

**INSTITUT DE RÉADAPTATION GINGRAS-LINDSAY DE MONTRÉAL
(IRGLM)**

RAPPORT DE GESTION 2008-2009

TABLE DES MATIÈRES

1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	3
2. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
2.1 Mission	4
2.2 Structure de l'organisation	4
2.3 Contexte et faits saillants.....	4
2.3.1 Pandémie	4
2.3.2 Essor de la recherche.....	4
2.3.3 Formation et enseignement	6
3. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	7
3.1 Orientations stratégiques et priorités d'action	7
3.2 Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus	8
3.2.1 Entente de gestion.....	8
3.2.2 Agrément.....	9
3.2.3 Sécurité des soins et services	9
3.2.4 Examen des plaintes et promotion des droits.....	9
4. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	10
4.1 Membres du conseil d'administration.....	10
4.2 Comité de vigilance et Comité des usagers	10
4.3 Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	10
4.4 Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers.....	10
4.5 Comité exécutif du conseil multidisciplinaire.....	11
4.6 Comité de gestion des risques	12
4.6.1 Principaux risques d'incidents / accidents.....	12
4.6.2 Infections nosocomiales	12
4.6.3 Recommandations et suivis	12
5. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	14
6. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	17

1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

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 2008--2009 de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM):

- 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 ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

2. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 Mission

L'IRGLM a été formé en mars 2008 par la fusion de l'Hôpital de réadaptation Lindsay et de l'Institut de réadaptation de Montréal.

Le nouvel établissement dispose de 237 lits et compte sur un personnel médical et professionnel de 765 personnes. Il offre des soins et services spécialisés et surspécialisés de réadaptation pour les personnes adultes ayant une déficience physique significative et persistante. Affilié à l'Université de Montréal, l'IRGLM est un haut lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement, de recherche, de développement des technologies de réadaptation.

2.2 Structure de l'organisation

Le directeur général est entré en poste en novembre 2008. Il a alors amorcé le processus de mise en œuvre de la fusion et de positionnement de la nouvelle organisation, tout en s'assurant de la gestion des opérations courantes en vue de maintenir la prestation de soins et services sécuritaires et de qualité. En date du 30 mars 2009, le Plan d'organisation de la nouvelle organisation – phase I (encadrement supérieur) est déposé au Conseil d'administration lequel s'appuie sur la raison d'être de l'IRGLM et reflète les valeurs organisationnelles et les principes de gestion ayant émergées des consultations tenues dans le cadre du projet de fusion et de repositionnement stratégique. En vue de gérer la période de transition jusqu'à la mise en œuvre de la première phase du Plan d'organisation, les modalités de fonctionnement temporaires sont à planifier.

2.3 Contexte et faits saillants

2.3.1 Pandémie

Dès l'apparition des premiers cas de grippe A (H1N1) au Mexique et ailleurs dans le monde, l'IRGLM 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.

Nous avons procédé à une intégration des Plans de gestion de lutte à une pandémie déjà élaborés tant à l'Hôpital de réadaptation Lindsay qu'à l'IRM et telle que demandée par le MSSS pour le 31 mars 2009.

En somme, le plan local de lutte contre la pandémie d'influenza a permis de prendre les décisions et de mettre en œuvre les actions de façon rigoureuse en fonction de l'évolution de la situation. Il a permis à chacun, dans chaque secteur, de suivre un chemin bien balisé pour faire face à la situation.

2.3.2 Essor de la recherche

À la suite des départs survenus au sein de l'équipe de soutien administratif et professionnel et pour remédier à une situation potentiellement préjudiciable pour le développement de la recherche à l'IRGLM, une conseillère en développement organisationnel, a été mandatée, en avril 2008, pour assister le directeur de la recherche dans une démarche visant la mise en œuvre de solutions

administratives optimales, nécessaires à une gestion efficace et efficiente des activités et des ressources alors disponibles.

