Le comité poursuit la mise à jour du Règlement sur le comité d'éthique.

Membres nommés par le CA

Louise AUBERTIN
Représentante du CM

Benoît MONETTE
Juriste

Jean-Pierre AUMONT
Représentant de la collectivité
Secrétaire

Guy PELLETIER
Représentant du Comité des usagers

Mélanie BOURGOIN
Représentante du CII
Vice-présidente

Dre Marie-Claude RAYMOND
Représentante du CMDP

Marcel GUILBAULT
Représentant en soins spirituels

Micheline RISLER
Représentante de la collectivité

Anne MAJOR
Représentante du CM

Paule SAVIGNAC
Éthicienne
Présidente

Marie-Josée MASSÉ
Représentante du CII

Dr Érik SCHICK
Médecin, représentant CMDP

6. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Comme par les années passées, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a reçu lors de la confirmation du budget initial une autorisation additionnelle portant sur un déficit autorisé de 7.6 M \$. Ce montant de déficit autorisé est récurrent depuis 2004-2005 et tient compte des règles comptables en vigueur dans le réseau à cette époque.

Depuis l'an dernier, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont harmonisé leurs conventions comptables avec les normes en vigueur au niveau du gouvernement du Québec afin de pouvoir consolider les résultats avec l'ensemble des organismes et ministères du périmètre comptable du gouvernement. Selon ces nouvelles normes, le déficit de l'établissement s'élève à 7 663 537 \$. Toutefois, pour fins de comparaisons avec la cible déficitaire autorisée, on doit considérer les transferts inter fonds, ce qui situe le déficit à 7 522 985 \$, soit un écart de favorable de 77 015 \$ par rapport à la cible autorisée pour des revenus totaux des activités principales de 351 702 484 \$.

L'augmentation des revenus de 13 338 208 \$ se situe principalement au niveau des revenus de l'agence et du MSSS pour 11 365 535 \$ et découle essentiellement des indexations et subvention relatives aux coûts de système, et de l'augmentation du financement des produits sanguins associés à l'évolution de ces coûts (ce poste de dépenses ne pouvant générer de surplus ou de déficit) et des revenus associés aux dépenses relatives à la pandémie pour 928 977 \$.

Toujours au niveau des revenus, on peut souligner la hausse des revenus provenant des usagers, 1 734 468 \$. La très grande partie de cette hausse provient de facturation pour des patients sous la responsabilité financière d'autres provinces, du fédéral ou de la CSST. Il s'agit là d'augmentation exceptionnelle.

Au niveau des dépenses, l'augmentation la plus importante se situe au niveau de la main-d'œuvre. Pour fin de comparaison avec l'an dernier on doit considérer la dépense associée à la variation de la provision pour vacances, congés maladie, fériés et mobile qui était présenté distinctement l'an dernier. L'augmentation de 9 033 632 \$ s'explique par une augmentation de 266 538 heures travaillées ainsi que par l'indexation et le coût de système salarial.

La croissance du coût des médicaments est encore associée à la hausse des antinéoplasiques, une classe de médicaments visant les différents cancers.

À titre de fluctuation exceptionnelle, on peut souligner la baisse de la dépense d'intérêt de 1 130 675 \$. Cette baisse ne provient que de la faiblesse du taux d'intérêt, le montant des emprunts étant même à la hausse.

Enfin, soulignons que le total des dons remis à l'établissement par la Fondation de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont s'élève à 2 436 139 \$.

7. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions. Il est suggéré que chaque membre du conseil signe un engagement conforme à l'Annexe A.

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 en oeuvre 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 actionariat 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:
 - 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,
 - 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 de 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 du dernier exercice, il n'y a pas eu de manquements à ce code d'éthique et de déontologie constatés par les instances disciplinaires.

ANNEXE 1 : Résultats et cibles concernant l'Entente de gestion

INDICATEURS PROGRAMME	Résultats 2009-2010	Cibles 2009-2010
Santé publique		
Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de courte durée	0.9/100	1/100
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et soins d'assistance	4.66	4.35
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0.87	0.93
Programme de santé mentale		
Nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de suivi intensif	34	40
Séjour moyen sur civière (en heures)	37	18.4
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	25%	0%
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services est supérieur à 60 jours	5	5
Santé physique		
Séjour moyen sur civière à l'urgence - tous	34	18.5
Séjour moyen sur civière à l'urgence – personnes de 75 ans et +	42	21.5
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière - tous	25%	7.6%
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière – personnes de 75 ans et +	33%	0%
Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	100%	90%
Pourcentage de demandes à l'intérieur des délais – hémodynamie – Cat. A	98%	100%
Pourcentage de demandes à l'intérieur des délais – hémodynamie – Cat. B	96%	90%
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	455	452
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	3,713	4,100
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	6,918	6,995
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataracte)	5,468	5,665
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	5,468	5,665
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	57.4%	90%
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	50.4%	90%
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	83.5%	90%
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	89.6%	90%
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie avec hospitalisation	94.0%	90%
Administration et soutien aux services		
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4.40%	4.76%
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	7.29%	5.64%
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	2.50%	1.14%
Pourcentage des postes à temps complet régulier pour les infirmières	Non mesuré	58.24%

