



INSTITUT DE RÉADAPTATION
Gingras-Lindsay-de-Montréal

RAPPORT DE GESTION

2009-2010

Présenté au conseil d'administration
le 1^{er} novembre 2010

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

1. Message des autorités	4
2. Déclaration de fiabilité des données	5
3. Présentation de l'établissement	6
3.1. Mission	6
3.2. Structure de l'organisation	6
3.3. Contexte et faits saillants.....	6
- Essor de la recherche.....	7
- Formation et enseignement.....	8
- Pandémie	9
- Campagne pour le lavage des mains	9
- Identification visuelle	9
- Technologie de réadaptation	10
- Sondage sur la satisfaction de la clientèle.....	10
- Sondage Pulse	11
- Sondage Culture de sécurité	11
4. Activités de l'établissement.....	12
4.1 Modifications apportées durant l'exercice.....	12
- Programmes-clientèles.....	12
- Soins infirmiers	12
- Ressources humaines	12
- Meilleures pratiques, qualité et performance.....	13
- Communication et relations publiques.....	13
- Évaluation des technologies et des modes d'intervention	13
- Médecine de réadaptation	13
- Acquisitions d'immobilisations	13
4.2. Orientations stratégiques et priorités d'action.....	13
4.3. Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus.....	15
- Entente de gestion.....	15
- Agrément.....	15
- Sécurité des soins et des services	15
- Examen des plaintes et promotion des droits	16

5. Conseils et comités de l'établissement	17
- Conseil d'administration de l'Institut	17
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	17
- Conseil des infirmières et infirmiers	18
- Conseil multidisciplinaire	18
- Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	19
- Comité de pharmacologie.....	19
- Comité de vigilance et de la qualité	19
- Comité des usagers.....	19
- Comité de gestion des risques et de la qualité	20
6. États financiers et analyse des résultats.....	22
7. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	25
Annexe 1.....	29
Annexe 2.....	30

1. Message des autorités

Il y a maintenant 2 ans, l'établissement a été fusionné. Depuis, plusieurs projets ont été menés à bien, notamment la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle et la nomination des cadres supérieurs et intermédiaires. La fusion a aussi engendré de nombreux changements touchant tant les aspects humains que cliniques, administratifs et immobiliers.

Fort de l'héritage des deux établissements d'origine, mais résolument tourné vers l'avenir, notre Institut entend s'affirmer comme la référence en réadaptation par son approche humaniste et ses pratiques novatrices. Plus précisément, l'Institut s'engage à être un milieu fertile pour créer, identifier des approches, des compétences, des technologies et des connaissances de pointe dans le domaine de la réadaptation. Telle est la vision qui s'est imposée à travers la démarche de positionnement stratégique qui s'est déroulée durant le dernier exercice.

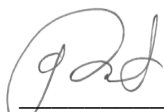
À notre grande satisfaction, nous avons réussi jusqu'ici à aller de l'avant dans l'intégration des différentes activités des deux pavillons tout en maintenant la qualité des services, en évitant de créer des inconvénients pour notre clientèle et en manifestant un souci constant pour son bien-être.

Bref, beaucoup de travail a été accompli ces derniers mois à tous les niveaux de l'organisation et l'espace manque pour rendre compte et reconnaître les efforts de chacun. Nous profitons cependant de l'occasion pour exprimer notre appréciation pour le travail remarquable réalisé par l'ensemble des membres de notre organisation et pour souligner le travail formidable des bénévoles, de même que celui des fondations dont l'appui nous est inestimable.

C'est donc avec optimisme que nous entrevoyons l'avenir de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.



M. Ronald Dahms
Président du conseil d'administration



M. Yves Benoit
Directeur général

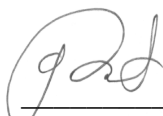
2. Déclaration de fiabilité des données

Les renseignements contenus 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 de l'exercice 2009-2010 de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (ci-après Institut) :

- 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.



Yves Benoit
Directeur général

3. Présentation de l'établissement

L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) est le produit de la fusion, en 2008, de l'Institut de réadaptation de Montréal et de l'Hôpital de réadaptation Lindsay.

Ses quelque 800 employés et médecins œuvrent dans un milieu dynamique et chaleureux pour permettre aux personnes atteintes de déficience physique de développer leur plein potentiel d'autonomie.

Affilié à l'Université de Montréal, il forme les futurs médecins physiatres, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes et autres professionnels qui assureront la relève dans le réseau de la santé.

De nombreuses recherches sont également menées, en partenariat avec le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), pour développer les connaissances, améliorer les approches et ainsi procurer davantage d'autonomie aux personnes atteintes de déficience physique.

Les données probantes obtenues à l'aide de ces recherches permettent notamment d'évaluer les technologies et les modes d'intervention en santé (ÉTMIS) et ainsi identifier les technologies les plus efficaces et soutenir la prise de décision.

3.1. Mission

Ensemble, offrir des soins et des services de réadaptation sécuritaires et de qualité, aux adultes ayant une déficience physique significative et persistante, en vue d'optimiser leur potentiel d'autonomie et de contribuer à l'avancement et au partage des connaissances par l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

3.2. Structure de l'organisation

Durant le dernier exercice, la direction générale a complété son équipe d'encadrement, ce qui marque une étape majeure dans le processus de fusion, car elle permettra au cours de la prochaine année d'aller de l'avant avec l'intégration des différentes activités des deux établissements d'origine en consolidant les services et équipes à l'intérieur des nouvelles directions et des programmes-clientèles.

3.3. Contexte et faits saillants

Dans un contexte de transformation, les différents intervenants ont été amenés à faire converger leurs efforts pour assurer à notre clientèle des soins et des services de haute qualité. Ainsi, nous avons connu durant la dernière année un volume croissant d'activités dans plusieurs secteurs, notamment les admissions (7 %) et les services d'aides techniques (22 %). Soulignons également l'augmentation importante au cours du dernier exercice de 6 507 jours-présence. Le taux d'occupation s'est aussi situé à 91 % au cours du dernier exercice.

Les médecins, les chercheurs et plusieurs professionnels auront également manifesté un engagement marqué en faveur de nos missions de recherche et d'enseignement.

Statistiques cliniques

	Hospitalisations	Durée de séjour	Visites en cliniques externes
2008-2009	1 456	55.3 jours	9 857
2009-2010	1 444	42.5 jours	9 285

- Essor de la recherche

La recherche contribue directement à la mission de l'Institut. En effet, les données probantes obtenues grâce aux projets développés par les chercheurs servent à accélérer l'implantation des meilleures pratiques en clinique.

À l'Institut, la recherche se penche, entre autres, sur l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et aide ainsi à déterminer les aides techniques, les interventions ainsi que les évaluations les plus appropriées aux clientèles de l'Institut. En contribuant au transfert des connaissances autour des bonnes pratiques, la recherche soutient l'excellence des services offerts et contribue à consolider la place de l'Institut comme leader en réadaptation.

