

Rapport annuel 2014-2015

Installation Hôpital
Maisonneuve-Rosemont

Table des matières

Déclaration de fiabilité	3	Conseil et comités du conseil au 31 mars 2015	29
Rapport de la direction	3	Conseil d'administration	29
Présentation de l'établissement	4	Comité de gouvernance et d'éthique	30
Mission, vision, valeurs.....	4	Comité de révision du traitement des plaintes	30
Structure de l'organisation au 31 mars 2015	4	Comité de vérification	30
Orientations stratégiques	6	Comité des affaires financières et matérielles.....	30
Résultats obtenus par rapport aux		Comité de vigilance et de la qualité	31
objectifs prévus au plan stratégique 2011-2015.....	6	Comité de gestion et de la qualité des risques.....	31
Activités de l'établissement	13	Comité des usagers.....	32
Description des services offerts.....	13	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	33
Descriptions des programmes-clientèles		Conseil multidisciplinaire.....	33
et diagnostiques.....	13	Conseil des infirmières et des infirmiers.....	33
Programme-clientèle de chirurgie	13	Comité d'éthique de la recherche	34
Programme-clientèle de médecine	14	Ressources humaines	36
Programme-clientèle d'ophtalmologie	14	États des résultats et analyses des résultats	36
Programme-clientèle d'oncologie.....	15	Analyse des principales variations dans	
Programme-clientèle de médecine familiale et gériatrie	17	les revenus et les charges des activités principales	37
Programme-clientèle de l'urgence.....	17	Principales variations dans les revenus et les	
Programme-clientèle de la santé de la femme et de l'enfant	18	charges des activités principales.....	37
Programme-clientèle de santé mentale	19	Code d'éthique et de déontologie	
Programme-diagnostique de biologie médicale	20	des administrateurs	37
Programme-diagnostique d'imagerie médicale	21	Disposition générale.....	37
Enseignement et recherche	22	Devoirs et obligations.....	37
Enseignement.....	22	devoirs spécifiques	37
Recherche.....	23	Annexe 1 –	
Centre d'excellence en soins infirmiers.....	24	Résultats et cibles concernant l'entente de gestion	40
Principales modifications apportées durant l'exercice...	25	Annexe 2 – Rapport de l'auditeur	44
Résultats obtenus – exercice 2014-2015	25	Annexe 3 – Extraits du rapport financier annuel	46
Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité	25	Annexe 4 – Statistiques hospitalières 2014-2015 ...	77
Cycle quadriennal 2012-2016 d'Agrément Canada	26	Annexe 5 – Contrats de service	78
Sécurité des soins et des services	27		
Déclarations des incidents et accidents.....	27		
Chute	27		
Médicaments.....	27		
Divulgaration des accidents.....	27		
Registre national des incidents et accidents survenus			
lors de la prestation de soins de santé et de services.....	27		
Mesure de contrôle des usagers	28		
Recommandations du coroner	28		
Examen des plaintes et promotion des droits.....	28		

Le rapport annuel de gestion 2014-2015 de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est une production de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il est disponible à la section Publications du site www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca.

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Déclaration de fiabilité

À titre de président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.



Le président-directeur général,
Yvan Gendron

Rapport de la direction

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

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

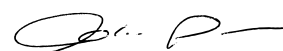
La direction du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

La loi prévoit que le conseil d'administration doit approuver les états financiers de l'établissement suite à l'examen et la recommandation de son comité de vérification. Or, dans le contexte

de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, (ci-après «Loi sur la réorganisation»), le conseil d'administration ainsi que ses comités ont été dissous. Depuis la fusion de l'établissement au 1er avril 2015, aucun membre indépendant du nouveau conseil d'administration n'a été nommé. Considérant ce qui précède, c'est le président-directeur général qui, en vertu de l'article 195 de la Loi sur la réorganisation, exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres indépendants du conseil soient nommés. Les états financiers ont donc été approuvés par le président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal après avoir été audités par la firme Deloitte dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Le rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le président-directeur général pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Yvan Gendron
Président-directeur général



Céline Morin
Directrice générale adjointe finances, soutien, administration et performance et directrice des ressources financières

Présentation de l'établissement

Mission, vision, valeurs

Notre mission

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

Notre vision

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

Pour réaliser sa vision, l'HMR entend :

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

Nos valeurs

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

Structure de l'organisation au 31 mars 2015

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

Comité de direction au 31 mars 2015

Manon BOILY, présidente

Directrice générale

Réjean BILODEAU

Directeur des ressources financières, technologiques et informationnelles

D^r Alain BONNARDEAUX

Directeur de l'enseignement

Louise CHÂTEAUVERT

Directrice générale adjointe par intérim

Jean-Philippe FERLAND

Directeur des ressources humaines

Pierre FONTAINE

Directeur adjoint de la recherche

Marie-Claude GRONDIN

Directrice des services techniques

Claudiel GUILLEMETTE

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

Steve LAVOIE

Directeur adjoint des ressources financières, technologiques et informationnelles

D^{re} Martine LEBLANC

Directrice des services professionnels et des affaires médicales par intérim

Guylaine MARQUIS

Directrice adjointe aux programmes-clients par intérim

Sylvie MARTEL

Directrice des services multidisciplinaires par intérim

Sylvia PROVOST

Directrice des communications, des affaires publiques et du développement

D^r Denis-Claude ROY

Directeur de la recherche

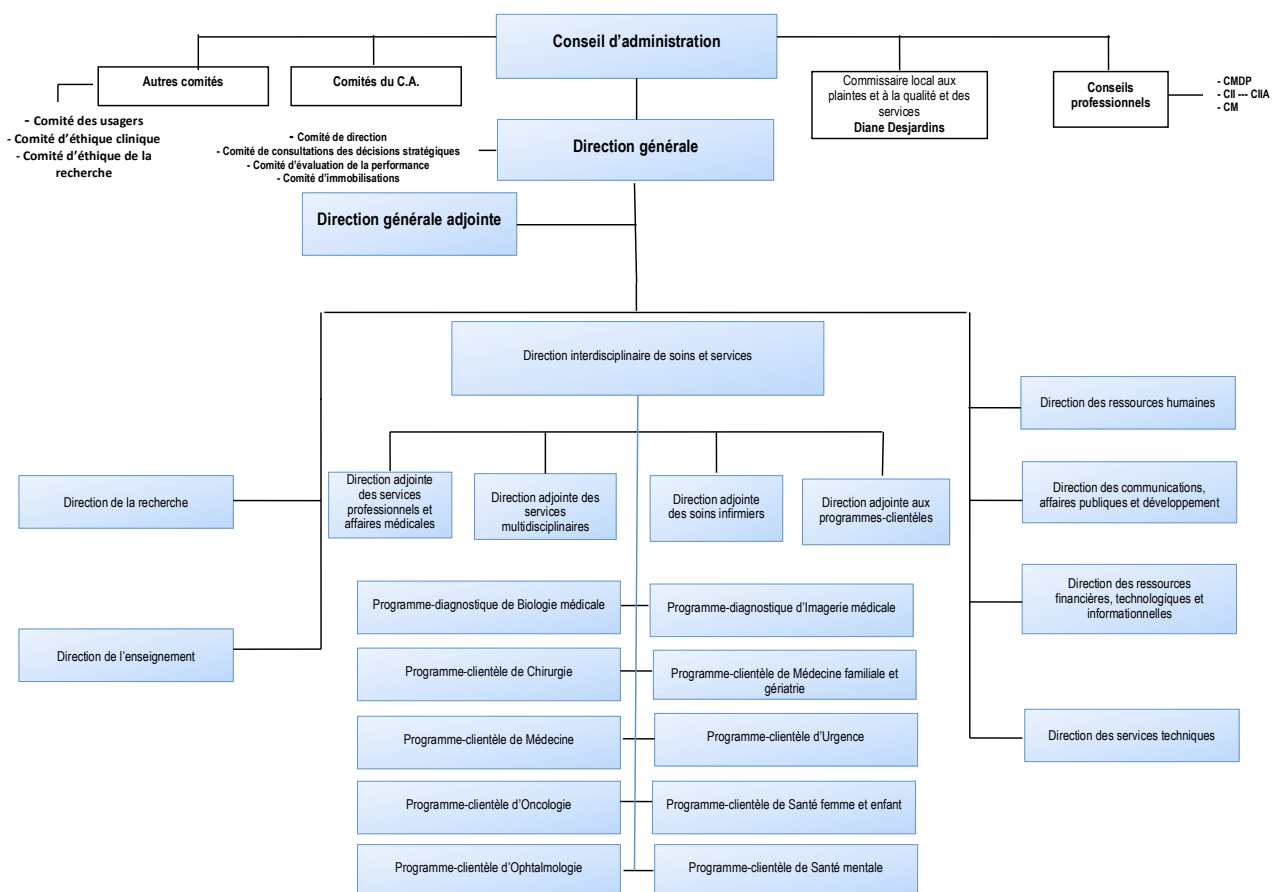
Guylaine TREMBLAY

Directrice adjointe de l'enseignement

Chefs des programmes-clientèles et des programmes-diagnostiques

Programmes	Chefs médicaux	Chefs clinico-administratifs
Biologie médicale	D ^r Lambert BUSQUE	Chantal BARON
Chirurgie	D ^{re} Françoise HEYEN	Lucie BOLDUC (par intérim)
Imagerie médicale	D ^r Michel DUBÉ	Guylaine BOUCHARD
Médecine	D ^r Jean-François TREMBLAY	Marie-Hélène CARBONNEAU
Médecine familiale et gériatrie	D ^{re} Marie-Claude LEFEBVRE	Karine ROY
Oncologie	D ^{re} Julie BEAUDET	Louise COMPAGNA
Ophthalmologie	D ^{re} Isabelle HARDY	Nathalie BEAUDOIN
Santé de la femme et de l'enfant	D ^r Charles HAMAOUI	Francine BELISLE
Santé mentale	D ^r Daniel ST-LAURENT	Sylvie SOULIÈRE
Urgence	D ^r Éric GAGNON	Luce GAGNON

Organigramme général



Orientations stratégiques

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

L'HMR s'est donné pour mission d'offrir des soins de qualité à ses patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche. La vision de l'HMR est celle d'un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence. Les priorités organisationnelles 2014-2015 s'articulent autour de huit grands enjeux du plan stratégique sur lesquels les équipes de soins, d'enseignement et de recherche, ainsi que le personnel des directions de soutien de l'HMR, s'affairent afin de créer une réelle différence dans la vie de milliers de patients. Voici les principaux résultats obtenus en regard des priorités organisationnelles 2014-2015. Les objectifs présentés dans ce rapport sont ceux dont l'action s'avérait obligatoire en vertu de la réglementation ou ceux considérés comme prioritaires pour l'organisation.