Elle assumera, tout au long de l'exercice les fonctions de personne ressource, auprès de l'équipe de direction de la recherche, pour la coordination et le contrôle des activités, sous sa supervision est reliée la gestion des ressources humaines, financières, matérielles physiques et informationnelles. Dans le cadre de cet exercice de réorganisation, une nouvelle secrétaire de direction a été embauchée en mai 2008.

Depuis octobre 2008, le personnel des deux pavillons de l'IRGLM participe à des projets de recherche mis de l'avant par les chercheurs du site de recherche IRM-CRIR. Le recrutement de participants à des projets de recherche, la participation d'intervenants et de gestionnaires à diverses activités de recherche permettent la collaboration entre les deux pavillons et le renforcement d'une culture de recherche au sein de la nouvelle organisation. Conséquemment, nous avons observé au cours de l'année un accroissement des activités de mise en oeuvre des projets de recherche. Ces projets devraient se développer et se réaliser en 2009-2010.

Le nombre total de projets de recherche actifs impliquant l'IRGLM, se maintient depuis les 2 dernières années à une moyenne d'environ 75 projets, mais le nombre de nouveaux projets évalués semble croître. En 2008-2009, 25 nouveaux projets de recherche ont été évalués dont 17 sont des projets des chercheurs de l'IRGLM, 4 de chercheurs d'autres sites du CRIR et 4 d'autres centres de recherche (CIRRIS et IUGM)

Le total des montants de subventions et de bourses, obtenus par les chercheurs et étudiants affiliés à l'IRGLM, varie d'une année à l'autre. Toutefois, cette année, on observe une somme jamais égalée auparavant, soit 1 785 616 \$. Les montants des bourses et des subventions proviennent d'organismes reconnus par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), ainsi que d'autres organismes tels que les organismes privés.

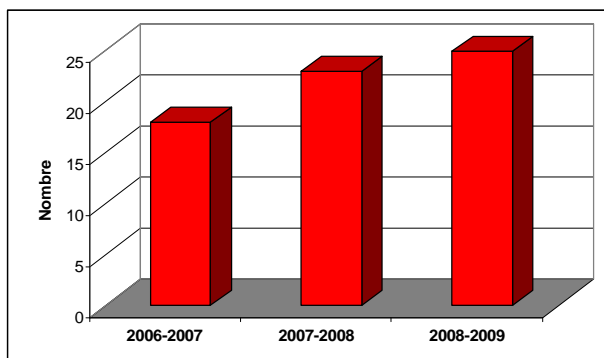


Figure 3 Nombre de nouveaux projets de recherche évalués par le comité de convenance institutionnelle

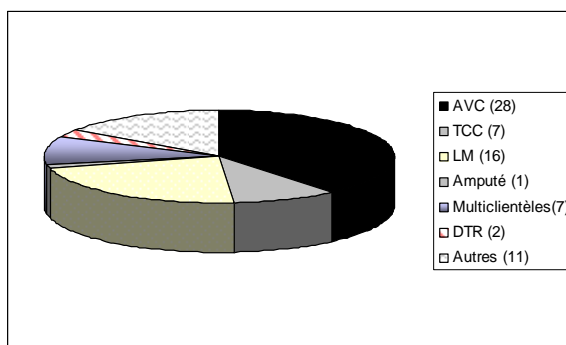


Figure 4 Nombre de projets de recherche actifs en fonction des clientèles 2008-2009

Les cliniciens et étudiants ont publié un nombre impressionnant d'articles tant dans des revues scientifiques que professionnelles ; ils ont également assuré un rayonnement de l'IRGLM au niveau international dans le cadre de formations et de conférences. Ainsi, le directeur de la recherche a permis d'établir des liens étroits avec différentes universités en Europe, en Amérique du Sud et aux États-Unis. Une entente a d'ailleurs été signée entre l'Université du Québec à Montréal (UQAM), l'université d'attache du directeur, et le Northwestern University à Chicago. Cette entente permettra la réalisation de projets de recherche conjoints - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et Chicago Rehabilitation Institute. Une autre entente, cette fois avec l'Université de Lyon, permettra une collaboration privilégiée avec le tandem CNRS – Inserm (Centre National de la Recherche Scientifique – Institut national de la santé et de la recherche médicale) pour la recherche biomédicale.