Au cours de la dernière année, l'équipe du centre de recherche a mené une vaste consultation auprès d'une centaine d'intervenants de l'Institut. Cette démarche a permis de dégager différents enjeux spécifiques à la recherche et trois grandes orientations qui seront à la base du développement futur de la recherche à l'Institut soit :

1. Développer une programmation de recherche distinctive au sein du CRIR, en reflet des besoins de la clientèle de l'Institut et de sa réalité organisationnelle.
2. Maximiser l'apport de la recherche et des connaissances produites dans les processus décisionnels et l'innovation.
3. Cultiver un environnement stimulant et prolifique pour la formation académique d'une relève scientifique.

Par ailleurs, seize chercheurs sont actifs au centre de recherche IRGLM-CRIR. Parmi ceux-ci, deux sont de nouveaux chercheurs, recrutés durant la dernière année. Le centre de recherche compte aussi trois chercheurs associés et treize membres cliniciens-intervenants. De plus, cette année, les ressources se sont consolidées avec l'augmentation du personnel de soutien.

Les chercheurs ont également assuré l'encadrement et la formation de 83 étudiants de cycles supérieurs tels que des étudiants de maîtrise scientifique ou professionnelle, de doctorat et de postdoctorat.

Le personnel des deux pavillons de l'Institut participe à plusieurs des projets de recherche. En 2009-2010, 81 projets de recherche, dont 26 nouveaux projets, ont été menés comparativement à 75 l'année dernière.

La grande majorité des projets de recherche s'intéressent à des problématiques directement liées aux clientèles hospitalisées et externes de l'Institut afin d'assurer un rapprochement du milieu scientifique au milieu clinique. Les autres projets (dont plusieurs chez des sujets sains) ont pour but d'évaluer et de comprendre le fonctionnement des systèmes physiologiques moteurs et sensoriels, les capacités fonctionnelles et les habitudes de vie.

Au chapitre du financement des projets, les chercheurs ont obtenu des subventions totalisant 2,8 M\$ et les étudiants ont obtenu 194 527 \$ sous forme de bourses. Ces montants proviennent d'organismes reconnus par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et d'autres organismes subventionnaires reconnus ainsi que d'organismes privés. Aussi, parmi les chercheurs de l'Institut, deux sont chercheurs boursiers du FRSQ, une reconnaissance provinciale leur permettant de se concentrer pleinement sur leurs activités de recherche.

Au chapitre du rayonnement, on décompte plus de 200 publications d'articles scientifiques soumis à un comité de pairs, de livres et de chapitres de livres, de résumés ou notes scientifiques et professionnelles. Les chercheurs ont également assuré le rayonnement de l'Institut au niveau international dans le cadre de formations et de conférences, en plus d'assurer une collaboration avec différentes universités en Amérique du Sud, au Moyen-Orient, en Europe, aux États-Unis et au Canada.

En somme, le centre de recherche est en plein essor avec un nombre croissant de projets actifs et de publications, de même qu'une croissance continue du personnel et ses montants de bourses et de subventions accordés aux étudiants et aux chercheurs.

- Formation et enseignement

L'Institut a l'ambition d'être un milieu d'enseignement de réadaptation stimulant, dynamique et novateur dans un cadre interdisciplinaire en lien avec les meilleures pratiques et la recherche. Dans ce contexte, la mission de l'enseignement est d'assurer une offre de stages cliniques en réadaptation pour toutes disciplines, de promouvoir le partage des connaissances et la formation continue des intervenants.

Voici les professions pour lesquelles nous recevons des stagiaires :

Niveau collégial	Niveau universitaire	médecine
- Archives médicales	- Ergothérapie	- résidents de psychiatrie;
- Éducation spécialisée	- Loisirs	- résidents en neurologie, orthopédie,
- Fabrication d'orthèses/prothèses	- Neuropsychologie	médecine familiale,
- Loisirs	- Nutrition clinique	gériatrie;
- Soins infirmiers	- Orthophonie	- externes I et II;
	- Physiothérapie	- étudiants 1re et 2e
	- Psychologie	année.
	- Service social	
	- Soins infirmiers	

L'enseignement à l'Institut est finement associé aux soins des patients, qu'ils soient hospitalisés ou traités sur base externe au sein de nos programmes-clientèles, ou qu'ils visitent l'une de nos cliniques externes.

Outre les professeurs ayant un titre universitaire, les professionnels possèdent une formation particulière afin d'agir comme superviseurs auprès des stagiaires. Plusieurs de nos professionnels (ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes) collaborent également avec les établissements d'enseignement et s'impliquent dans l'enseignement académique des futurs intervenants du réseau de la santé.

- **Pandémie**

Dès l'apparition des premiers cas de grippe A (H1N1) au Mexique et ailleurs dans le monde, l'Institut a instauré des mesures de vigilance extrême pour identifier immédiatement les cas suspects. L'ensemble de l'établissement a été mobilisé pour assurer la mise en place des mesures de sécurité nécessaires. La plupart de ses mesures sont identifiées à la partie « Conseils ou comités de l'établissement créés en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ».



- **Campagne pour le lavage des mains**

Poursuivant son objectif de prévention des infections, la Direction des soins infirmiers a collaboré avec le service des communications au développement d'une campagne autour de la formule « Lavez-moi » qui vise à convaincre de l'importance de l'hygiène des mains. Les diverses affiches et avis ont été placardés à différents endroits stratégiques dans l'établissement. Cette campagne est désormais uniforme et conforme à la nouvelle image de l'organisation.



Plusieurs outils de communication ont été élaborés afin d'accompagner cette campagne, notamment des affiches rigides et un dépliant produit à l'intention de la clientèle.

- **Identification visuelle**

Étape symbolique marquante dans le développement du nouvel établissement, l'Institut a dévoilé son identité visuelle à l'automne 2009. Moderne et bien stylisé, le logo évoque le fait de rebâtir la vie d'une personne, de remettre en place différents aspects, de reformer quelque chose d'harmonieux. Ses quatre côtés égaux – la forme parfaite – symbolisent aussi les quatre missions de l'établissement, soit les soins, l'enseignement, la recherche ainsi que l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.



INSTITUT DE RÉADAPTATION
Gingras-Lindsay-de-Montréal

Un journal interne est aussi publié à tous les deux mois pour rapporter les événements, publiciser les bons coups et expliquer et de mettre en contexte les décisions et les grandes orientations de l'Institut.

Enfin, l'Institut a désormais pignon sur web avec un nouveau site qui met en avant-scène une collection de portraits de patients et d'intervenants qui ont accepté de prêter leur image pour exprimer l'esprit de la réadaptation et montrer le visage humain de l'Institut (www.irglm.qc.ca).