ENJEU 1 – L'ÉQUILIBRE ENTRE LA MISSION LOCALE ET LA MISSION RÉGIONALE, SUPRARÉGIONALE ET UNIVERSITAIRE

Orientation stratégique 1.1 – Revoir l'offre de services et les pratiques cliniques

Objectifs	Réalisations
Poursuivre le développement des continuums de services avec les CSSS pour les clientèles ciblées.	<p>PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmonisation des activités d'enseignement post-natal de l'HMR avec l'enseignement périnatal des CSSS du Pôle 1; • Mise en place des mécanismes d'accès pour la clientèle pédiatrique (pédiatrie générale, pneumologie et endocrinologie) en collaboration avec les CSSS partenaires de l'Est de Montréal. <p>CANCER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des guichets d'accueil et investigation pour le cancer du poumon en voie d'être complétées. <p>SANTÉ MENTALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des démarches afin de réaliser le transfert de la clientèle de première ligne aux CSSS; • Maintien du statut universitaire et transfert de l'équipe SIM au CSSS Lucille-Teasdale. <p>PERSONNES ÂGÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérage de la clientèle de 75 ans et plus et suivi auprès du CSSS d'appartenance par un envoi quotidien de la liste des patients âgés de 75 ans et plus inscrits à l'urgence dans le dernier 24 h; • Poursuite de l'intégration des signes vitaux AINÉES dans les outils cliniques et dans les activités de formation. <p>URGENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien des corridors de services avec les cliniques-réseau : 27 % des P4-P5 sont réorientés vers les cliniques-réseau.
Poursuivre la réalisation du Centre d'excellence en santé de la vision.	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des équipes interdisciplinaires dans les spécialités; • Reconnaissance du Centre universitaire en ophtalmologie de l'HMR par l'Université de Montréal. L'entente a été approuvée par le conseil d'administration le 24 février 2015 et envoyée à l'UdeM. En attente d'un retour.

Poursuivre la consolidation de l'axe d'excellence en greffes de cellules hématopoïétiques.

- Fonctionnement du Centre d'excellence en thérapie cellulaire : achèvement de sa construction et mise en activité à 100 % ;
- Activités du Laboratoire de thérapie cellulaire transférées et opérationnelles.

Orientation stratégique 1.2 – Adapter nos modes d'interventions et nos pratiques cliniques aux besoins de la clientèle vieillissante

Objectif	Réalisations
Déployer, sur l'ensemble des unités de soins, les interventions visant à prévenir la détérioration de la condition des personnes âgées durant leur séjour hospitalier.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation des composantes de soutien à l'implantation, de gouvernance clinique, de formation et d'activités de coaching et d'évaluation de la qualité pour l'ensemble des unités incluant l'urgence; • Dépistage de la clientèle à risque à l'Urgence à l'aide de l'outil AI-NÉES afin d'éviter le déclin fonctionnel.

Orientation stratégique 1.3 – Planifier le projet de Centre intégré de cancérologie

Objectif	Réalisations
Proposer un projet pour l'ensemble des activités d'oncologie, telles qu'elles ont été définies au plan clinique en novembre 2010, en vue de leur localisation dans le futur Centre intégré de cancérologie de l'HMR.	<ul style="list-style-type: none"> • Programmation clinique et scientifique du Centre intégré de cancérologie est présentement en cours d'élaboration.

Orientation stratégique 1.4 – Assurer les effectifs médicaux suffisants pour répondre aux besoins

Objectif	Réalisations
Augmenter le nombre de postes de médecins à notre plan d'effectifs local.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan PREM 2015 en attente du plan régional.

Orientation stratégique 1.5 – Faire adopter le plan clinique afin de répondre aux besoins actuels et futurs de la clientèle

Objectif	Réalisations
Mettre à jour le plan clinique de l'HMR et le présenter aux instances régionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption du plan clinique au C.A. de l'Agence le 23 septembre 2014.

ENJEU 2 – LE LEADERSHIP EN ENSEIGNEMENT AU SEIN DU RÉSEAU UNIVERSITAIRE

Orientation stratégique 2.1 – Consolider notre position de leader au sein du réseau universitaire

Objectifs	Réalisations
Assurer une présence optimale de l'HMR aux activités du RUIS et de l'Université de Montréal.	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux travaux des six comités stratégiques du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal; • Participation au développement d'un nouveau portail en oncologie mis en ligne le 17 décembre 2014.
Développer nos infrastructures d'enseignement et de formation du personnel et planifier leur intégration dans un Centre du Savoir.	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des infrastructures d'enseignement dans les nouveaux locaux de l'UMF. Déménagement à l'été 2014.

Orientation stratégique 2.2 – Accentuer le développement de nos activités d'enseignement

Objectifs	Réalisations
Développer la capacité d'attraction de l'HMR comme milieu de stage pour toutes les disciplines des sciences de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation des différents programmes de bourses (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil des infirmières et infirmiers, Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services) a permis d'accroître le nombre de candidats.

Mettre en place des structures et des activités d'enseignement visant le développement des pratiques collaboratives.	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux initiatives d'enseignement aux patients par la production de brochures, le soutien des bibliothécaires aux classes d'enseignement; • Promotion du Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches auprès des usagers ainsi qu'auprès des médecins, des infirmières et des professionnels.
--	---

ENJEU 3 – L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Orientation stratégique 3.1 – Offrir des conditions de travail et des pratiques attractives et valorisantes

Objectifs	Réalisations
Augmenter le nombre de cadres et d'employés pour pourvoir les postes disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan de recrutement; • Gestionnaires outillés sur la gestion de la présence au travail par la formation transmise dans le cadre du PDRH; • Mise en place d'un programme d'accès à l'égalité en emploi.
Continuer de réduire le nombre d'heures supplémentaires chez les infirmières.	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du taux des heures supplémentaires chez les infirmières à 6,07 %, la cible attendue de 6,49 %.
Améliorer la rétention chez le personnel.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du programme « Bien au travail » avec propositions. Mise en place de cinq groupes de travail. Six projets ont été retenus dont le projet vélo BIXI qui a été réalisé à l'été 2014.
Réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan d'action en regard de la main-d'œuvre 2014-2016 permettant de réduire la main-d'œuvre indépendante chez les infirmières.

Orientation 3.2 – Assurer la relève tant chez les cadres que le personnel

Objectifs	Réalisations
Améliorer les conditions d'exercice et de soutien des cadres.	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du processus d'accueil et l'intégration organisationnelle des nouveaux gestionnaires; • Favoriser les activités de développement pour la Relève-cadre par la création d'un groupe de co-développement.

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

Objectifs	Réalisations
Axer les actions de développement des ressources humaines sur les compétences attendues.	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du programme d'évaluation de la contribution des employés afin de l'arrimer avec la révision du programme des cadres.

ENJEU 4 – LA PERFORMANCE DU CENTRE DE RECHERCHE

Orientation stratégique 4.1 – Assurer le maintien de la reconnaissance du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRSQ)

Objectif	Réalisations
Améliorer la performance du Centre de recherche.	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du taux de succès. Le nombre de subventions obtenues a doublé.

Orientation 4.2 – Planifier la construction du Centre de recherche

Objectif	Réalisations
Produire un programme fonctionnel et technique (PFT).	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt de la demande de financement au Ministère économie, Innovation et exportation le 9 février 2015 (MEIE); • Production du PFT en attente d'autorisation par le MEIE.

Réaliser les plans et devis préliminaires.	• Réalisation des plans et devis préliminaire dès l'autorisation du PFT.
--	--

Orientation 4.3 – Favoriser le développement d'une culture de recherche intrahospitalière

Objectifs	Réalisations
Promouvoir la recherche à l'interne.	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la Semaine de la recherche en juin 2014 sur la thématique du cancer. • Diffusion de neuf communiqués de presse relativement à la recherche envoyés à l'ensemble du personnel et médecins et aux médias. Ces derniers ont généré 15 retombées dans les médias traditionnels et électroniques.
Favoriser le transfert de connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de l'implication de l'HMR dans le développement d'un portail en oncologie.