Quant à la coordination de la recherche clinique, la coordonnatrice recherche-clinique continue à soutenir les équipes cliniques souhaitant démarrer des projets de recherche, participer au transfert des connaissances ou s'impliquer dans des projets dirigés par les chercheurs de l'IRGLM.

Des fluctuations sont également à prévoir dans le futur, puisque les baccalauréats en physiothérapie et ergothérapie sont maintenant remplacés par des maîtrises professionnelles pour les étudiants inscrits dans les universités du Québec.

2.3.3 Formation et enseignement

Un volet important de la mission de l'IRGLM, en tant que Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU) porte sur l'enseignement et l'assurance d'une relève tant au niveau médical que paramédical.

Au cours de l'exercice 2008-2009, l'IRGLM a accueilli 561 stagiaires de niveau universitaires, soit une augmentation, lorsque comparée aux données des années antérieures pour chacun des pavillons de l'IRGLM. De plus, 136 étudiants du niveau collégial ont effectué un stage à l'IRGLM.

Les chercheurs contribuent de façon significative à ce volet en assurant depuis plusieurs années, la formation d'étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat, stages post-doctoraux) ainsi que la supervision de stagiaires de recherche. Les chercheurs affiliés à l'IRGLM ont dirigé 68 étudiants au cours de l'année 2007-2008 et ce nombre a augmenté à 82 pour l'année 2008-2009.

Le nombre d'étudiants en recherche fluctue d'une année à l'autre mais une nette augmentation du nombre d'étudiants au niveau doctorat est observée.

3. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Orientations stratégiques et priorités d'action

La démarche de mise en œuvre de la fusion a évolué vers un objectif complémentaire de positionnement stratégique. Le conseil d'administration de l'IRGLM a adopté le plan de mise en œuvre de la fusion le 15 décembre 2008, incluant un processus de consultation à différents niveaux de l'organisation. Les gestionnaires, accompagnés d'un consultant agissant comme personne ressource, ont procédé à l'analyse de l'environnement, proposer des éléments de vision, de valeurs organisationnelles et de principes de gestion. D'autre part, six Chantiers recevaient le mandat de dresser les constats leur permettant de proposer des orientations propres à leurs champs d'activités, des scénarios de réorganisation visant à assurer harmonisation et intégration des pratiques et des activités, d'identifier les changements inhérents, les résultats recherchés et les actions à entreprendre. Les six Chantiers avaient pour thèmes:

- Les services cliniques
- Le volet académique (recherche, enseignement et évaluation des technologies)
- Les ressources humaines
- Les ressources financières et matérielles
- Les ressources informationnelles
- La direction des technologies de réadaptation.

Chacun des Chantiers avait un mandat spécifique qui était, en termes de résultats, de déterminer les grandes actions à entreprendre et de proposer des recommandations sur des décisions à mettre en œuvre. L'assemblée des gestionnaires, à la suite des travaux des Chantiers, a retenu dix-huit projets de fusion et dix-neuf actions prioritaires qui constituent le « portefeuille » de projets et d'actions prioritaires :

1. Programmation de l'offre de services pour la clientèle Traumatismes cérébraux-crâniens
2. Programmation de l'offre de services pour la clientèle Lésion médullaire
3. Programmation de l'offre de services pour la clientèle Accident vasculaire cérébral
4. Programmation de l'offre de services pour la clientèle Amputés
5. Programmation de l'offre de services pour la clientèle Musculo-squelettique
6. Place de la recherche dans les groupes clientèles
7. Positionnement de l'enseignement et son infrastructure
8. Mandat de l'évaluation des technologies, sa structure et les ressources nécessaires
9. Modèle de gestion des ressources humaines
10. Plan d'attraction et de rétention du personnel
11. Soutien aux cadres et personnels dans les changements
12. Approche client-fournisseur : finance/comptabilité, approvisionnements, services techniques
13. Révision des règles de prévention des infections et de leur application dans les deux pavillons
14. Révision des modes de fonctionnement en matière de sécurité
15. Plan de communications et de relations publiques
16. Plan de gestion de l'information
17. Plan directeur des systèmes d'information
18. Plan d'affaires de la DTR