Conceptualisés par la photographe Nancy Dubé, qui est ergothérapeute au programme de lésions médullaires, ces mises en scène visent entre autres à montrer le dépassement de soi qui anime les personnes en réadaptation. Ils tentent aussi de dépeindre l'atmosphère unique que l'on retrouve à l'Institut et d'exposer les particularités d'un milieu qui permet littéralement de réinventer sa vie.

- **Technologie de réadaptation**

La direction des technologies de réadaptation (DTR) est une organisation de services autofinancée, œuvrant à l'Institut. Elle évolue dans un milieu compétitif caractérisé par une évolution rapide des technologies et une capacité financière limitée des principaux agents payeurs.

Figurant sur la liste des projets prioritaires à réaliser suite à la naissance de l'Institut, la réalisation du plan d'affaire 2010-2015 de la DTR a débuté en 2009. Une collecte de données a été faite afin de se positionner par rapport au marché montréalais et québécois. L'équipe de gestion, avec l'aide d'un conseiller en planification stratégique et en collaboration avec différentes directions de l'établissement, a élaboré un plan d'action en fonction de l'analyse des données recueillies. Celui-ci met l'emphase sur 6 grands enjeux :

- L'autofinancement des activités.
- L'organisation du travail et l'amélioration continue des pratiques.
- L'accroissement des volumes de services rendus.
- La promotion de l'expertise de la DTR.
- Le manque d'espaces physiques.
- La désuétude des technologies de l'information.

- **Sondage sur la satisfaction de la clientèle**

En décembre 2009, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dévoilait les résultats d'une enquête de satisfaction de la clientèle, portant sur les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus. Les résultats obtenus sont très encourageants. Deux principaux points se démarquent concernant l'Institut :

- Un niveau de satisfaction supérieur à la moyenne des autres Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) de Montréal.
- Les aspects techniques des soins et services ainsi que la propreté des installations y sont plus appréciés que dans les autres CHR montréalais.

- **Sondage Pulse**

En prévision de la visite d'Agrément Canada, ce sondage mené auprès de l'ensemble des employés a permis notamment de mesurer l'impact du processus de fusion. Or, en plus d'un taux de participation extrêmement élevé, on peut dire que les résultats sont positifs et encourageants. Ainsi, plus de 80% des employés se disent satisfaits de leur travail, tout en ayant le sentiment d'avoir offert la meilleure qualité de travail possible. De plus, 78% se disent satisfaits du contrôle qu'ils exercent sur leurs activités professionnelles.

En fait, sur les 21 questions du sondage, seulement deux ont donné des résultats correspondant à un « drapeau rouge », ce qui indique une zone nécessitant une intervention prioritaire. Déjà, un certain nombre de mesures ont été mise en œuvre, notamment l'instauration d'un modèle de gestion par talent, d'un programme de reconnaissance, d'activités pour le personnel, sans parler des tournées du DG et des efforts accrus en matière de recrutement et de rétention.

- **Sondage Culture de sécurité**

Un autre sondage mené en prévision de la visite d'Agrément Canada concerne spécifiquement la sécurité des patients. Les résultats montrent que plus de 80% des employés se sentent à l'aise de signaler un problème lié à la sécurité des patients, sans craindre des conséquences négatives. Aussi, 72% croient utile de remplir des rapports d'incidents et la même proportion jugent que leur unité fait un bon travail en matière de gestion des risques.

Notons qu'il est établi dans la littérature qu'une culture « sans blâme » concernant l'identification, le signalement et l'analyse des questions de sécurité des patients est essentielle à l'atteinte d'un environnement sécuritaire.

Le sondage indique cependant un bémol : seulement 34% des employés estiment recevoir une rétroaction sur les changements apportés suivants des rapports d'incidents. Prenant acte de ces résultats, l'équipe de gestion a mis en place certaines mesures, au nombre desquelles figurent :

- les escouades de la sécurité;
- les tournées de sécurité du DG;
- l'implantation d'une échelle de risque des chutes;
- les campagnes de sensibilisation de la sécurité;
- des mécanismes de rétroaction concernant la sécurité.

Ces activités, espère-t-on, auront un impact positif sur la sécurité des patients, et permettront une meilleure reconnaissance de la contribution de toutes les équipes.

4. Activités de l'établissement

4.1 Modifications apportées durant l'exercice

Dans un contexte de fusion, les modifications apportées au niveau des services offerts ont concerné tous les niveaux de l'organisation. On retient notamment le déploiement d'une structure par programme avec quatre programmes-clientèles, de même que le développement important de la direction des ressources humaines. Soulignons aussi la mise en place de deux fonctions particulières rattachées à la direction générale : la performance, qualité et meilleures pratiques ; la communication et relations publiques.

- Programmes-clientèles

Le nouveau plan d'organisation de l'Institut s'articule autour des quatre programmes-clientèles suivants :

- Lésions médullaires ;
- Santé physique ;
- Neurologie ;
- Amputations et blessures orthopédiques graves.

Les programmes-clientèles regroupent toutes les opérations cliniques et englobent donc les soins infirmiers et les autres professionnels. Chaque programme repose sur une approche globale et multidisciplinaire et peut offrir des services spécialisés ou surspécialisés.

Les défis sont nombreux au cours du prochain exercice afin que tout un chacun s'imprègne du fonctionnement par programmes-clientèles. Il faudra arrimer les façons de faire entre les deux établissements d'origine, regrouper les équipes et les clientèles dans un lieu commun, revoir certaines pratiques, etc.

- Soins infirmiers

Avec la nouvelle structure de gestion par programme, la direction des soins infirmiers (DSI) agit comme direction-conseil auprès de la direction des services-clientèles. La DSI assure un rôle de vigie par rapport à la qualité et aux risques en soins infirmiers dans l'ensemble des programmes et au sein des deux pavillons, par la surveillance et le contrôle des indicateurs de qualité de soins et des normes de pratique. Elle vise donc l'utilisation des meilleures pratiques cliniques basées sur les résultats probants et le développement des compétences cliniques en lien avec les besoins des clients.

- Ressources humaines

Marquée par plusieurs départs au moment de la fusion, la direction des ressources humaines a repris son envol avec l'embauche d'une nouvelle équipe de gestionnaires et la redéfinition d'une offre de services. Dorénavant, la DRH est en mesure d'assurer pleinement le développement organisationnel, la rémunération et avantages sociaux, les relations de travail, la santé et sécurité et le recrutement de personnel.

- **Meilleures pratiques, qualité et performance**

Une nouvelle direction a été créée pour assurer spécifiquement le développement des meilleures pratiques et assurer une offre de services pertinente, de qualité, efficace, efficiente et sécuritaire, en plus d'avoir le mandat d'optimiser la performance organisationnelle.