Orientation 4.4 – Acquérir le financement nécessaire à l'accomplissement du plan de développement

Objectif	Réalisations
Élaborer et adopter un plan stratégique de financement.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt d'un plan de financement détaillant les besoins pour les huit prochaines années (mesure transitoire). Les besoins liés au projet d'agrandissement seront déterminés en fonction du projet final adopté.

ENJEU 5 – LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE

Orientation 5.1 – Assurer à nos clientèles une prestation de soins sécuritaires et de qualité

Objectifs	Réalisations
Bonifier le programme de prévention et contrôle des infections.	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovation des chambres en cours. Unités de soins 6^e CD, 4^e AB et 8^e AB complétées; • Tenue d'une campagne annuelle de vaccination contre l'influenza.
Poursuivre le développement de la culture de qualité et sécurité.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un guide de rédaction des règlements, politiques et procédures; • Mise à jour des politiques et procédures en cours; • Les règlements maîtres tel que le règlement de régie interne ont été mis à jour; • Mise à jour du bilan des pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada.

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

Objectif	Réalisations
Assurer à la clientèle l'accès aux services dans les délais établis par une organisation des services optimisés, en fonction des ressources disponibles, pour créer une offre de services qui répond aux cibles fixées.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du guichet en chirurgie colorectale; • Maintien des zones franches en ophtalmologie à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital Santa Cabrini pour d'autres spécialités; • 100 % des traitements en radio-oncologie sont débutés en moins d'un mois.

ENJEU 6 – Les technologies de l’information et les infrastructures immobilières aux normes actuelles

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

Objectifs	Réalisations
Réaliser le plan maître immobilier (PMI).	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption du PMI par le conseil d’administration; • Recommandation de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) pour l’inscription du PMI au Programme québécois d’infrastructure (PQI); • Autorisation du plan clinique par l’ASSSM et priorisation du pavillon de soins critiques et d’hospitalisation.
Réaliser les projets de réaménagement et de construction convenus.	<ul style="list-style-type: none"> • Construction de la phase 3 du projet d’agrandissement et de modernisation de l’urgence; • Budget de 55 M \$ confirmé pour la dialyse. Autorisation de réaliser les plans et devis en vue de la construction accélérée. Début des plans à la mi-novembre 2014; • Réalisation de la phase 2 du projet d’économie d’énergie. Fin des travaux à l’été 2015.
Consolider l’infrastructure informationnelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation et obtention du financement pour le plan de conversion des systèmes téléphoniques. Appel d’offres lancé, en attente des résultats. • Mise à jour des salles de télécommunication. Appel d’offres publié.

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

Objectif	Réalisations
Réaliser le plan triennal de maintien d’actifs d’équipements médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan triennal adopté par le comité des affaires financières et matérielles et déposé à l’Agence de Montréal; • Tous les projets d’acquisition pour les équipements médicaux sont complétés ou en phase de finalisation; • 89 % des projets sont réalisés pour les deux années, soit 2013-2014 et 2014-2015.

Orientation 6.3 – Accentuer le déploiement des technologies de l’information

Objectif	Réalisations
Mettre à jour le plan directeur informatique et procéder aux acquisitions et aux implantations prévues au plan directeur.	<ul style="list-style-type: none"> • Projets d’infrastructures intégrés au plan triennal des projets et activités en ressources informationnelles réalisés conformément à la planification.

Orientation 6.4 – Améliorer l’accessibilité aux ressources informationnelles, l’intégration, la circulation des données cliniques et la sécurité

Objectif	Réalisations
Assurer la diffusion de l’information de qualité, fiable, pertinente et à jour permettant aux différentes instances d’agir efficacement	<ul style="list-style-type: none"> • Démarrage des projets pilotes d’implantation du dossier clinique informatisé OACIS prévu en juin 2015; • Implantation du projet de numérisation des dossiers médicaux dans les unités pilotes prévu en juin 2015.

ENJEU 7 – UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

Orientation 7.1 – Demeurer une organisation performante dans la gestion de nos ressources

Objectif	Réalisations
Suivre l'évolution de la performance.	<ul style="list-style-type: none">• Poursuite du comité d'audit de la performance;• Développement d'outils de suivi de l'avancement du plan de redressement : présentés et approuvés par le comité de direction.

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

Objectif	Réalisations
Obtenir du financement additionnel permettant d'assumer l'évolution de l'offre de services tout en maintenant notre performance comparative.	<ul style="list-style-type: none">• Plan de retour à l'équilibre réalisé;• Accroissement du volume d'activités augmente la pression financière. Mesures alternatives réalisées malgré les difficultés.

Orientation 7.3 – Renforcer notre programme d'environnement durable

Objectif	Réalisation
Augmenter le nombre d'activités et de mesures liées à un développement durable.	<ul style="list-style-type: none">• Obtention du certificat de réussite du niveau 3 – Building Owners and Managers Association (BOMA).

Orientation 7.4 – Collaborer à l'optimisation de la performance régionale

Objectif	Réalisation
Identifier un projet d'optimisation à portée régionale et collaborer à sa réalisation.	<ul style="list-style-type: none">• Participation au projet de regroupement de la paie. En attente de développement.

ENJEU 8 – UNE COMMUNICATION EFFICACE ET SOUTENUE

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

Objectif	Réalisations
Faire de la communauté de l'HMR des ambassadeurs pour l'institution comme employeur de choix.	<ul style="list-style-type: none">• Poursuite du programme « Bien au travail » incluant le volet « Entreprise en santé »;• Mise à jour du plan de recrutement.

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

Objectif	Réalisations
Offrir davantage de tribunes aux porte-parole de l'HMR.	<ul style="list-style-type: none">• Tenue de conférences thématiques grand public sur les axes d'excellence (cancer, thérapie cellulaire, ophtalmologie);• Mise à jour du plan de communication stratégique pour accroître la notoriété de l'établissement et la mise en œuvre du plan d'action.

Orientation 8.3 – Accroître la notoriété de l’HMR auprès de la clientèle, des partenaires et de la population

Objectifs	Réalizations
Assurer une présence soutenue de l’HMR dans une variété de médias.	<ul style="list-style-type: none">• Tenue de nombreuses activités de communication soulignant le 60^e anniversaire de l’HMR;• Contribution à la campagne majeure de la FHMR dans le respect du positionnement stratégique de l’HMR. Réalisation d’argumentaire média, de perspectives, de huit fiches soins aux patients, d’un feuillet d’information du Centre intégré de cancérologie.• En date du 31 mars 2015, 24 communiqués de presse ont été diffusés. Retombées : 45 articles et reportages.
Transmettre au nouvel employé une information appropriée pour susciter la fierté, l’appartenance ainsi que l’adhésion aux valeurs et à la culture de l’HMR.	<ul style="list-style-type: none">• Révision du processus d’accueil et d’intégration organisationnelle des nouveaux gestionnaires;• Distribution systématique d’une pochette d’information à tous les employés et le personnel-cadre lors de leur journée d’accueil;• Rédaction et diffusion d’un guide sur les meilleures pratiques aux gestionnaires qui accueillent de nouveaux cadres.

Activités de l'établissement

Description des services offerts

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

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

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

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

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

Programmes-clientèles

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

Programmes-diagnostiques

Biologie médicale
Imagerie médicale

Descriptions des programmes-clientèles et diagnostiques

PROGRAMME-CLIENTÈLE DE CHIRURGIE

Principales réalisations

Le patient au cœur de nos préoccupations

Nous avons la préoccupation constante d'adapter nos soins à notre profil de clientèle. Ainsi le programme de marche implanté sur les unités en cours d'année fait partie des nouvelles approches adaptées à la clientèle en post-opératoire de tout âge.

Toutes les activités du programme gravitent autour du patient. Cette année particulièrement, nous avons deux nouvelles équipes d'amélioration continue « Patient partenaire de soins » où la clientèle est directement impliquée avec les membres de l'équipe à mettre en place des processus d'amélioration.

Implantation d'un nouveau programme de prise en charge de la clientèle opérée pour une chirurgie colorectale

L'équipe interdisciplinaire entourant la clientèle colorectale compte une année complète d'implantation du programme Pour une Récupération Rapide (PURR), reposant sur les dernières données probantes pour la préparation en salle de chirurgie et en postopératoire. En plus d'améliorer la qualité des soins, cela a aussi permis de diminuer la durée de séjour de quatre jours, ce qui a aussi un impact direct sur l'accessibilité aux soins.

3^e édition du colloque annuel

Pour le maintien des compétences, le Programme-clientèle de chirurgie a réalisé pour ses équipes de soins son troisième colloque annuel accueillant 190 participants souhaitant parfaire leurs connaissances. De plus, une première formation multidisciplinaire en gestion de situations critiques par la simulation in situ à haute-fidélité a été réalisée à la salle de réveil, des infirmières du bloc opératoire et de la salle de réveil. Des inhalothérapeutes, des résidents en anesthésie, des anesthésiologistes et des préposés aux bénéficiaires ont participé à cette formation et les différents scénarios de simulations se sont révélés pertinents pour l'amélioration de la prise en charge de la clientèle.

De plus, le Programme-clientèle de chirurgie a réalisé, dans différentes spécialités médicales 2 015 chirurgies en zones franches à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital Santa Cabrini.