Un responsable a été nommé pour chacun des projets ainsi qu'un directeur parrain. Les responsables de projet bénéficieront d'une formation d'appoint en matière de gestion de projet et verront par la suite à piloter des groupes de travail sur des sujets précis.

3.2 Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus

3.2.1 Entente de gestion

Comme par les années passées, l'établissement a signé une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour 2008-2009. Les engagements contractés en 2008-2009 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, l'administration et le soutien aux services, la gestion des bâtiments. 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.

L'IRGLM s'est engagé à diminuer, en 2008-2009, son ratio d'heures utilisées en assurance-salaire sur l'ensemble des heures travaillées, la cible fixée étant un ratio de 4.78 %. L'IRGLM a dépassé la cible visée de 13%; son ratio heures en assurance-maladie par rapport aux heures travaillées n'étant que 4.18% pour l'exercice 2008-2009.

Dans le cadre d'un Projet national de santé publique, le programme déterminant le nombre d'infirmières affectées à la prévention des infections nosocomiales fixait un ratio de 1 ETC pour 160 lits. L'IRGLM a rehaussé cette année les ressources infirmières dédiées à la prévention et au contrôle des infections pour atteindre un niveau de 1 ETC.

En ce qui concerne le *Dossier zone grise*, un inventaire complet de tous les équipements de soins et fournitures a été complété pour l'ensemble de l'IRGLM et l'entrée des données qui en découle est présentement en cours d'inscription dans un répertoire informatique.

L'IRGLM a aussi mis à jour son plan de lutte contre une pandémie d'influenza après avoir intégré le Plan de chacun des pavillons de l'IRGLM.

Finalement, l'IRGLM s'engage à atteindre l'équilibre budgétaire ou la cible déficitaire maximale conformément à l'application des circulaires relatives à la planification budgétaire; à l'exécution du budget et à la politique d'emprunts reliée au fonds d'exploitation.

Le niveau de dépense autorisé à l'Hôpital de réadaptation Lindsay (pavillon Lindsay de IRGLM) s'établit à 15 041 599 \$. Le financement de cette dépense sera assuré par des crédits budgétaires (enveloppe initiale au net) de 13 728 594 \$, des revenus évalués à 1 313 005 \$ portant l'enveloppe initiale de crédits bruts à 15 041 599 \$.

Pour l'Institut de réadaptation de Montréal (pavillon Gingras de IRGLM), le niveau de dépense autorisé s'établit à 18 086 965 \$. Le financement de cette dépense sera assuré par des crédits budgétaires (enveloppe initiale au net) de 13 104 395 \$, des revenus évalués à la somme de 4 982 570 \$ portant l'enveloppe initiale de crédits bruts à 18 086 965 \$.

3.2.2 Agrément

Les suites apportées aux recommandations, faites par Agrément Canada à chacun des établissements d'avant fusion, ont fait l'objet d'actions distinctes dans l'un et l'autre des pavillons, la nouvelle organisation n'ayant pas encore fait la démarche en vue de l'obtention de l'agrément de ses soins et services.

Au pavillon Lindsay, on a procédé à la production d'un rapport de suivi des recommandations de la visite de 2005. Ce rapport a été transmis à Agrément Canada en novembre 2008.

Au pavillon Gingras, à la suite des recommandations de la visite de 2007, un rapport de suivi «6 mois» a été complété portant sur le « Bilan comparatif des médicaments» , et sur l'entretien préventif du parc de fauteuils roulants, ainsi qu'un rapport de suivi «12 mois» relativement au plan de gestion de l'information. Ces rapports ont été envoyés à Agrément Canada en mai et novembre 2008.