- **Communication et relations publiques**

Un adjoint au directeur général a été recruté pour assurer le développement du volet communication et relations publiques dans l'organisation, avec pour mandat particulier d'augmenter la notoriété de l'Institut. Durant le dernier exercice, un service des communications a ainsi été mis en place. Une série de politiques, de procédures et d'outils ont également permis de formaliser la communication comme fonction au sein de l'organisation.

- **Évaluation des technologies et des modes d'intervention**

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) est la 4^e mission de l'Institut. Au cours de l'année 2009-2010, plusieurs actions ont été posées dans le but de favoriser l'émergence de cette mission :

- Création d'un Comité d'évaluation des technologies avec différents membres de l'établissement.
- Élaboration d'une procédure relative à l'achat d'équipements favorisant l'implication des ressources en évaluation des technologies.
- Participation au Comité du RUIS de l'Université de Montréal en évaluation des technologies et modes d'intervention en santé.
- Réalisation d'une première étude d'ETMIS à l'Institut soit : « L'achat d'un tapis roulant électrique avec système de support de poids Biodex (modèle 945-480) ».

- **Médecine de réadaptation**

À la suite de la fusion, les physiatres, les omnipraticiens et les médecins spécialistes de l'Institut ont déployé de nombreux efforts pour répondre aux besoins de la clientèle et intégrer les équipes médicales sous un même chapeau. Ainsi, le département de physiothérapie porte désormais le nom de « Département de médecine de réadaptation » et intègre désormais les médecins omnipraticiens de même que les autres spécialités. Notons également que des services d'urologie et de radiologie sont désormais offerts aux patients.

- **Acquisitions d'immobilisations**

Parmi les nouvelles acquisitions, l'Institut compte désormais dans les deux pavillons sur la dernière version du système « Balance Master ». Il s'agit d'un équipement de haute technologie utilisé lors de l'évaluation de l'équilibre des clients de tous les programmes. Les données objectives obtenues grâce au système permettent aux thérapeutes de cerner les déficiences sous-jacentes de manière précise, donnant ainsi lieu à une planification efficace des traitements.

4.2. Orientations stratégiques et priorités d'action

Parallèlement aux travaux portant spécifiquement sur la fusion, le conseil d'administration a piloté au cours du dernier exercice une démarche de positionnement stratégique au terme duquel l'Institut a maintenant une

mission bien définie ainsi qu'une vision, celle de « s'affirmer comme la référence en réadaptation par son approche humaniste et ses pratiques novatrices »¹.

À la suite d'une vaste consultation menée auprès des partenaires, des médecins, des membres du personnel et de différentes instances de l'établissement, sept grands enjeux ont aussi été cernés, lesquels se déclinent en orientations stratégiques qui guideront les actions mises en place d'ici 2015.

Enjeux	Orientations stratégiques
1. Une offre de services pertinente, de qualité et sécuritaire	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner et ajuster notre offre de services en fonction de l'évolution des besoins des clientèles. • Instaurer une culture d'innovation et de valorisation des meilleures pratiques cliniques et non cliniques. • Offrir à nos clientèles une prestation de soins et de services de qualité et sécuritaire.
2. La disponibilité des compétences requises	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des conditions favorables à l'attraction et à la rétention des meilleures compétences.
3. La réussite du plan de fusion	<ul style="list-style-type: none"> • Concrétiser la transformation organisationnelle.
4. L'intégration des activités académiques à l'ensemble de la mission de l'Institut	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'intégration de la recherche dans l'ensemble des activités cliniques, d'enseignement et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en soutien à la prise de décision. • Valoriser la mission d'enseignement et d'organisation apprenante. • Développer l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. • Obtenir le statut d'Institut universitaire.
5. La performance organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'utilisation des ressources disponibles. • Développer une culture de la mesure. • Contribuer au développement d'un environnement durable.
6. La modernisation de l'infrastructure technologique et informatique	<ul style="list-style-type: none"> • Se maintenir à la fine pointe des technologies médicales et de réadaptation. • Développer une vision organisationnelle relative à la gestion des ressources informationnelles.
Enjeux	Orientations stratégiques
7. La promotion des connaissances et des compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer au développement de la réadaptation en déficience physique et santé physique par la diffusion de nos expertises et connaissances auprès des professionnels du réseau et de la population. • Rayonner auprès de la population, de la communauté d'affaires et du réseau de la santé et des services sociaux. • Se positionner sur la scène régionale, nationale et internationale.

¹ Un document complet sur le positionnement stratégique de l'IRGLM est disponible sur le site Internet (www.irglm.qc.ca)

4.3. Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus

- Entente de gestion

L'établissement a signé une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour 2009-2010. Les engagements contractés en 2009-2010 doivent permettre l'atteinte des cibles fixées pour chacun des programmes-services et des programmes-soutien définis dans le Plan stratégique 2005-2010 du Ministère.

Les volets couverts par l'entente comprennent la main-d'œuvre, la santé publique, la déficience physique, la santé physique, la diversité culturelle et les actifs informationnels.

Les tableaux de bord présentés en annexe 2 permettent d'illustrer l'atteinte de nos objectifs pour l'année financière 2009-2010.

- Agrément

Depuis la dernière année, de nombreuses activités ont eu lieu afin de se préparer à la visite d'Agrément Canada, en septembre 2010.

Un sondage Pulse et un autre portant sur la culture de sécurité ont été menés avec un fort taux de participation. Une équipe « technique » de suivi aux réponses de ces sondages a été mise sur pied. De plus, les démarches d'autoévaluations ont été menées auprès des différentes équipes.

- Sécurité des soins et des services

Les actions suivantes ont été réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents :

- Uniformisation des processus avec l'implantation du système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS) pour les deux pavillons.
- Sondage sur la culture de sécurité de l'Institut auquel les employés ont répondu.
- Adoption d'un règlement sur la divulgation par le C.A. de l'Institut en juin 2009.
- Kiosque pour souligner la semaine de sécurité des patients en novembre 2009.
- Kiosque pour la promotion de la campagne « lavez-moi » (hygiène des mains).
- Mise sur pied d'un projet pilote au pavillon Lindsay nommé les « escouades de la sécurité ».
- En cours d'année : formation en continue de nouveaux membres du personnel, d'employés en absence prolongée ou nouvellement nommés gestionnaire, sur l'utilisation des formulaires AH-223 CSSS-1, AH-223 CSSS-2 et AH-223 CSSS-3.
- Support offert aux employés, gestionnaires et médecins pour la complétion de rapports, le suivi, l'analyse et la divulgation lors d'événements indésirables.

- Suivi trimestriel des statistiques concernant les rapports de déclaration avec les directeurs, les gestionnaires et le comité de gestion de risques et de la qualité du C.A.

Au chapitre des principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1), plusieurs sessions de formation ont été données sur la nouvelle politique et procédure concernant les contentions. Cette formation d'une durée de deux heures s'est tenue au mois avril-mai 2009 et s'adressait à tous les professionnels.