Volume d'activités

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Chirurgies d'un jour	12 575	12 224	10 554
Chirurgies avec hospitalisation	5 906	6 012	5 730
TOTAL	18 481	18 236	16 284

Principales réalisations**Désignation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à titre de centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)**

Après plusieurs mois de démarches de la part de nombreux membres des équipes interdisciplinaires, le projet de désignation de l'HMR à titre de centre secondaire pour le continuum AVC-AIT, piloté par la Dre Céline Chayer, chef médicale du Programme-clientèle de médecine et mesdames Sylvie Leclerc, conseillère-clinicienne en soins infirmiers, et Lise Dubé, chef clinico-administrative du Programme-clientèle de médecine, prend son envol. Le MSSS a reconnu la volonté, l'engagement et la détermination de l'HMR à offrir des soins et services pour les personnes à risque ou ayant subi un AIT-AVC et a constaté que les équipes étaient passionnées, dédiées et engagées envers cette clientèle. Depuis, ces équipes sont à élaborer le développement d'un cheminement clinique afin d'assurer l'application de pratiques optimales en matière de soins de l'AVC tout au long de la trajectoire tout en visant une continuité des soins et des services. De plus, tous nos efforts s'inscrivent dans l'atteinte des normes d'excellence propres à Agrément Canada.

Réduction significative des soins spéciaux requis (SSR)

La sécurité des patients étant au cœur de nos préoccupations tout en étant conscients de la valeur et de la pertinence des actions que nous posons, un vaste chantier de travail avait été entrepris en 2014-2015 afin de diminuer les comportements perturbateurs chez la clientèle à risque et modifier nos modalités de surveillance. Plusieurs interventions avaient été ciblées et l'implication des gestionnaires ainsi que l'implantation de nouvelles approches ont démontré des résultats plus qu'encourageants. Au Programme-clientèle de médecine, nous avons été en mesure de réduire les coûts de SSR de 51,1 % en 2014-2015 comparativement à 2013-2014 tout en assurant la sécurité des patients. Le projet se poursuivra en 2015-2016, nous croyons que l'implication et la créativité dont les équipes font preuve seront un gage de succès encore une fois.

Projet de soins palliatifs à domicile

Le Service régional de soins à domicile (SRSAD) traite la clientèle aux prises avec une maladie pulmonaire chronique sévère (MPC). Depuis les dernières années, à la suite de l'analyse des statistiques de réadmissions et des préoccupations de cette clientèle, le SRSAD a entrepris des démarches afin de bonifier son offre de services auprès des patients désirant se voir offrir des soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Tous les intervenants du SRSAD ont reçu une formation spécifique en soins palliatifs et de fin de vie pour les MPC. Depuis, ils poursuivent le développement de leurs compétences dans des domaines tels que l'ouverture au dialogue avec le patient/famille et l'expression des volontés de fin de vie, l'élaboration de plans d'interventions spécifiques, le soulagement des symptômes de dyspnée réfractaire, de l'anxiété et de la détresse respiratoire, l'accompagne-

ment du patient/famille le plus longtemps possible à domicile, le suivi postdeuil. Le soutien médical d'un médecin de famille consultant en soins palliatifs est offert pour les intervenants du SRSAD dans l'application de leur démarche.

Nous sommes heureux d'annoncer qu'à la suite de la mise en place de cette nouvelle offre de services, le SRSAD a plus que doublé au cours de la dernière année, le nombre de prises en charge de patients avec une MPC en soins palliatifs à domicile.

Volume d'activités

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nombre de visites en clinique externe	68 967	68 054	65 652

PROGRAMME-CLIENTÈLE D'OPHTALMOLOGIE

Principales réalisations**Poursuite de la réalisation du Centre universitaire d'ophtalmologie de l'HMR**

Dans le but de concentrer et confirmer l'expertise en santé oculaire de l'HMR, le dossier de la reconnaissance du Centre universitaire d'ophtalmologie s'est poursuivi. Un document de référence a été présenté au recteur de l'Université de Montréal (UdeM), monsieur Guy Breton, lequel a accueilli favorablement la désignation de CUO conditionnellement à la création d'un projet pilote d'enseignement de soins oculaires et visuels de première ligne. De plus, des ententes de partenariat sont en voie d'être conclues avec l'École d'optométrie et en cours d'élaboration avec la Faculté de médecine vétérinaire.

Accroître l'efficacité des soins en clinique de rétine

Un projet LEAN, instauré en clinique de rétine, a permis de diminuer le temps d'attente en clinique pour la clientèle, et ce, sans ajout de ressources humaines. L'implantation du travail dit en cellule permet maintenant de faire cheminer le patient à travers toutes les étapes de sa visite sans qu'il y ait de temps mort. C'est l'équipe des professionnels qui gravite autour de lui. Le projet est complété à 40 %. En effet, le projet a été mis en veilleuse du mois de novembre 2014 au mois de février 2015, car un 2^e scan oculaire était attendu. Depuis, la pratique LEAN a repris du service, et ce, au bénéfice de la clientèle et des intervenants associés.

Un tout nouveau service de télédépistage de la rétinopathie diabétique

Une équipe multidisciplinaire composée d'imageurs de la rétine, d'infirmières et de médecins du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Pointe-de-l'Île et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ont lancé le tout nouveau service de télédépistage de la rétinopathie diabétique pour les résidents du territoire de la Pointe-de-l'Île. Essentiellement, le service de

télédepistage consiste à saisir des images de la rétine avec une caméra de fond d'œil. Ces images sont effectuées au CSSS de la Pointe-de-l'Île. Elles sont ensuite lues et interprétées par des rétino-logues de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Les usagers qui nécessiteront des soins spécialisés à la suite de ce dépistage seront pris en charge par la clinique de rétine de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La mise en place de ce service à proximité du lieu de résidence des usagers est une valeur ajoutée pour la clientèle diabétique. De plus, cela facilite l'accès au dépistage précoce de cette maladie.

Projet pilote d'enseignement de soins oculaires et visuels de première ligne

Le projet se veut une réponse aux besoins de formation des étudiants en optométrie et des résidents de médecine familiale de l'UdeM. Ces futurs professionnels sont appelés à assurer les services de première ligne pour l'examen visuel, le dépistage de pathologies et la prise en charge de pathologies bénignes. Le cas échéant, la clientèle sera transférée en clinique de spécialité pour une prise en charge de 2^e et de 3^e ligne.

Concrètement, la nouvelle clinique d'ophtalmologie générale accueillera des résidents de médecine familiale et des étudiants stagiaires de l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, sous la supervision d'un ophtalmologiste. Outre les deux facultés de l'UdeM, le partenariat comprend le Programme-clients de médecine familiale et gériatrie, pour le partage de la clientèle, et la Direction de l'enseignement, pour l'organisation des besoins de formation des groupes cibles.

Volume d'activités

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Clinique externe d'ophtalmologie Visites	75 540	77 734	67 195
Clinique externe d'ophtalmologie Chirurgies mineures	781	708	480

PROGRAMME-CLIENTÈLE D'ONCOLOGIE

Principales réalisations

Optimisation de la planification et de l'administration de la chimiothérapie

Un travail d'optimisation visant une meilleure planification de la chimiothérapie et la revue des processus en soins infirmiers a été réalisé au centre d'oncologie. Dans un premier temps, l'implantation d'un nouveau planificateur de traitements (MedIQ) a permis d'assurer une meilleure répartition des traitements de chimiothérapie en fonction de paramètres établis (temps de fauteuil, temps d'évaluation clinique, temps de traitements réel, personnel en présence, etc.). En révisant la façon de planifier

les traitements selon les plages horaires, le Programme-clients de l'oncologie a été en mesure de maximiser l'utilisation de ses ressources humaines et, par conséquent, de diminuer de façon significative les heures supplémentaires. Parallèlement, la revue des processus de travail a permis un meilleur arrimage dans la façon de travailler en équipe tout en ayant une meilleure répartition de la charge de travail. La révision de l'ensemble de ces processus a permis d'absorber une augmentation du nombre de traitements de chimiothérapie variant de 3 % à 26 % périodiquement, et ce, sans ajout de ressources supplémentaires. Plusieurs professionnels ont contribué à faire de ce changement un succès d'équipe : infirmières, assistantes infirmières-chefs, agents administratifs, pharmaciens, gestionnaires.

Un changement bénéfique pour l'ensemble de notre clientèle qui à la suite de l'implantation de ce nouveau mode de fonctionnement a constaté une diminution importante du temps d'attente lors de la journée de traitement.

La greffe de cellules souches hématopoïétiques répond aux plus hautes normes et exigences

Le Programme de greffe de cellules hématopoïétiques oriente ces activités autour d'un programme de soins spécialisés en greffe élaborés afin de répondre aux normes et aux exigences de Santé Canada, de la Foundation for Accreditation of Cellular Therapy (FACT), du Conseil d'agrément du Canada et de l'Association canadienne de normalisation (Canadien Standards Association).

Il est le seul programme d'allogreffe dans le réseau hospitalier de l'Université de Montréal ainsi que le seul centre autorisé par Héma-Québec à collecter des greffons provenant de donateurs non apparentés. Il est aussi le seul à avoir un programme de photophérèse, programme provincial bi-universitaire de traitement de la maladie de greffon contre l'hôte qui doit aussi répondre aux exigences de la FACT.

Au total, depuis son ouverture en 1980, le Programme de greffe de cellules hématopoïétiques compte tout près de 3 000 patients. Cette année, tout particulièrement, on note une augmentation du nombre de greffes (198) autant autologues (114) qu'allogéniques (84), comparativement aux années antérieures (voir tableaux).