Les commentaires d'Agrément Canada, à la suite des suivis effectués par les deux pavillons indiquaient, pour le Pavillon Lindsay que le rapport fait preuve de l'engagement envers l'amélioration de la qualité et, pour le Pavillon Gingras, que les progrès réalisés sont satisfaisants et qu'Agrément Canada confirme le maintien de l'agrément du Pavillon Gingras.

L'IRGLM se prépare pour sa prochaine visite d'agrément en septembre 2010

3.2.3 Sécurité des soins et services

Plusieurs actions ont été réalisées en vue de promouvoir de façon continue la sécurité des soins et services dispensés par l'IRGLM, dont des mesures incitant à la déclaration des incidents/accidents.

- Des formations ont eu lieu en vue de l'utilisation du formulaire AH-223 CSSS-1, CSSS-2 et CSSS-3.
- Le système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS) a été implanté.
- La saisie des données des rapports de déclaration dans le SISSS a été centralisée.
- Un support a été offert aux employés, gestionnaires et médecins pour la complétion de rapports, le suivi, l'analyse et la divulgation lors d'événements indésirables.
- Un suivi trimestriel des statistiques concernant les rapports de déclaration avec les directeurs et les gestionnaires a été fait.

En ce qui concerne, l'application annuelle des mesures de contrôle des usagers, l'IRGLM a procédé à la préparation d'une formation sur la nouvelle politique et la procédure concernant les contentions. Cette formation est prévue pour avril ou mai 2009 et s'adresse à tous les professionnels.

Il n'y a pas eu de recommandation du coroner.

3.2.4 Examen des plaintes et promotion des droits

Dans l'attente de la mise en ligne d'un site internet pour le nouvel établissement, le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur demande auprès du bureau de la direction générale.

4. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 Membres du conseil d'administration

M. Philippe Béland
Mme Michèle Comtois
M. Ronald Dahms, président
M. Édouard Darche, trésorier
Me Étienne Dubreuil
Me Catherine Duff-Caron
M. Louis Duhamel
Dr. Sylvie Houde
M. Fernand Lafleur, secrétaire
M. Armand Trahan
Mme Sophie Brochu
M. Lorne Hindle, vice-président
M. Richard Letarte
M. Yvon Tessier

4.2 Comité de vigilance et Comité des usagers

Le comité des usagers ainsi que le comité de vigilance ont été dissous en raison du processus de restructuration dû à la fusion. Ils seront reconstitués pour le prochain exercice.

4.3 Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Membres du CMDM :

Dr Christine Fournier, présidente
Dr Jacques Nadeau, vice-président
Dr Denis Duranleau, secrétaire-trésorier
Dr Michel Nadeau, conseiller
M. Claude De Denus, conseiller
Dr Jean Fleury, conseiller

4.4 Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Membres du CECII transitoire :

Marie-Claude Duval, inf. clinicienne, présidente
Marie Poirier, infirmière, vice-présidente
Marie-Ève Labrie, infirmière clinicienne, secrétaire
Lyne Côté, infirmière clinicienne, officier
Andrew Mejaries, infirmier, officier
Sylvain Bernard, infirmier, officier
Steve Durand, infirmier auxiliaire et président du CIIA
Daniel Rondeau, infirmier auxiliaire, représentant du CIIA
M. Bernard a démissionné en avril 2009 et fût remplacé par Salem Tiffoun, infirmier.

Étant donné la fusion des deux établissements, les CII respectifs furent dissous en 2008. La première réunion du CECII transitoire a eu lieu le 15 janvier 2009, il est constitué de 6 infirmières de 2 infirmières auxiliaires prises à part égale parmi les membres déjà élus des 2 pavillons.