ANNEXE 2 : Extraits du rapport du vérificateur

Nom de l'établissement	Code	Page
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	1293-4659	120-00

Rapport du vérificateur externe
Aux membres du conseil d'administration de
l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

exercice terminé le 31 mars 2010

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés au plan détaillé du rapport financier annuel de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la "Loi sur les services de santé et les services sociaux". La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes, d'omissions et de lacunes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

l'Établissement s'est conformé aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou d'activités à l'exception de ce qui est mentionné au commentaire 1 à l'annexe au rapport du vérificateur;

l'Établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

les pratiques comptables de l'Établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

les unités de mesure utilisées par l'Établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables à l'exception de ce qui est mentionné aux commentaires 2, 3 et 4 à l'annexe au rapport du vérificateur;

les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

Nom de l'établissement
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Code
1293-4659

Page
120-01

Rapport du vérificateur externe

L'Établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. exercice terminé le 31 mars 2010

À l'exception des éléments mentionnés à l'annexe au rapport du vérificateur externe, le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2010 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, afin de satisfaire à l'article 295 de la "Loi sur les services de santé et les services sociaux". Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de l'associé responsable	Michel Rioux, CA Auditeur
Nom du vérificateur	SAMSON BÉLAIER / DELOITTE & TOUCHE S.E.N.C.R.L.
Adresse	1, Place Ville Marie, bureau 3000 MONTREAL (Québec) H3B 4T9
Téléphone	(514) 393-7115
Télécopieur	(514) 390-4116

Samson Bélaier / Deloitte & Touche s.e.n.c.r.l.

Le vérificateur

Date : Le 7 juin 2010

Fonds d'exploitation - activités principales

exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS - SOMMAIRE

	Exercice	
	courant 1	précédent 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Agence et MSSS.....01	332,384,605	321,019,070
Usagers.....02	10,502,118	8,767,650
Ventes de services.....03	5,342,709	5,249,892
Recouvrements.....04	1,517,279	1,587,908
Donations.....05		
Subvention du Gouvernement fédéral.....06		
Autres revenus.....07	1,955,773	1,739,756
Total (L.01 à L.07).....08	351,702,484	338,364,276
.....09	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX
.....11	XXXX	XXXX
CHARGES		
Salaires.....12	165,255,032	157,730,390
Avantages sociaux.....13	43,096,031	41,697,398
Charges sociales.....14	23,899,654	22,536,808
Médicaments.....15	25,536,076	24,292,933
Produits sanguins.....16	22,534,632	19,752,228
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	26,903,710	25,078,872
Denrées alimentaires.....18	3,262,742	3,280,110
Créances douteuses.....19	614,785	491,614
Variation provision pour vacances et congés maladie.....20	XXXX	1,252,489
.....21	XXXX	XXXX
.....22	XXXX	XXXX
.....23	XXXX	XXXX
.....24	XXXX	XXXX
Autres charges:		
Intérêts sur emprunts.....25	503,081	1,633,756
Entretien et réparations.....26	4,117,502	6,455,598
Autres dépenses.....27	43,642,776	43,179,851
TOTAL (L.12 à L.27).....28	359,366,021	347,382,047
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....29	(7,663,537)	(9,017,771)

À titre informatif seulement:

CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS:		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds Voir P391-04 note 8.....30	1,338,234	2,873,435
Affectées au fonds d'immobilisations - projets autofinancés.....31	834,996	834,996
Affectées au fonds d'immobilisations - autres.....32	362,686	434,409
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.29+L.30-L.31-L.32).....33	(7,522,985)	(7,413,741)

Fonds d'exploitation - activités accessoires exercice terminé le 31 mars 2010
RÉSULTATS - SOMMAIRE