Mentionnons enfin qu'avec la collaboration de la firme Prudent, nous avons procédé à la révision des plans locaux de mesures d'urgence et avons créé un plan local de sécurité civile pour l'Institut dans son ensemble :

- **Examen des plaintes et promotion des droits**

Le rapport annuel de l'Institut portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (art.33, par 10 e et art. 76. 10) est disponible sur le site web de l'Institut (www.irglm.qc.ca).

5. Conseils et comités de l'établissement

- Conseil d'administration de l'Institut

- M. Ronald Dahms, président
- M. Yves Benoit, directeur général
- M. Lorne Hindle, vice-président
- M. Fernand Lafleur, secrétaire
- M. Edouard Darche, trésorier
- M. Philippe Béland
- M. Georges Cabana
- Mme Michèle Comtois
- Mme Nancy Dubé
- M. Etienne Dubreuil
- Mme Catherine Duff-Caron
- Dr Sylvie Houde
- M. Richard Letarte
- Mme Marie Poirier
- M. Armand Trahan
- M. Yvon Tessier
- Mme Sophie Brochu
- M. Louis Duhamel

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- Dr Nicole Beaudoin, présidente
- Dr Françoise Chagnon, directrice des services professionnels
- M. Claude De Denus, conseiller
- Dr Denis Duranleau, secrétaire
- Dr Jean Fleury, conseiller et chef du département de médecine de réadaptation
- Dr Jacques E. Nadeau, vice-président
- Dr Michel Nadeau, conseiller
- Dr Sylvie Houde, membre *ex officio* et représentante des médecins au conseil d'administration

Étant en manque d'effectifs médicaux, le comité exécutif du CMDP a déployé de nombreuses stratégies en ce qui a trait au recrutement de nouveaux médecins. Certains médecins se sont présentés à la journée carrière organisée par la Fédération des médecins résidents du Québec et ont participé à des journées rencontres des étudiants en médecine de l'Université de Montréal. Afin de les aider dans l'amélioration de la visibilité et la réputation de l'Institut, le comité exécutif du CMDP a collaboré avec l'adjoint au directeur général, volet communication et relations publiques.

Un membre du CMDP a aussi souligné l'importance de revoir le fonctionnement et les ressources des services offerts en urologie dans l'Institut. En effet, le service présente une liste d'attente impressionnante. Pour tenter de remédier à la situation, un comité ad hoc du comité exécutif du CMDP a été formé. Celui-ci a pour mandat de revoir le fonctionnement de la

clinique d'urologie, l'équipement utilisé ainsi que le nombre de préposés ou infirmières nécessaires.

Afin d'améliorer et de bonifier l'équipement actuel, relativement désuet, l'introduction du système PACS et le rehaussement des services offerts, un comité ad hoc du comité exécutif du CMDP portant sur le service de radiologie a également été formé.

Une formation des médecins est prévue dans les prochains mois en ce qui concerne le protocole d'utilisation des opiacés par voie parentérale et transdermique.

Ensuite, afin de bien représenter l'ensemble des effectifs médicaux, le comité exécutif du CMDP a proposé de changer le nom du département de physiatrie pour le département de médecine de réadaptation. La nouvelle appellation a été acceptée par le Conseil d'administration de l'établissement et l'Université de Montréal.

Le comité d'examen des titres, qui est un sous-comité du CMDP, a recommandé le renouvellement de la nomination des médecins spécialistes et omnipraticiens et des pharmaciens. Une résolution est passée au conseil d'administration sur ce sujet.

L'année budgétaire s'est terminée par la nomination d'un nouveau président du comité exécutif du CMDP.

- **Conseil des infirmières et infirmiers**

Comité exécutif :

- Mme Carmelle Lubin, présidente
- Mme Lorraine Potvin, vice-présidente
- Mme Mirna Chamoun, secrétaire
- Mme Anne-Marie Tessier, conseillère
- Poste vacant, Agente de communication
- M. Steve Durand, président du CIIA
- Mme Chantal Mayer, membre du CIIA

Fort d'une nouvelle équipe, le CII a formulé des recommandations pour l'harmonisation des ordonnances collectives et ce, pour les deux pavillons. L'harmonisation est actuellement en phase finale. Une revue des procédures pour l'orientation des nouveaux employés est également en cours. Mentionnons aussi le rôle actif joué par le CII dans la formation diverse aux infirmières et infirmières auxiliaires et dans l'harmonisation concernant les heures de début et de fin des quarts de travail pour les deux pavillons.

Enfin, le CII a été très impliqué dans la préparation de la visite de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) pour l'inspection professionnelle :

- **Conseil multidisciplinaire**

Comité exécutif :

- Mme Suzanne Crabb
- Mme Joanie Bouchard
- Mme Isabelle Robidoux
- Mme Jeanine Moubarak

Des élections ont eu lieu à l'automne 2009 pour nommer les nouveaux membres du conseil multidisciplinaire. Dès lors, le nouvel exécutif a pris en charge un certain nombre de dossiers prioritaires, notamment la préparation en vue de la visite de l'agrément, la révision et l'harmonisation des règlements internes du Conseil et la participation auprès du comité de gestion des risques et de la qualité dans le projet de divulgation de l'information lors d'un incident ou un accident.

- **Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique**

- Dr Géraldine Jacquemin, psychiatre
- Dr Dung Vu, omnipraticien
- Dr Roger Vadeboncoeur, psychiatre
- DSP (invitée)
- Archiviste (membre invité)
- Résident(e) du programme de résidence en psychiatrie de l'Université de Montréal (sur invitation)

Le comité a développé un projet d'amélioration concernant le délai entre la prise des radiographies et la lecture de celles-ci, de même qu'un projet d'étude sur les problématiques liées à l'administration de l'Héparine normale versus l'Héparine à bas poids moléculaire. Une étude portant sur la prévention et le traitement du tabagisme a aussi débouché sur une série de suggestions et de propositions.

- **Comité de pharmacologie**

- Dr Muriel Haziza, psychiatre
- Dr Dominique Bui, omnipraticienne
- Dr Elena Spacek, psychiatre
- M. Claude De Denus, pharmacien
- DSP (invitée)
- DSI (membre invité)

Le comité de pharmacologie s'est principalement concentré sur les travaux effectués par la pharmacie dans le but de mettre à jour et d'harmoniser pour les deux pavillons (Gingras et Lindsay) divers documents et pratiques. Aussi, le comité a supervisé la mise en œuvre du projet pilote de bilan comparatif du médicament (BCM) élaboré par la pharmacie. Celle-ci continue à assurer la coordination et s'occupe de la rétroaction assurant la qualité du BCM.

- **Comité de vigilance et de la qualité**

Au 30 juin 2010, nous n'avons pas encore de comité des usagers – donc pas non plus de comité de vigilance et de la qualité.