En 2014-2015, le programme de greffe a renouvelé son accréditation de Santé Canada qui a mis en place un règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes (CTO) destinés à la transplantation. Ce règlement s'applique à toute personne et tout établissement au Canada qui manipulent, traitent, distribuent ou importent des CTO destinés à un usage homologué de transplantation chez une autre personne. Tous les établissements qui procèdent à des transplantations doivent s'y conformer.

Encore une fois, le Programme de greffe de cellules hématopoïétiques de l'HMR a relevé le défi et a obtenu la conformité de cet organisme.

Lancement d'un livre pour la clientèle atteinte du cancer colorectal

Au mois de mars 2015 avait lieu le lancement du livre réalisé par D^r Pierre Dubé « Cancer colorectal : guide à l'intention des patients ». Réalisé par des professionnels et médecins de l'équipe suprarégionale en cancer colorectal de l'HMR, il permettra aux patients et à leurs proches de mieux comprendre leur cancer, en plus de fournir une multitude d'informations pertinentes en lien avec leur maladie. Des thématiques telles que la préparation aux différentes étapes des traitements, l'alimentation et le cancer du côlon, les ressources et soins de soutien existants y sont notamment abordées.

Lauréat du Prix d'excellence de la Direction québécoise de cancérologie

En novembre dernier, dans le cadre du congrès annuel, la Direction québécoise de cancérologie (DQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a remis un prix au programme pour le projet intitulé « Le Club de lecture, une stratégie éducative payante auprès des professionnels en oncologie ». Mis sur pied il y a quatre ans en collaboration avec le Centre d'excellence en soins infirmiers, ce projet avait comme objectif de faciliter le transfert de connaissances. Ce club de lecture s'adresse au personnel infirmier œuvrant auprès de la clientèle oncologique. En plus de leur permettre de développer une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants, les connaissances transmises dans le cadre de ces clubs de lecture constituent un bagage riche en informations, permettant d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients vivant avec le cancer. Des retombées pour notre clientèle et notre personnel en découlent directement : le journal du sommeil, un dépliant d'informations sur le sommeil, des capsules de formations à l'intention du personnel et plusieurs outils cliniques.

Volume d'activités du centre d'oncologie

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Visites	66 564	54 187	53 052
Volume d'activités	21 431	20 798	20 499
Traitements de chimiothérapie	11 706	11 642	10 757
Activités suivi de greffe en externe	367	277	218
Urgences oncologiques	1 763	1 665	1 761

Volume d'activités: greffe de cellules hématologiques et hématologie

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Aphérèses	584	626	552
Photophrèses	599	596	467
Greffe de cellules hématopoïétiques	198	165	158
Occupations par spécialités/jour	43 pts/jour	41 pts/jour	40 pts/jour
Hémato/GMO	11 pts/jour	11 pts/jour	9 pts/jour

Statistiques du Département de radio-oncologie

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Téléthérapie	2 657	2 878	2 935
Curiethérapie	51	41	37
Total	2 708	2 919	2 972

Visites médicales

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Consultations	3 651	3 733	4 044
Relances	6 896	6 524	6 232
Traitements	6 987	6 999	6 975
Total	17 534	17 256	17 251

Visites traitement

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Téléthérapie	38 011	45 705	46 626
Curiethérapie	276	270	283
Métabolique (iode 131)	61	56	69
Total	38 348	46 031	46 978

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

Principales réalisations

Déménagement de l'unité de médecine familiale dans les nouveaux espaces situés au 3^e étage du pavillon Rosemont

Le projet de relocalisation et d'agrandissement a été amorcé en 2011 à la suite de la transformation de l'unité de médecine familiale (UMF) en groupe de médecine familiale (GMF). L'objectif principal de ce projet visait à répondre en toute efficacité à notre mission d'enseignement, en prévision de l'augmentation du nombre de résidents et de stagiaires attendus à la suite des changements apportés au curriculum universitaire. L'UMF soutenait déjà un important volume de clientèle et la modernisation des installations se voulait un incontournable. Enfin, cette démarche s'inscrivait parmi les orientations stratégiques de l'établissement et visait la consolidation de notre position de leader au sein du réseau universitaire.

Contribution au déploiement de l'Approche adaptée aux personnes âgées

Depuis plusieurs années, le Programme-clientèle de médecine familiale et gériatrie contribue étroitement au déploiement et à l'actualisation des meilleures pratiques cliniques tel que proposé dans l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Depuis deux ans, la Dre Patricia Ayoub, médecin en gériatrie du Service de gériatrie, a effectué une importante campagne de sensibilisation et d'information en lien avec l'AAPA auprès du personnel administratif et clinique de l'HMR. Elle a fait des présentations auprès du personnel des différents services cliniques (équipes de soins, médecins, etc.), et ce, à plus de trente reprises en adaptant chaque fois son contenu aux interlocuteurs concernés afin de les sensibiliser et de leur donner des outils cliniques facilitant l'implantation de l'AAPA.

Augmentation significative du nombre de consultations par le Service de gériatrie dans les autres spécialités médicales

L'équipe médicale du Service de gériatrie et l'infirmière au suivi en gériatrie sont appelées à effectuer des consultations demandées par les autres spécialités médicales. L'équipe médicale a travaillé à mieux définir et encadrer les motifs de consultations afin qu'ils répondent mieux à leur champ d'expertise (p. ex. délirium, chute, polypharmacie, perte d'autonomie). Ce travail associé à la campagne de sensibilisation de la D^{re} Ayoub a contribué à une augmentation significative du nombre de demandes de consultations. L'implantation d'une liste de garde médicale de jour facilite la communication.

Motifs des consultations du Service de gériatrie

Motifs	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Perte autonomie/ atteinte état général	227	204	150
Chutes	132	126	93
Delirium	46	35	38
Troubles cognitifs/ démence/Alzheimer	137	149	131

Unité de médecine familiale : obtention d'un Agrément complet du Collège des médecins pour le programme de résidence

Tous les six ans, les unités de médecine familiale doivent participer à la démarche d'Agrément du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Cette démarche vise à évaluer le programme de résidence offert par les différents milieux d'enseignement clinique. Elle évalue si le programme de résidence respecte les critères d'Agrément du CMFC. Dans le cadre de cet exercice d'évaluation, l'HMR a su démontrer, encore une fois, sa rigueur et son souci d'excellence en obtenant un Agrément complet pour l'ensemble des éléments évalués.

Volumes d'activités

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nombre de visites à l'UMF	23 448	22 990	21 148

PROGRAMME-CLIENTÈLE DE L'URGENCE

Principales réalisations

Travaux d'agrandissement de l'urgence : début de la phase 3

Le projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle de l'urgence est bien entamé. Les futurs espaces sont bien visibles désormais. Grâce à l'implication soutenue des différentes parties prenantes au projet, la structure de gouvernance s'est déployée à travers tout l'HMR. Appuyé par le comité directeur et le comité de transition, chacun des comités de coordination a planifié et fait le suivi serré des travaux et initiatives à réaliser d'ici le transfert vers les nouveaux locaux de l'agrandissement prévu en décembre 2015. Le plan de communication du projet a été déployé et permet aux équipes et partenaires de bien suivre l'avancement du projet.

De manière plus précise, le comité des activités cliniques de l'urgence se réunit aux deux semaines afin de développer une pratique de soins d'urgence novatrice et de qualité pour les patients. Pour ce faire, les différentes trajectoires de la clien-

tèle ont été révisées, l'organisation du travail repensée et les programmes de formation et d'orientation adaptés à ces nouvelles réalités. Certaines des nouvelles trajectoires ont été mises de l'avant dès cette année afin que le personnel puisse développer son expertise avant d'intégrer les nouveaux locaux.

Mise en place d'un plan d'action pour la clientèle AVC ou AIT

L'équipe de l'urgence a entrepris cette année d'actualiser le plan d'action issu des directives ministérielles concernant la prise en charge de la clientèle présentant un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT). Ceci permettra à l'HMR de répondre aux critères de conformité attendus pour l'obtention d'une désignation régionale de niveau secondaire.

Pour ce faire, les mécanismes de communication avec Urgence-Santé ont été revus afin que le personnel de l'urgence puisse être prêt à intervenir dès l'arrivée d'un patient. Également, les infirmières du triage ont été formées pour reconnaître rapidement les signes précurseurs d'ACV et d'AIT à l'aide de l'échelle de Cincinnati et de l'échelle canadienne de neurologie. De plus, l'accès rapide au scan et aux résultats de laboratoire, nécessaires au diagnostic, a été mis en place. Ceci nous permettra de respecter le délai de 60 minutes entre l'arrivée du patient et l'administration sécuritaire de la médication thrombolytique.

Augmentation de la fluidité de l'urgence

Afin d'améliorer la fluidité entre le moment du départ d'un patient et l'admission d'un patient de l'urgence, une évaluation du fonctionnement de l'Unité d'hospitalisation brève (UHB) a été entreprise par l'équipe de soins et médicale afin de cibler les écarts et déterminer les mesures d'amélioration des processus établis. L'approche LEAN et les éléments de gestion de projet ont guidé les travaux et les discussions de l'équipe. C'est ainsi que le rôle de l'infirmière, leader clinique, a été modifié pour le rendre proactif et associé de près aux actions du médecin dans un esprit de collaboration.