ACTIVITÉS ACCESSOIRES	Exercice	Exercice
	courant	précédent
	1	2
REVENUS		
Financement public et parapublic:		
Agence et MSSS.....01	0	
Fonds de recherche en santé du Québec.....02	1,557,627	1,420,248
Régie d'assurance maladie du Québec.....03	8,903,011	7,829,798
Gouvernement fédéral.....04	2,589,415	2,498,270
Autres.....05	8,761,301	7,777,746
Revenus commerciaux.....06	1,761,531	1,275,553
Revenus d'autres sources et revenus non répartis.....07	3,910,905	4,301,162
TOTAL (L.01 à L.07).....08	27,533,790	25,102,688
CHARGES		
Salaires.....09	14,913,378	13,551,574
Avantages sociaux.....10	2,441,298	2,044,046
Charges sociales.....11	2,015,696	1,782,610
Variation provision pour vacances et congés maladie.....12	XXXX	62,117
Autres charges.....13	8,123,925	7,662,341
TOTAL (L.09 à L.13).....14	27,498,297	25,102,688
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES (L.08 - L.14).....15	35,493	0
À titre informatif seulement:		
Contributions provenant ou affectées à d'autres fonds:		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds.....16		
Affectées au fonds de stationnement - contribution du c/a 0500.....17		
Affectées au fonds d'immobilisations.....18		
Affectées à d'autres fonds (préciser).....19		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.15 + L.16 - L.17 - L.18 - L.19).....20	35,493	0
FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES		
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION.....21	(7,628,044)	(9,017,771)
À titre informatif seulement:		
Fonds d'exploitation - activités principales et accessoires		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds.....22	(7,487,492)	(7,413,741)

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN

	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
ACTIF		
A COURT TERME		
Encaisse.....01	10,196,163	
Placements temporaires.....02		
Débiteur-Agence et MSSS.....03	2,788,739	4,722,896
Autres débiteurs.....04	10,594,338	12,493,197
Charges payées d'avance.....05	741,300	586,476
Stocks.....06	4,805,715	3,890,517
Créances interétablissements (préciser).....07		
Créances interfonds.....08	5,282,270	
Autres éléments.....09	833	30
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....10	34,409,358	21,693,116
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE.....11	24,077,169	24,520,940
PLACEMENTS A LONG TERME.....12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....13	728,046	680,498
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....14	59,214,573	46,894,554
PASSIF		
A COURT TERME		
Découvert de banque.....15		
Emprunts temporaires.....16	83,614,430	55,442,701
Créditeur - Agence et MSSS.....17		
Autres créditeurs.....18	57,069,429	58,365,362
Intérêts courus à payer.....19	34,908	38,320
Dettes interétablissements (préciser).....20		
Dettes interfonds.....21		4,881,263
Revenus reportés - activités principales.....22	2,538,231	3,207,757
Revenus reportés - activités accessoires.....23	2,808,416	9,984,266
Autres éléments (préciser).....24		
Total du passif à court terme (L.15 à L.24).....25	153,065,414	131,919,669
A LONG TERME		
DETTES À LONG TERME.....26		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF.....27		
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26 + L.27).....28	153,065,414	131,919,669
SOLDE DE FONDS.....29	(93,850,841)	(85,025,115)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29).....30	59,214,573	46,894,554

Fonds d'immobilisations exercice terminé le 31 mars 2010

Bilan

	Exercice	
	courant	précédent
	1	2
ACTIF		
A COURT TERME		
Encaisse.....01		
Placements temporaires.....02		
Débiteur-Agence et MSSS.....03	1,479,173	1,862,089
Autres débiteurs.....04	1,437,717	1,126,089
Charges payées d'avance.....05	545,990	670,266
Créances interfonds.....06		3,292,803
Autres éléments.....07	486,000	
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07).....08	3,948,880	6,951,247
IMMOBILISATIONS.....09		
SUBVENTION À RECEVOIR (PERÇUE D'AVANCE)- RÉFORME COMPTABLE.....10	231,415,594	225,835,134
PLACEMENT À LONG TERME.....11	(8,385,248)	(12,674,858)
FRAIS REPORTÉS D'ÉMISSION ET D'ESCOMPTE SUR OBLIGATIONS.....12	104,879	131,434
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....13		
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 à L.13).....14	227,084,105	220,242,957
PASSIF		
À COURT TERME		
Découvert de banque.....15	5,101,762	5,100,158
Emprunts temporaires.....16	49,764,705	
Créditeur-Agence et MSSS.....17		
Autres créditeurs.....18	4,309,295	8,612,182
Dettes interfonds.....19	7,721,511	
.....20	XXXX	XXXX
Avances de fonds en provenance de l'agence - Enveloppes décentralisées.....21	4,724,306	
Autres éléments.....22		10,182,581
Intérêts courus à payer.....23	1,360,356	1,864,191
Total du passif à court terme (L.15 à L.23).....24	72,981,935	25,759,112
À LONG TERME		
Revenus reportés.....25	9,526,225	10,021,629
Dette à long terme.....26	146,097,045	185,648,356
Moins:		
Fonds d'amortissement du Gouvernement (chiffre négatif).....27	(1,674,800)	(1,339,840)
Dette nette (L.26+L.27).....28	144,422,245	184,308,516
Total du passif à long terme (L.25 + L.28).....29	153,948,470	194,330,145
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.29).....30	226,930,405	220,089,257
SOLDE DE FONDS.....31	153,700	153,700
TOTAL DU PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31).....32	227,084,105	220,242,957