Le CECII transitoire a été appelé à travailler sur différents dossiers :

- Après avoir été consulté, le comité a envoyé ses réflexions et recommandations aux responsables de la plupart des chantiers mentionnés au point 4.1.
- Avis sur le programme de soutien clinique volet préceptorat.
- Avis sur le règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident.
- Mme Marie-Ève Labrie a été nommée pour siéger au comité d'éthique.
- Élaboration des nouveaux règlements sur la régie interne du CII à l'IRGLM.

Les nouveaux règlements du CII y ont été approuvés le 18 juin lors de l'assemblée générale et une date d'élection a été proposée soit le 24 septembre 2009.

4.5 Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Membres du CECM transitoire :

Susan Crabb, Présidente, Pavillon Lindsay
Mary Lattas, Vice-présidente, Pavillon Lindsay
Isabelle Robidoux, Secrétaire, Pavillon Gingras
Kateri Leclair, DSR, Pavillon Gingras
Vincent Tam, DSR, Pavillon Lindsay
Yves Benoit, Directeur Général, IRGLM

L'exécutif du conseil multidisciplinaire de l'IRGLM, formé par les membres des exécutifs des conseils multidisciplinaires de l'IRM et de l'hôpital Lindsay, s'est réuni pour la première fois en janvier 2009. Ces membres intérimaires se sont ensuite réunis une fois par mois et ont identifié les dossiers prioritaires suivants : le positionnement stratégique, la mise en œuvre de la fusion, l'Agrément et la révision/l'harmonisation des règlements internes du conseil multidisciplinaire. Les élections sont prévues pour l'automne 2009.

4.6 Comité de gestion des risques

4.6.1 Principaux risques d'incidents / accidents

Une session de sensibilisation au sujet de l'importance de la divulgation a aussi été offerte à tous les médecins et les professionnels du pavillon en vue d'améliorer la qualité des soins et services envers nos patients et leur famille. Ces formations, organisées en début de l'année financière, ont porté fruit car le nombre d'événements déclarés est passé de 319 pour l'année 2007-2008 à 528 pour l'année 2008-2009 (pour le pavillon Lindsay), une augmentation de 165%.

Toujours dans l'esprit d'amélioration continue de la qualité, l'organisation a pris la décision de déclarer tous les accidents et incidents. En outre, 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 nous indiquent que, pour l'année 2008-2009, 529 rapports de déclarations ont été produits pour le pavillon Lindsay, dont 286 d'incidents et 244 accidents. Des 244 accidents, 161 étaient de niveau de gravité D, soit 102 accidents sans conséquences et 60 avec conséquences mineures et un avec une fracture au poignet.

Pour le pavillon Gingras, 429 rapports ont été produits, dont 253 rapports d'incidents et 176 rapports d'accidents. 123 accidents de gravité D ont été répertoriés, mais aucun n'ayant eu des conséquences majeures.

4.6.2 Infections nosocomiales

Pour les types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique et les principaux résultats de cette surveillance sont indiqués dans les tableaux à l'annexe 2.

4.6.3 Recommandations et suivis

Au Pavillon Gingras, les recommandations et les suivis concernent principalement le nombre d'erreurs de médicaments. L'analyse révèle que les problématiques prioritaires concernent les omissions qui sont de deux types : les omissions de signature et les omissions de médicaments. L'approche a ainsi consisté en l'intensification du suivi post-erreur, soit par des rencontres des assistantes jour-soir-nuit pour s'assurer de leur collaboration au processus et ce, dans un délai de 24 heures, soit par la mise en place de procédures et d'outils (casiers) de communication pour un suivi 24 heures post-incident/accident sur chaque unité.

Par la suite, des suivis post-événements ont été effectués par les assistantes, les conseillères, les gestionnaire et les DSI, et ce, dans des délais de 24, 36, 48 et 72 heures respectivement. Le rôle des assistantes et conseillères était de documenter les événements, d'analyser l'environnement et les causes et de sécuriser le processus d'administration des médicaments.