Après avoir pris connaissance du rapport des patients présents à l'UHB et des possibilités de congés pour la journée à la rencontre éclair du matin, le leader clinique se déplace vers l'urgence afin d'identifier précocement les patients qui correspondent aux critères d'admission de l'UHB, avant que le médecin ne fasse sa tournée. Cette présélection a permis de mobiliser toute l'équipe à chacune des étapes de manière coordonnée et d'améliorer le délai entre le congé et l'admission d'un patient dans le même lit. Celui-ci est passé de 2 heures 58 minutes à la 9^e période à 1 heure 56 minutes à la 13^e période.

Statistiques du Service de l'urgence

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Visites	69 555	68 394	63 529
Nombre d'ambulances	17 238	16 812	16 772
Temps d'attente pour voir un médecin la 1 ^{re} fois	170 min	155 min	208 min
DMS des patients sur civière	24	25	40
DMS des 75 ans et + sur civière	34	35	49
DMS santé mentale	30	32	43
DMS des patients non hospitalisés sur civière	15	15	28

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

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

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nombre de patients admis à l'UHB	2 126	2 153	2 074
DMS à l'UHB	2,2 jours	2,3 jours	2,2 jours
Visites à la clinique de relance	7 198	7 941	7 935

PROGRAMME-CLIENTÈLE DE LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

Principales réalisations

Optimisation du processus de congé

En mai 2014, un projet LEAN a été réalisé afin d'optimiser le processus du congé de la mère et de son nouveau-né. Ce projet a permis de standardiser les soins et l'enseignement postnatal à l'unité de soins du 7AB en introduisant une ligne du temps pour l'enseignement en préparation du congé. Les congés se situent entre 8 h et 22 h. En moyenne, un premier bébé peut obtenir son congé à 48 h de naissance et un deuxième bébé (ou plus) peut obtenir son congé à 36 h, selon des critères d'admissibilité et des suivis.

Ce processus LEAN a grandement amélioré la standardisation dans le processus du congé et dans les soins et l'enseignement postnatal. Déjà, nous avons pu constater une augmentation significative des admissions en lien avec une diminution du taux d'occupation.

Veillez noter que le taux d'occupation moyen pour l'année 2014-2015 est de 72 % avec 5 504 admissions comparativement à l'année 2012-2013 un taux d'occupation de 72 % avec 4 798 admissions. Une différence de 706 admissions pour un même taux d'occupation.

Augmentation de l'accès aux soins pour la clientèle pédiatrique

Le Programme-clientèle de la santé de la femme et de l'enfant a mis en place des mécanismes d'accès pour la clientèle pédiatrique (pédiatrie générale, pneumologie et endocrinologie) en collaboration avec les CSSS partenaires de l'Est de Montréal. Le démarrage des mécanismes d'accès pédiatriques (MAP) ont débuté le 21 juillet 2014 pour le volet pédiatrie générale, les volets de pneumologie, endocrinologie, allergie et le volet gastrologie.

En date du 31 mars 2015, 95 références ont été acheminées par les partenaires par les mécanismes prévus du MAP. Plusieurs références continuent d'être acheminées par les anciens mécanismes. La consolidation des MAP et la continuité du déploiement se poursuivront en 2015-2016.

Volume d'activités

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nombre d'accouchements	2 732	2 521	2 405
Cliniques externes et activités de médecine de jour			
Clinique externe de pédiatrie	35 729	35 326	33 043
Clinique externe de gynécologie et d'obstétrique	28 765	27 157	22 292

PROGRAMME-CLIENTÈLE DE SANTÉ MENTALE

Un système de relance performant

L'équipe du Service de l'urgence psychiatrique a développé une clinique de relance qui s'est avérée extrêmement efficace. Cette clinique, qui répond aux critères de la mission universitaire, vise à désengorger davantage l'urgence générale de l'HMR. Elle permet un suivi rapide et approprié par les différents spécialistes de l'urgence du département de psychiatrie de l'HMR. Cette approche se veut en complémentarité d'un travail de relance déjà mis en place par le département de l'urgence médicale.

Des médecins impliqués dans l'enseignement

Le Programme-clientèle de santé mentale est très fier de la nomination à titre de professeur à l'Université de Montréal de monsieur Alexandre Francesco. En plus d'œuvrer au sein du programme-clientèle de santé mentale, il participe également aux transferts des connaissances en psychothérapie auprès des résidents en psychiatrie et de l'ensemble des autres professions.

L'année 2014-2015 marque aussi la réussite aux examens de spécialités en gérontopsychiatrie et en pédopsychiatrie de la D^{re} Nancy Vasil, psychogériatrie, et de la D^{re} Monique Lamarre, pédopsychiatre. Riches de ces nouvelles connaissances de qualifications supérieures, elles poursuivent leur enseignement et leur travail clinique.

Promotions des sciences humaines au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, trois psychiatres du programme, D^{re} Odette Bernazzani, D^r Vincenzo Di-Nicola et D^r Marcel Hudon ayant acquis une expertise relevant de divers champs des sciences humaines, soit la philosophie, la psychanalyse et la spiritualité, ont mis en place un séminaire continu dont l'objectif est de réduire l'écart entre ces trois domaines. Ce séminaire s'adresse aux résidents du réseau universitaire et est accrédité comme formation continue pour les médecins psychiatres.

Notons également la publication par le D^r Bernazzani d'un livre sur la spiritualité et psychiatrie intitulé : « Santé mentale, santé spirituelle ». Enfin, D^r Di Nicola, a accepté d'assurer une série de cours siglés (cours offerts par un corps professoral qui est rémunéré par l'UdeM) sur la philosophie pour les résidents en psychiatrie à l'Université de Montréal.

Dans l'année 2014-2015, nous avons procédé à la fusion des équipes SIM-SIV HMR-CSSSLT. Cette fusion s'est réalisée avec succès grâce à la précieuse collaboration médicale et professionnelle. Il s'agit d'une première collaboration HMR-CSSS permettant de répondre aux besoins cliniques et à la mission universitaire.

Volume d'activités

Clientèle	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Pédopsychiatrique			
Nombre d'usagers suivis	306	280	294
Clients évalués en soins partagés	56	55	52
Adulte			
Nombre d'usagers suivis	2 391	2 475	2 180
Clients évalués en soins partagés	469	518	574
Nombre d'admissions en hospitalisation	320	325	309

Principales réalisations

La réalisation de projets d'amélioration de la qualité et des performances

Dans la foulée des transformations qui touchent les laboratoires dans l'environnement mouvant découlant de la restructuration nécessaire pour la réalisation du plan OPTILAB et de la situation financière de l'organisation, le Programme-diagnostique de biologie médicale a entrepris plusieurs projets LEAN. Les objectifs étaient de diminuer les délais de nombreux processus, de réduire les coûts globaux des activités et de continuer d'améliorer la qualité de l'ensemble des actes.

Le projet principal effectué a été la révision des processus au centre de prélèvements du Centre des soins ambulatoires. Ce projet s'est déroulé dans le cadre d'une formation pour l'obtention d'une ceinture verte. Il a entre autres permis de réduire le temps d'attente des clients de près de 50% et de rendre cette attente conforme aux normes ministérielles.

En parallèle, la conscientisation de l'ensemble du personnel du programme s'est faite par de nombreuses présentations, et à notre demande, une douzaine d'employés ont été initiés au LEAN par des formations spécialement organisées par le bureau de projets en partenariat avec l'équipe de développement organisationnel. Ces formations ont entraîné de nombreuses initiatives qui ont toutes permis des gains significatifs dans les secteurs. En outre, le regroupement de plusieurs personnes autour d'un même projet, au laboratoire de diagnostic moléculaire, a permis une réorganisation majeure des espaces et des processus permettant d'absorber l'augmentation des volumes d'analyses. L'approche LEAN se déroule dans le respect du personnel et le bénéfice secondaire non négligeable de tous les projets a des retombées positives sur le climat de travail. On a assisté au transfert interlaboratoires des outils développés.

Forts des succès obtenus, les efforts se poursuivent en 2015-2016, autant au niveau de l'initiation du personnel pour étendre les gains à d'autres secteurs, que de la réalisation de nouveaux projets d'envergure.

Obtention du statut international du laboratoire HLA

Un des fleurons de l'HMR est sans contredit son axe d'excellence en greffe de cellules hématopoïétiques. Ce statut d'excellence est attribuable au travail des équipes et vient avec la conformité à des critères de qualité exigés par les organismes d'accréditation telle la *Foundation for the Accreditation of Cell Therapy (FACT)*. Le laboratoire de thérapie cellulaire récemment déménagé au Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) est directement soumis à ces exigences, mais le fournisseur du programme de greffe qu'est le laboratoire *Histocompatibility Leukocyte Antigen (HLA)*, qui réalise les analyses de compatibilité entre le patient et ses donneurs potentiels, l'est également. Madame Marie-Christine Meunier, coordonnatrice scientifique et administrative de ce laboratoire, a été mandatée

pour que l'HMR, étant donné l'importance qu'y occupe la greffe de cellules hématopoïétiques, soit à même de répondre aux plus hauts standards du domaine.

Au terme d'un long processus, le laboratoire a obtenu avec brio le statut convoité en décembre 2012. Cependant, le travail pour madame Meunier ne s'arrêtait pas là. Son expertise scientifique devait également être reconnue. Elle a complété et réussi le programme postdoctoral de deux ans en histocompatibilité et immunogénétique de l'*American Society for Histocompatibility and Immunogenetics (ASHI)*. Elle a complété plus de 200 portefeuilles de cas cliniques et a réussi l'examen et l'entrevue d'évaluation des directeurs de l'*American Board of Histocompatibility and Immunogenetics (ABHI)*.