- **Comité des usagers**

La fusion des deux établissements a provoqué l'abolition des deux comités des usagers afin d'en créer un seul. Cet hiver, quelques activités ont été tenues afin de remettre sur pied le comité des usagers de l'Institut. Une première réunion est prévue pour printemps 2010. À la suite de cette première rencontre, le comité de vigilance et de la qualité sera formé.

- **Comité de gestion des risques et de la qualité**

Le système local de surveillance (art.183.2) a permis de mettre en évidence les principaux risques d'incidents/accidents.

Notons que dans un esprit d'amélioration continue de la qualité, l'organisation a pour orientation de déclarer tous les accidents et incidents. Ainsi, toutes les chutes – même s'il n'y a pas de conséquences physiques – sont classées comme des accidents, car elles nécessitent une surveillance et une observation après l'événement.

Les données mises en évidence au moyen du système local de surveillance sont demeurées stables par rapport à l'exercice précédent. Ainsi, 920 rapports de déclarations ont été produits pour l'ensemble de l'établissement, dont 386 concernaient des incidents et 530 des accidents. Sur ces 530 accidents, 363 étaient de niveau de gravité D, donc sans conséquence, et 160 ont impliqué des conséquences mineures, alors que 7 accidents ont eu pour conséquence une prolongation d'hospitalisation.

Statistiques de l'Institut pour l'année 2009-2010

Rapports produits	918
Incidents	386
Accidents	532
Rapports produits pour chute	384
Rapports produits pour erreur de médicament	372

Au chapitre de la surveillance des infections nosocomiales, il existe encore deux systèmes de collecte de données distincts pour chacun des pavillons. Nous espérons être en mesure de les harmoniser au cours du prochain exercice. Entre temps, les principaux agents étiologiques sont l'objet d'une surveillance systématique. On décompte 14 cas d'infections nosocomiales au pavillon Gingras et 68 du côté Lindsay (dont 56 sont des infections de plaie ou urinaire).

Au chapitre des recommandations et suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'Institut en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales, on a examiné les points suivants :

- Uniformisation des façons de faire en matière de gestion de risques dans les deux pavillons
 - Révision et uniformisation du cheminement des rapports d'incidents/accidents AH-223 en vue d'harmoniser les pratiques dans les deux pavillons et de réduire le délai d'entrée des données dans le registre national SSSS.
 - Révision et harmonisation des rapports statistiques personnalisés pour l'Institut.
 - Révision et uniformisation en accord avec les meilleures pratiques de 15 politiques et procédures de la pharmacie en rapport avec le processus de prescription, préparation et distribution des médicaments.
- Erreur médicamenteuse
 - L'analyse des erreurs de médicaments révèle que les problématiques prioritaires sont les omissions et qu'elles sont de deux types: les omissions de signature et de médicament.

- Après quelques analyses, le 1er facteur d'erreur identifié est : les interruptions.
- Circuit du médicament
 - Une analyse des pratiques dans le circuit des médicaments a été faite et les « bonnes pratiques » ont été déterminées.
 - Une analyse des écarts a été réalisée. Il y a eu une formation de toutes les infirmières et infirmières auxiliaires portant sur les écarts et les bonnes pratiques à mettre en place ou à consolider.
 - La mesure des résultats est en cours en vue de cibler les bonnes pratiques qui ne sont pas consolidées.
 - Une relance sera entreprise afin de poursuivre les objectifs des meilleures pratiques.
- Réduction du nombre de chutes
 - Implantation d'un programme de gestion des chutes sur l'unité présentant le plus haut taux de chutes.
 - Suivi du projet pilote utilisant une échelle d'évaluation du risque de chute des patients admis au pavillon Lindsay de l'Institut : « échelle de chute Lindsay ».
- Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales
 - Évaluation des produits pour l'hygiène des mains et changement de produits pour respecter les normes.
 - Du point de vue de la salubrité, évaluation des produits utilisés et changements de produits pour respecter les normes.
 - Suivi quotidien des patients en isolement.
- Compilation des données statistiques à chaque période.
 - Formation sur les précautions de base pour le personnel clinique et tous les étudiants en stage.
 - Formation sur les précautions additionnelles pour tous le personnel clinique et de la salubrité.
 - Formation hygiène des mains pour tous les employés de l'Institut.
 - Révision des politiques et procédures concernant la prévention et le contrôle des infections.
 - Révision du programme de prévention des infections.
 - Suivi étroit des patients et du personnel durant les périodes de grippe et de gastroentérite, mais de période d'éclosion.
- Prévention des infections
 - Mai à octobre 2009 : Plan québécois de formation sur la pandémie d'influenza. Il y a eu un suivi en ligne par les employés de l'Institut, selon l'ordre de priorité établi par le MSSS (le tableau peut être fourni sur demande).
 - Novembre 2009 : En date du 12 novembre 2009, 643 employés ont été vaccinés pour la grippe AH1N1.

6. États financiers et analyse des résultats

Résultats sommaires

Fonds d'exploitation - activités principales pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	2010	2009
REVENUS		
Agence et MSSS	30 606 831	29 817 446
Usagers	6 323 904	5 641 570
Ventes de services	157 329	158 686
Recouvrements	280 673	245 042
Autres revenus	218 775	154 860
Donations	11 692	74 860
	<u>37 599 204</u>	<u>36 092 464</u>
CHARGES		
Salaires	22 519 056	21 324 623
Avantages sociaux	6 454 802	5 757 090
Charges sociales	3 054 677	2 855 960
Médicaments	555 116	518 153
Fournitures médicales et chirurgicales	468 485	409 034
Denrées alimentaires	768 256	705 861
Créances douteuses	42 095	10 204
Variation provision pour vacances, congés de maladie, fériés, mobiles et rétention	0	122 945
Intérêts sur emprunts	0	13 761
Entretien et réparations	609 836	663 212
Autres dépenses	3 384 445	3 729 012
	<u>37 856 768</u>	<u>36 109 855</u>
Excédent des charges sur les revenus des activités principales	<u>-257 564</u>	<u>-17 391</u>
Contributions provenant du fonds d'immobilisations pour maintien d'actifs	0	46 269
Contributions affectées au fonds d'immobilisations - projet autofinancé	-170 350	-190 288
Contributions affectées au fonds d'immobilisations - autres	0	-21 421
	<u>0</u>	<u>-165 439</u>
Excédent des charges sur les revenus des activités principales après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	<u><u>-427 914</u></u>	<u><u>-182 831</u></u>