Après analyses, le premier facteur d'erreur identifié est l'interruption des tâches des infirmières. Il importe de mentionner qu'une étude doctorale multicentre faisait état du même facteur.

De plus, en regard du *Circuit du médicament* :

- 1- Une analyse des pratiques dans le circuit des médicaments a été faite et les « bonnes pratiques » ont été déterminées

- 2- Une analyse des écarts a été réalisée-> formation de toutes les infirmières et infirmières auxiliaires portant sur les écarts et les bonnes pratiques à mettre en place ou à consolider
- 3- La mesure des résultats en cours en vue de cibler les bonnes pratiques qui ne sont pas consolidées
- 4- Une relance sera entreprise afin de poursuivre les objectifs de meilleures pratiques

Au Pavillon Lindsay, un programme de gestion des chutes a été mis sur pied en vue d'une réduction de leur nombre. Ce programme intègre un projet pilote utilisant une échelle d'évaluation du risque de chute des patients admis au pavillon Lindsay de l'IRGLM : « *L'échelle de chute Lindsay* ».

Pour les deux pavillons, plusieurs actions ont été prises relativement à la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales :

- Embauche d'une conseillère aux soins dédiée à la prévention et au contrôle des infections à raison de 1 ETC.
- Suivi hebdomadaire des patients en isolement
- Formation sur les précautions de base aux personnels cliniques
- Révision des politiques et procédures concernant la prévention et le contrôle des infections
- Gestion d'une éclosion de C-Difficile en août 2008

5. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

RÉSULTATS SOMMAIRES

Fonds d'exploitation - activités principales
pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

REVENUS	
Agence et MSSS	29 817 446 \$
Usagers	5 641 570
Ventes de services	158 686
Recouvrements	245 042
Autres revenus	154 860
Donations	74 860
	<u>36 092 464</u>
CHARGES	
Salaires	21 324 623
Avantages sociaux	5 757 090
Charges sociales	2 855 960
Médicaments	518 153
Fournitures médicales et chirurgicales	409 034
Denrées alimentaires	705 861
Créances douteuses	10 204
Variation provision pour vacances, congés de maladie, fériés, mobiles et rétention	122 945
Intérêts sur emprunts	13 761
Entretien et réparations	663 212
Autres dépenses	3 729 012
	<u>36 109 855</u>
Excédent des charges sur les revenus des activités principales	<u>-17 391</u>
Contributions provenant du fonds d'immobilisations pour maintien d'actifs	46 269
Contributions affectées au fonds d'immobilisations - autres	-190 288
Contributions affectées au fonds d'immobilisations - projets autofinancés	-21 421
Excédent des charges sur les revenus des activités principales après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	<u><u>-182 831 \$</u></u>

BILAN

Fonds d'exploitation au 31 mars 2009

	2009	2008
ACTIF		
Actif à court terme		
Encaisse	445 616 \$	503 631 \$
Débiteurs- Agence et MSSS	560 995	448 221
Débiteurs- Contribution des usagers	5 308 831	5 000 048
Autres débiteurs	483 809	602 414
Stocks	1 295 067	1 258 732
Créances interfonds		207 381
Charges payées d'avance	80 911	225 969
Intérêts courus	371	5 468
Total de l'actif à court terme	8 175 600	8 251 864
Subvention à recevoir- Réforme comptable	3 519 951	
Congé à traitement différé	117 309	250 274
Total de l'actif	11 812 860 \$	8 502 138 \$
PASSIF		
Passif à court terme		
Emprunt bancaire et découvert bancaire		1 140 000
Autres créditeurs	5 610 437	4 666 452
Provision pour vacances, congés de maladie, fériés, mobiles et rétention	3 590 085	
Dettes interfonds	564 745	726 730
Revenus reportés- Activités principales	345 491	
Revenus reportés- Activités accessoires-projets	549 032	736 630
Avances RAMQ- SAAQ	1 350 327	1 381 221
Total du passif	12 010 117	8 651 033
SOLDE DE FONDS		
Solde de fonds	-197 257	-148 895
Total du passif et du solde de fonds	11 812 860 \$	8 502 138 \$

6. 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 prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
3. Le président ou le vice-président peut désigner 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 déchues de charge.