L'HMR détient donc dans ses murs une directrice certifiée ASHI. Cette réussite permet de consolider la position de leader du laboratoire de diagnostic moléculaire où se déroule ce travail.

En parallèle, madame Meunier a dirigé des représentations auprès du MSSS qui ont mené à la reconnaissance des activités HLA de l'HMR et à leur financement et a piloté de nombreux changements technologiques améliorant l'efficacité du laboratoire HLA.

Les travaux OPTILAB et le comité de pertinence

Annoncée en mars 2013, la réorganisation des laboratoires du Québec, projet OPTILAB, a eu en 2014-2015 ses premiers impacts pour nos laboratoires. Les désignations et corridors de services ont été opérationnalisés nécessitant de nombreux ajustements de nos menus d'analyses et la gestion des volumes de certaines d'entre elles. Le transfert d'analyses de nos partenaires de la grappe HMR (Institut de Cardiologie de Montréal, Hôpital Santa Cabrini et l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal) vers l'HMR est amorcé. Dans certains secteurs, les volumes d'analyses ont augmenté de près de 20%. Les processus d'acquisition de nouveaux équipements prévus au projet sont en cours.

Nous avons des représentants sur tous les comités autant scientifiques, médicaux qu'administratifs, du niveau opérationnel au niveau stratégique. L'HMR a créé un comité de pertinence chapeauté par la Direction des services professionnels pour mettre en place les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) quant à la pertinence de certaines analyses. Le mandat de ce comité est cependant beaucoup plus large et consiste à évaluer la pertinence de l'ensemble des analyses réalisées à l'HMR, leur fréquence ainsi que le développement de nouvelles analyses pour répondre aux besoins cliniques. Les travaux du comité n'en sont qu'à leurs débuts, mais déjà des mesures ont été mises en place. L'impact sera évalué dans la prochaine année.

Volume de procédures par secteur d'activités

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Biochimie	542 4664	481 0511	453 4741
Diagnostic moléculaire	74 738	64 673	52 750
Banque de sang	220 165	212 223	219 812
Hématologie	820 506	835 184	806 931
Thérapie cellulaire	10 564	9 698	7 230
Microbiologie	422 900	386 041	350 307
Pathologie	487 592	449 279	434 143
Cytologie	73 625*	42 006	41 143
Prélèvements	173 950	171 610	163 733

*Augmentation occasionnée par un réajustement des statistiques relativement au répertoire des analyses.

PROGRAMME-DIAGNOSTIQUE D'IMAGERIE MÉDICALE

Principales réalisations

Augmentation du nombre quotidien d'échographies abdominales

Afin de répondre aux critères du MSSS dans le guide de gestion d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques, le Programme-diagnostique d'imagerie médicale a mis en place un projet LEAN en échographie afin d'optimiser le processus d'obtention d'un examen d'échographie abdominale pour la clientèle élective. L'objectif était d'augmenter le nombre quotidien d'examen d'échographie abdominale, pour la clientèle élective, de 25 % pour la fin juin 2014, et ce, afin d'éliminer les hors délais, soit ceux en attente depuis plus de trois mois. L'équipe de l'imagerie médicale a relevé le défi avec succès avec un taux de conformité de 100 %.

Développement de la pratique de la télémédecine

En collaboration avec le CSSS de la Pointe-de-l'Île (CSSSPDI), le Programme-clientèle d'imagerie médicale a participé au développement de la pratique de la télémédecine permettant ainsi aux radiologistes de l'HMR d'appuyer une technologue autonome en échographie abdominale et pelvienne. Au cours de la dernière année, 1 110 examens ont été réalisés en échographie abdominale et pelvienne au CSSS PDI. Environ un examen est effectué en télémédecine par semaine.

Instauré en septembre 2014, ce partenariat permet également dans le cadre du Centre de répartition de demande de services (CRDS) d'augmenter l'offre de services pour le territoire du Pôle 1 en ce qui concerne les échographies abdominales et pelviennes pour la clientèle élective.

Optimisation de la fluidité du processus d'examen dans le secteur de tomodensitométrie

Dans le cadre du mandat sur la fluidité pour la clientèle de l'urgence vers les unités de soins, un Kaizen a été réalisé pour le secteur de la tomodensitométrie optimisant ainsi le processus de fluidité des examens radiologiques en plus de réduire les délais d'attente.

Les grilles horaires ont été optimisées pour la semaine et les fins de semaine sur deux quarts de travail afin de permettre de traiter la demande à l'intérieur de chaque quart de travail selon les priorités cliniques.

De plus, une technologue de nuit est présente depuis septembre 2014 afin d'améliorer la rapidité de l'accès et le processus de fluidité. Un nouveau mode de confirmation des rendez-vous et de la préparation clinique préexamen de la clientèle avec le personnel des unités de soins a également été implanté.

Cette réorganisation combinée au réaménagement du troisième scan au mois d'août 2014 a permis d'augmenter les volumes, et ce, de façon significative comme en témoignent les chiffres ci-dessous.

2014-2015	2013-2014
44 283 procédures	39 606 procédures

Les temps d'attente ont également diminué. Les demandes de service sont actuellement traitées à l'intérieur de 12 heures pour les requêtes en provenance de l'urgence et dans un délai maximum de 24 heures pour les requêtes en provenance des unités de soins.

Volume d'activités

Secteur d'activités	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Ultrasonographie	33 721	31 250	30 280
Tomodensitométrie	44 283	39 606	36 129
Imagerie par résonance magnétique	12 479	11 446	10 571
Angioradiologie	7 061	7 041	5 480
TEP	5 370	5 093	4 331

Enseignement et recherche

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

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

ENSEIGNEMENT

Les stagiaires participent au programme d'enseignement de l'HMR en nombre croissant. Année après année, nous observons une croissance constante du volume de stagiaires qui dépasse maintenant les 4 000 par année.

Depuis le début de l'année 2014-2015, nous avons accueilli 595 médecins-résidents en stage à l'HMR. Cela représente 172.62 ETC et constitue une légère hausse de près de 1%. L'année académique se terminant le 30 juin 2015, la compilation finale des statistiques concernant nos clientèles étudiantes et stagiaires sera disponible en septembre prochain dans le rapport annuel de la Direction de l'enseignement.

Participation au Portail d'échange de savoirs Web 2.0

Il importe de souligner la participation importante de l'équipe en cancer du sein et d'une bibliothécaire au développement d'un Portail d'Échange de Savoirs Web 2.0 en oncologie qui a été mis en ligne en décembre 2014 en soutien aux équipes cliniques et aux patients atteints de cancer. Cette innovation vise à réunir chercheurs, professionnels de la santé, patients et proches au sein d'un même espace pour partager les savoirs scientifiques, pratiques et expérientiels en matière de transitions et planification de congé en oncologie. Ce projet de recherche est soutenu par les IRSC-PASS, la FRS&D, le FRQS-MSSS, le Vice-rectorat à la recherche et au développement international et le RUIS de l'Université de Montréal.

Un soutien précieux de la Fondation HMR

En 2014-2015, grâce au soutien de la Fondation HMR, les programmes de bourses du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du Conseil multidisciplinaire (CM) et de la Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services (DSIPSSS) auront permis à quatre médecins-résidents, quatre professionnels et de nombreuses infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires de poursuivre leur développement professionnel et d'ainsi contribuer à l'amélioration des soins offerts à nos usagers.

Rehaussement des infrastructures d'enseignement du département d'anatomopathologie

Grâce à une généreuse contribution de la Fondation HMR, nous avons pu procéder, en 2014-2015, au rehaussement des infras-

tructures du Département d'anatomopathologie. Nous avons notamment fait l'acquisition de caméras numériques, d'écrans haute définition et de têtes de co-observation pour tous les postes de travail des pathologistes, améliorant ainsi considérablement leurs conditions d'enseignement et leur travail de correction de lames en présence de stagiaires.

La salle des médecins résidents a également été rehaussée afin d'améliorer la qualité des cours magistraux, des histoséminaires et des séances de lames. L'ajout d'une tête latérale sur l'un des microscopes et de deux postes additionnels de travail pour l'analyse et la dictée des rapports des résidents, le remplacement de tous les fauteuils par des sièges ergonomiques adaptés au travail au microscope ainsi que l'acquisition d'une nouvelle caméra et d'un grand écran haute définition, assurent maintenant un milieu d'apprentissage à la fine pointe permettant d'accueillir davantage de résidents. La capacité d'attraction de l'HMR en pathologie en sera d'autant plus améliorée.

Aménagement de la clinique d'enseignement à l'intention des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA)

La Fondation HMR a également soutenu l'acquisition d'équipement et de mobilier pour l'aménagement d'une clinique d'enseignement à l'intention des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Depuis quelques années, le nombre de patients atteints de cette maladie neuromusculaire est en augmentation et le Service de neurologie déploie beaucoup d'énergie pour mieux répondre aux besoins de ces patients et de leurs proches (expérimentation d'un outil d'évaluation, dépliant d'information, groupe de travail interdisciplinaire, rencontre de soutien pour les patients, etc.). Un espace adapté pour rencontrer ces patients et leur offrir des services spécifiques et de l'enseignement a donc été aménagé. Une balance pliante pour fauteuil roulant, un appareil servant à mesurer la force respiratoire, du mobilier et de l'équipement informatique ont notamment été acquis.