BILAN exercice terminé le 31 mars 2010

	Fonds de dotation	Fonds à destination spéciale	Fonds affectés	Fonds en fiducie	Fonds de stationnement	Total (c.1 à c.5)
	1	2	3	4	5	6
ACTIF						
A COURT TERME						
Encaisse.....01				133,759		133,759
Placements temporaires.....02			130,003			130,003
Débitur-Agence ou NSSS.....03	XXXX	XXXX			XXXX	
Autres débiteurs.....04						
Débiteurs établ. publics.....05						
Créances inter-fonds.....06			18,580		2,420,661	2,439,241
Autres éléments.....07			17			17
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07).....08			148,600	133,759	2,420,661	2,703,020
IMMOBILISATIONS (préciser).....09		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
PLACEMENTS A LONG TERME.....10			XXXX			
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....11			XXXX			
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 à L.11).....12			148,600	133,759	2,420,661	2,703,020
PASSIF						
A COURT TERME						
Déouvert de banque.....13				XXXX		
Emprunts temporaires.....14				XXXX		
Créditeur-Agence ou MSSS.....15	XXXX	XXXX			XXXX	
Autres créditeurs.....16						
Créditeurs établis. publics.....17						
Intérêts courus à payer:						
- Corporation d'Hébergement du Québec.....18				XXXX		
- Financement Québec.....19				XXXX		
- Autres.....20				XXXX		
Sommes confiées en fiducie à l'établissement.....21	XXXX	XXXX	XXXX	133,759	XXXX	133,759
Dettes inter-fonds.....22				XXXX		
.....23				XXXX		
Autres éléments.....24				XXXX		
Total du passif à court terme (L.13 à L.24).....25				133,759		133,759
A LONG TERME						
Revenus reportés.....26				XXXX		
Autres éléments.....27			XXXX		XXXX	
Total du passif à long terme (L.26 + L.27).....28						
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.28).....29				133,759		133,759
SOLDE DE FONDS.....30		0	148,600	XXXX	2,420,661	2,569,261
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30).....31			148,600	133,759	2,420,661	2,703,020

ANNEXE 3 : Statistiques hospitalières

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Admissions			
- Psychiatrie	361	325	369
- Longue durée	456	424	419
- Nouveau-nés	2 685	2 948	2 718
- Courte durée	18 450	20 283	19 427
Total	21 952	23 980	22 933
Jours-présence	160 803	165 126	164 266
Séjour moyen	8,62	8,14	8,37
Urgence			
- Psychiatrie (pavillon Rosemont seulement)	365	408	465
- Ophtalmologie	4 768	4 932	3 276
- Général	68 803	66 010	61 212
Total	73 936	71 350	64 953
Activités ambulatoires			
- Unité de médecine familiale	19 218	21 331	21 215
- Pédiatrie	37 409	36 376	35 306
- Ophtalmologie	60 367	56 927	61 754
- Médecine	70 374	71 611	72 272
- Médecine de jour	27 379	32 205	30 843
- Hémato-oncologie	39 909	44 034	43 217
- Gynécologie – Obstétrique	22 902	26 829	27 845
- Chirurgie – Urologie – Cystoscopie	49 138	52 995	50 208
- Autres	19 352	14 682	14 902
Total	346 048	356 990	357 562
Chirurgie			
- Chirurgies d'un jour	9 991	10 753	10 616
- Chirurgies avec hospitalisation	5 959	6 148	5 938
Total	15 950	16 901	16 554
Oncologie			
- Greffes de moelle osseuse	140	155	148
- Traitements radio-oncologie	267 160	243 169	256 975
- Visites hémato-oncologie	39 909	44 034	43 217
Néphrologie			
- Greffes du rein	41	33	35
- Traitements d'hémodialyse	55 250	55 484	57 404
- Traitements de dialyse à domicile	17 511	17 476	17 543
Ophtalmologie			
- Greffes de cornée	44	60	158
- Chirurgies de la cataracte	3 908	4 155	3 713
- Visites cliniques externes	60 367	56 927	61 754