ANNEXE 1 – RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Nom de l'établissement Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	Code 1104-4740	Page 120-00
--	-------------------	----------------

Rapport du vérificateur externe
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

exercice terminé le 31 mars 2009

Aux membres du conseil d'administration de
l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés au plan détaillé du rapport financier annuel de L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2009, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 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 de l'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 du 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 à l'exception de ce qui est mentionné au commentaire 2 à l'annexe au rapport du vérificateur;

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;
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;

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.

ANNEXE 1 – RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Nom de l'établissement	Code	Page
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	1104-4740	123-01

Rapport du vérificateur externe exercice terminé le 31 mars 2009

À l'exception des éléments mentionnés à l'annexe au rapport du vérificateur, le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2009 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

Jean-Luc Ostiguy, C.A. auditeur

Nom du
Vérificateur Samson, Bélair/Deloitte & Touche s.e.n.c.r.l.

Adresse : 1, Place Ville-Marie, bureau 3000
Montréal, Qc
H3B 4T9

Samson Bélair / Deloitte & Touche s.e.n.c.r.l.
Le vérificateur

éléphone 514-393-7022
élocopieur 514-390-4116 Date Le 11 juin 2009

ANNEXE 2 - INFECTIONS NOSOCOMIALES

MOIS	DÉCLARÉE	sites infection / ontamination						agents étiologiques											isolé	nosocomiale							
		vessie	enter	sang	peau muq	pulm	site chirurgie	Acinetobacter baumannii	Citrobacter freundii	Clostridium dif	E. coli	Enterococcus faecalis	Entérobacter aerogenes /streptococcus B	ERV	BLSE	Pseudomonas aeru	Klebsiella pneumo	Klebsiella oxytoca			Proteus mirabilis	SARM					
août 08	08-08-08	1															1									1	1
	18-08-08	1														1										1	
	27-08-08	1								1																1	1
										1																1	
sept 08	19-09-08	1																									
	21-09-08	1								1																	1
	24-09-08	1															1									1	
	26-09-08	1								1																1	1
	21-09-08	1										1					1									1	
										1	1															1	
oct 08	15-10-08	1																									
	10-10-08																1									1	1
	17-10-08	1	1							1																1	1
	01-10-08	1								1																1	
										1																1	1

ANNEXE 2 - INFECTIONS NOSOCOMIALES

PAVILLON LINDSAY
Infections nosocomiales 2008-2009

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Cumulatif
2008-2009															
	CDIFF	3	3	3	0	6	0	0	1	2	1	1	1	2	23
	Lié HRL	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	Non-lié HRL	2	3	2	0	4	0	0	1	2	1	1	1	1	18
	(Non catégorisés)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	ERV	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0	5
	Lié HRL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Non-lié HRL	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4
	Infection de plaie	8	4	4	4	7	8	8	9	6	6	6	8	7	85
	Lié HRL	0	1	0	1	3	1	2	1	1	3	3	1	2	19
	Non-lié HRL	7	3	3	3	4	6	6	8	3	3	3	5	4	58
	(Non catégorisés)	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	2	1	8
	Infection urinaire	10	11	9	9	19	12	16	9	13	6	7	11	4	136
	Lié HRL	0	0	1	2	5	6	5	2	5	2	4	7	3	42
	Non-lié HRL	10	10	8	7	13	6	9	4	8	2	3	4	0	84
	(Non catégorisés)	0	1	0	0	1	0	2	3	0	2	0	0	1	10
	SARM	6	10	8	5	6	5	6	4	5	6	3	1	0	65
	Lié HRL	0	1	2	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	8
	Non-lié HRL	5	9	6	4	6	5	2	3	4	6	3	1	0	54
	(Non catégorisés)	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3