Résultats sommaires

Fonds d'exploitation - activités accessoires pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	2010	2009
REVENUS		
Financement public et parapublic		
Fonds de recherche en santé du Québec	1 070 812	1 278 049
Régie d'assurance maladie du Québec	6 118 812	5 896 527
Gouvernement fédéral	761 955	144 387
Autres revenus	1 939 680	1 603 976
Revenus commerciaux	1 180 713	703 165
Revenus d'autres sources et revenus non répartis	<u>844 386</u>	<u>1 080 287</u>
	11 916 358	10 706 391
CHARGES		
Salaires	3 076 951	3 078 644
Avantages sociaux	835 787	676 538
Charges sociales	430 888	403 913
Autres charges	<u>7 144 818</u>	<u>6 407 014</u>
	11 488 444	10 566 109
Excédent des revenus sur les charges des activités accessoires	<u><u>427 914</u></u>	<u><u>140 282</u></u>

Bilan

Fonds d'exploitation au 31 mars 2010

	2010	2009
ACTIF		
Actif à court terme		
Encaisse	0	445 616
Débiteurs- Agence et MSSS	958 715	560 995
Débiteurs- Contribution des usagers	4 694 364	5 308 831
Autres débiteurs	328 878	483 809
Stocks	1 235 193	1 295 067
Créances interétablissements	98 613	0
Créances interfonds	0	0
Charges payées d'avance	68 305	80 911
Intérêts courus	715	371
Total de l'actif à court terme	7 384 783	8 175 600
Subvention à recevoir- Réforme comptable	3 480 042	3 519 951
Congé à traitement différé	28 737	117 309
Total de l'actif	10 893 562	11 812 860
PASSIF		
Passif à court terme		
Emprunt bancaire et découvert bancaire	70 325	0
Autres créditeurs	5 079 721	5 610 437
Provision pour vacances, congés de maladie, fériés, mobiles et rétention	3 621 747	3 590 085
Dettes interétablissements	126 934	0
Dettes interfonds	150 754	564 745
Revenus reportés- Activités principales	0	345 491
Revenus reportés- Activités accessoires	946 834	549 032
Avances RAMQ- SAAQ	977 327	1 350 327
Total du passif	10 973 642	12 010 117
SOLDE DE FONDS		
Solde de fonds	(80 080)	(197 257)
Total du passif et du solde de fonds	10 893 562	\$ 11 812 860

7. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de 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 assister aux réunions du conseil.
4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis.
5. 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.
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.
8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre avec 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.
9. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit être empreinte d'objectivité et de modération.
10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

Devoirs spécifiques

1. Les mesures de prévention

- 1.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- 1.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- 1.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
- 1.4 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.
- 1.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect 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.

- 1.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration 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.
- 1.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.
- 1.8 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.

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

- 2.1 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.
- 2.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, 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.
- 2.3 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.
- 2.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 2.5 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 à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil d'administration peuvent en être défavorablement affectés;
 - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- 2.6 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 public.
- 2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
- 2.8 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.

- 3.1 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.
- 3.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 3.3 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.
- 3.4 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

- 4.1 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 d'administration.
- 4.2 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 prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportement susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
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.

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.

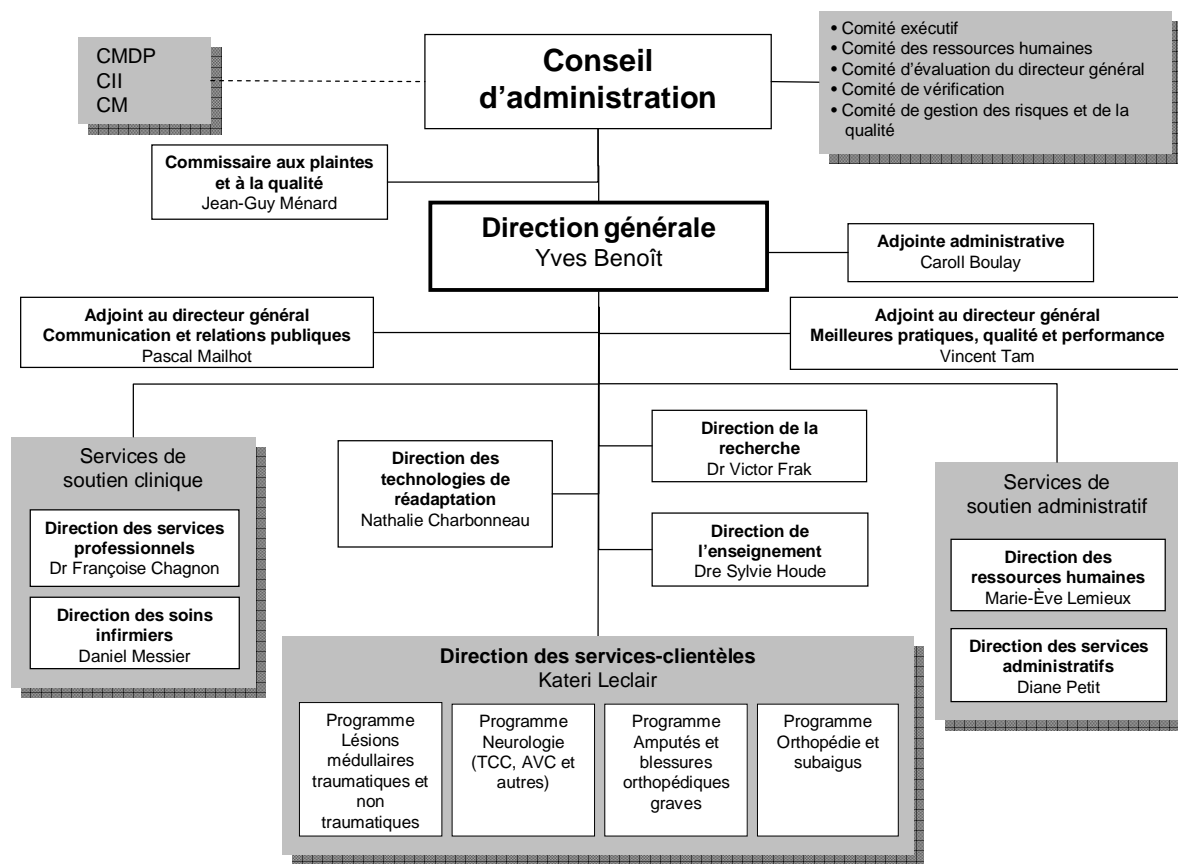
Enquête et immunité

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 prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

La publicité du code

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code 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 déchuées de charge.

Annexe 1



Annexe 2

Reddition de compte pour l'entente de gestion avec l'Agence

1. Déficience physique

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience	Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services	Réalisé	Nous avons mis en œuvre le plan de réorganisation des services post-hospitaliers.
	Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008	Réalisé	Aucune attente de >90 jours.
	Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur	Réalisé	Selon les exigences du cadre de référence pour les services post-hospitaliers, ainsi que les différents consortiums de traumatologie, nos délais d'accès sont beaucoup plus courts que les délais définis par le plan d'accès.

2. Gestion de la main d'œuvre

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau D'atteinte	Commentaires
Au plus tard le 31 mars 2010, l'établissement déposera, à la Direction gestion des réseaux (DGR) de l'Agence, un plan d'action visant l'attraction et la rétention du personnel, l'augmentation de la présence et de la disponibilité au travail.	Dépôt d'un plan d'action à la DGR démontrant l'engagement de la haute direction à revoir l'organisation du travail et les conditions d'exercice.	Réalisé	Le plan d'action visant l'attraction, rétention du personnel, l'augmentation de la présence et de la disponibilité au travail -- envoyé en mars 2009.
	Niveau de réalisation de l'ensemble des activités prévues au cadre normatif pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.	Réalisé	Le plan d'action de gestion prévisionnelle de la main-d'oeuvre -- envoyé en octobre 2009.

3. Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
Intégrer la gestion de la diversité culturelle dans l'offre de service.	L'Établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Adoption par résolution du conseil d'administration ou entérinée par le comité de direction.	Amorcé	Le conseil d'administration s'est engagé à assurer des services à la population multiculturelle desservie par l'Institut. L'une des actions est d'assurer que les services sont disponibles à la population anglophone. Nous avons commencé les travaux d'un recensement de notre clientèle au sujet de leurs besoins culturels et linguistiques.
	L'établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Le processus de développement de la politique a inclus des consultations, validation et la concertation des divers partenaires du milieu.	Amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée: des mécanismes de rappel à la mémoire ont été prévus	Non amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée auprès des cadres	Non amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée auprès des employés	Non amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée auprès des clients et famille ainsi que la communauté.	Non amorcé	
20_ Indiquer dans le rapport annuel de gestion (établissements publics) ou dans le rapport annuel d'activités (établissements privés conventionnés) les mesures prises et les résultats obtenus en lien avec la politique de gestion de la diversité culturelle	Reddition dans le rapport annuel, des mesures prises et des résultats obtenus compte tenu des objectifs de la politique	Non amorcé	

4. Gestion de l'accessibilité des services en langue anglaise

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
Respecter le «Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise» dans l'offre de service.	L'Hôpital de réadaptation Lindsay s'assure que tous ses services sont accessibles en anglais.	Réalisé	
	L'Institut de réadaptation de Montréal s'assure que tous les services nommés au Programme d'accès sont accessibles en anglais.	Réalisé	

5. Gestion des actifs informationnels

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
Préparer un plan triennal de maintien des actifs informationnels selon le gabarit préparé par l'Agence.	Le plan est conforme au gabarit.	Non amorcé	Compte tenu de la fusion de l'Institut, le projet de rédaction du PDRI sera priorisé parmi les projets de la direction des services administratifs.
	Le plan est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information.	Non amorcé	
Préparer un inventaire des actifs informationnels	L'inventaire est conforme au gabarit.	Réalisé	
	L'inventaire est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information.	Réalisé	
	L'inventaire est mis à jour au 31 décembre 2009.	Réalisé	
Appliquer les mesures obligatoires et minimales du Cadre de gestion des actifs informationnels - Volet sécurité	Il y a indication dans le rapport financier annuel (questionnaire à l'intention de la haute direction).	À finaliser	Compte tenu de la fusion et de la mise en place de la nouvelle équipe des services informatique de l'Institut, les 15 mesures prioritaires seront harmonisées dans les 2 sites (pavillon Lindsay et pavillon Gingras).
Mettre en place la solution anti-virus Trend Micro	L'Établissement confirme que la solution est appliquée.	Réalisé	

6. Santé physique

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
Conformément au rapport du Vérificateur général du Québec, élaborer et suivre un processus formel et systématique d'évaluation des fournitures médicales utilisées et de normalisation	La participation d'un comité multidisciplinaire.	En cours	Malgré que nous n'avons pas de processus interne, nous participons activement aux comités d'évaluations à l'Approvisionnement Montréal pour les nouveaux produits. Nous avons aussi des comités de travail interne ad hoc pour les nouveaux produits.
	L'élaboration d'un répertoire des décisions.	Amorcé	
	L'utilisation de critères d'évaluation.	En cours	
Poursuivre et consolider l'implantation des quatre sections du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale:	L'Établissement a mis en place un mécanisme permettant de s'assurer que le protocole est implanté et appliqué.	À finaliser	Protocole est déjà entériné par le CMDP.
Poursuivre la formation des intervenants concernés par le Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale:	Les intervenants concernés par l'application du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale sont formés.	Amorcé	Protocole a été circulé auprès de tous les médecins. Une conférence scientifique pour assurer la diffusion d'information sera offerte.
Contribuer au plan de lutte contre une pandémie d'influenza	L'Établissement confirme qu'il a révisé son plan local de lutte contre une pandémie d'influenza.	Réalisé	
	L'Établissement met en oeuvre les actions nécessaires à l'accomplissement des travaux prioritaires identifiés par l'Agence.	Réalisé	
Soutenir le modèle régional d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation.	Atteinte d'un taux minimal d'occupation de 95 % pour les lits de réadaptation en CHR et URFI.	À finaliser	Le taux de 95% n'est pas réaliste, car nous avons un nombre très limité de chambres privées au pavillon Lindsay, et pas de chambres privées au Pavillon Gingras. La nécessité d'isoler les patients atteints d'infections nosocomiales ou les patients dont le statut d'infection est inconnu nous faire perdre un nombre significatif de lit-jours par année.

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
	Mise en oeuvre des conditions visant à offrir des services de physiothérapie la fin de semaine et les jours fériés aux usagers ayant subi une chirurgie PTH-PTG et dont la condition le requiert (missions CHSGS, CHR, CSSS).	Réalisé	Les conditions permettant un offre de services de physiothérapie la fin de semaine et les jours fériés aux usagers ayant subi une chirurgie PTH-PTG existent déjà dans la convention collective locale. Cependant, jusqu'à présent, aucune preuve concrète nous permette de conclure que la physiothérapie 7 jours par semaine donne de meilleurs résultats pour cette clientèle.
	Réduction ou maintien de la DMS dans les CHR et URFI.	À finaliser	DMS (périodes 1 - 12 2009-2010) Lindsay 41.6 jours, Gingras 53.9 jours Avec la réorganisation de services post-hospitaliers en réadaptation, on nous demande d'accepter des patients beaucoup plus précocement. Les patients sont souvent moins stable médicalement à leur arrivée. Une réduction de la durée du séjour, par conséquent, n'est pas conforme à l'attente d'accepter les patients plus tôt dans leur processus de rétablissement.
	Suivi du cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus (missions CHSGS, CHR, URFI, CSSS).	Réalisé	

Tableau 7. Santé publique

Attentes administratives	Indicateurs	Niveau d'atteinte	Commentaires
Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.	60 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	Réalisé	Taux de vaccination contre la grippe AH1N1 89%.