Projet d'Unité d'enseignement en soins oculaires et visuels

L'HMR a collaboré étroitement cette année avec l'Université de Montréal (UdeM) et son École d'optométrie pour mener une étude de faisabilité d'une unité d'enseignement en soins oculaires et visuels qui répondrait aux besoins des étudiants en optométrie, contraints d'aller aux États-Unis pour leur stage d'exposition aux pathologies oculaires.

Il existe une collaboration de longue date entre l'École d'optométrie de l'UdeM et l'HMR, notamment au niveau de la recherche et du programme de formation au doctorat en sciences de la vision, programme unique au Canada depuis 2011. Depuis 2014, des discussions entre les deux institutions visent à mettre en place à l'HMR, un projet pilote d'unité d'enseignement qui répondrait non seulement aux besoins de formation clinique des étudiants en optométrie, mais aussi à ceux de nos résidents de médecine familiale et de nos externes en médecine. En plus

de profiter d'une exposition importante et variée, les étudiants développeraient les compétences inhérentes au dépistage des pathologies par l'enseignement et la rétroaction des ophtalmologistes. Au surplus, cela constituerait une expérience de collaboration interprofessionnelle et de co-développement pour laquelle ils ont été formés dans les trois cours de collaboration en sciences de la santé (CSS) qui sont offerts aux étudiants de toutes les disciplines de la santé de l'UdeM.

Il importe de souligner que cette unité d'enseignement permettrait d'accroître considérablement l'accès aux soins oculaires et visuels en accueillant quelque 9 600 patients par année. La population de l'Est de Montréal comporte un important bassin de personnes âgées vivant avec des problèmes de santé visuelle. Plusieurs ont déjà fait l'objet d'une demande de consultation en ophtalmologie et sont sur la liste d'attente pour être examinés à l'HMR. Cette unité d'enseignement apportera une réponse adaptée à leurs besoins et favorisera l'accès à l'excellence des soins offerts à l'HMR.

1 187 participants en formation médicale continue

L'HMR a le souci d'offrir des activités de formation continue aux médecins omnipraticiens et aux professionnels de la santé qui nous réfèrent des patients. Chaque année, huit colloques sont organisés dans nos murs à leur intention. Les contenus sont déterminés par une étude de besoins et ils visent l'amélioration de la prise en charge des usagers en première ligne. Ces activités, accréditées pour le développement professionnel continu, sont très appréciées des médecins de famille de notre territoire. Quelque 900 médecins sont abonnés à nos infolettres pour s'inscrire aux différentes activités offertes.

En 2014-2015, voici les sujets couverts et le nombre de participants

25 avril 2014	Santé de la femme	149 participants
9 mai 2014	Radiologie	99 participants
19 septembre 2014	Ophtalmologie	144 participants
24 octobre 2014	Orthopédie	158 participants
28 novembre 2014	Maladies infectieuses	175 participants
23 janvier 2015	Urgences courantes au bureau	178 participants
20 février 2015	Nouveautés en pharmacologie	106 participants
20 mars 2015	Neurologie	178 participants
Total de participants		1 187 participants

Ces activités permettent un réseautage indispensable entre les médecins omnipraticiens du territoire et les médecins spécialistes de notre établissement. Des professionnels d'autres établissements assistent à ces activités de perfectionnement par visioconférence, ce qui contribue à une diffusion plus large de l'expertise de l'HMR et au rayonnement de nos cliniciens.

RECHERCHE

La découverte de la molécule au potentiel énorme, la UM-171

L'équipe du Dr Guy Sauvageau, hématologue de l'HMR et chercheur de l'Institut de recherche en immunologie et en oncologie (IRIC) de l'Université de Montréal, a effectué une percée ayant un énorme potentiel grâce à la découverte d'une nouvelle molécule UM-171 qui a la propriété de multiplier les cellules souches présentes dans le sang de cordon ombilical. Cette molécule permet d'augmenter significativement la disponibilité des cellules souches compatibles pour traiter les patients atteints de maladies telles que les leucémies, les lymphomes et les myélomes. Cette thérapie représente pour de nombreux patients un traitement de dernier recours.

Subventions majeures pour la Dre Sandra Cohen

Afin de valider la molécule UM-171 et de mettre au point un traitement répondant à tous les standards de qualité et reconnus par Santé Canada, la D^{re} Sandra Cohen a piloté deux demandes de fonds majeurs qui ont reçu l'aval des organismes subventionnaires. Ainsi, D^{re} Cohen a obtenu, à titre de chercheur principal, une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada pour le projet « Étude clinique de phase I/II utilisant UM-171 pour l'expansion du sang de cordon » au montant de 1 M \$ ainsi qu'une subvention de l'Institut de recherche de la Société canadienne du cancer pour le projet « Expansion of human cord blood hematopoietic stem cells with UM171 in a fed-batch culture system » au montant de 1,25 M \$. Ces subventions permettront au D^{re} Cohen et à ses collègues de commencer des essais cliniques de phases 1 et 2.

Création de la Chaire Caroline Durand

La Fondation Caroline Durand confirme sa confiance en l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en créant la Chaire Caroline Durand. Le don exceptionnel de 5 M \$ à la Fondation HMR appuiera la recherche en thérapie cellulaire des maladies de l'œil. La thérapie cellulaire et la recherche en ophtalmologie constituent deux des priorités de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. L'HMR est donc la seule institution au Canada où l'on retrouve les expertises et la technologie de pointe dans ces deux domaines.

Le Centre de recherche augmente son budget de recherche

Pour une quatrième année consécutive, le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) continue de gravir les échelons du classement général du *Canada's Top 40 Research Hospitals List*, passant du 28^e au 25^e rang des établissements de recherche ayant le plus augmenté son budget de recherche au cours de l'année 2013, soit une augmentation de 16 %.

Faisant partie des cinq centres ayant le plus augmenté leur budget de recherche, l'HMR a réussi, grâce à l'octroi de subventions et de contributions financières du secteur public et privé, à hausser son budget de recherche de 16,2M\$ à 18,9M\$. Ce montant vise à appuyer le travail exceptionnel qu'effectuent les 59 équipes de recherche constituées de chercheurs chevronnés, de stagiaires postdoctorales, d'étudiants et d'assistants de recherche et de personnel spécialisé.

Une percée prometteuse dans la lutte contre le cancer

L'équipe du D^r El Bachir Affar, chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et professeur agrégé du Département de médecine de l'Université de Montréal, a effectué une percée prometteuse dans la lutte contre le cancer. Leur étude a été publiée dans le numéro de mai 2014 de la prestigieuse revue scientifique *Molecular Cell*.

Grâce aux efforts considérables en recherche sur le cancer, la science commence à expliquer comment une cellule normale devient cancéreuse et pourquoi certains patients résistent ou ne répondent pas aux thérapies. À cet égard, les recherches en oncologie moléculaire menées par l'équipe du D^r Affar, visent à mieux comprendre les défauts moléculaires qui caractérisent les cellules cancéreuses. Leurs travaux ont permis de mettre en lumière une des fonctions de l'enzyme UBE20, qui, dans certains cas, empêche le gène BAP1, nommé suppresseur de tumeurs, de protéger le matériel génétique de la cellule dans le noyau. La réalisation de cette étude a bénéficié de l'expertise de l'équipe de recherche du D^r Marc Therrien, chercheur et directeur scientifique de l'Institut de Recherche en Immunologie et Cancer (IRIC) de l'Université de Montréal.

De l'espoir pour les patients atteints de rétinopathie diabétique

Les résultats d'une étude menée par le D^r Przemyslaw (Mike) Sapielha, Ph.D., titulaire de la Chaire de recherche du Canada en biologie cellulaire de la rétine, ont été présentés dans l'édition du mois de novembre 2014 du *Journal of Clinical Investigation*. Cette étude démontre un nouveau mécanisme par lequel les neurones sévèrement stressés de la rétine, dans des conditions comme le diabète, peuvent contribuer à une inflammation destructrice dans l'œil. Cette étude identifie que deux molécules produites par les neurones sont de puissants attracteurs d'une nouvelle sous-catégorie de cellules immunitaires (les phagocytes mononucléaires neuropiline-positives). Ces cellules jouent un rôle déterminant dans la croissance exagérée de vaisseaux malades dans l'œil. C'est ce qui est au cœur de la progression de la rétinopathie diabétique.

À la suite de cette découverte, l'équipe du laboratoire du D^r Sapielha est à développer un médicament expérimental. Ce médicament permettra de réduire efficacement la croissance pathologique de vaisseaux rétiniens associée à l'inflammation.

Effectifs du Centre de recherche

Chercheurs	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Réguliers	39	39	39
Associés	18	17	18
Cliniciens	101	102	99
Total	158	158	156
Étudiants	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Fellow	6	6	6
Stagiaires postdoctorat	20	23	21
3 ^e cycle	54	54	51
2 ^e cycle	40	42	38
Total	120	125	116

Nombres d'articles parus dans des revues avec comité de pairs en 2014-2015: 108.

Bourse de la Fondation Cole et Bourse Jeffrey Michael Cherbaka

Madame Nadine Sen Nkwe Dibondo et Monsieur Haithem Barbour, tous deux étudiants au doctorat dans l'unité de recherche de D^r El Bachir Affar, se sont mérité une bourse annuelle de 21 000 \$ de la Fondation Cole ainsi que la bourse Jeffrey Michael Cherbaka.

Bourse Sylvie Hébert

Madame Kalonji Ntumba est l'une de deux récipiendaires de la Bourse Sylvie Hébert. Elle travaille sous la supervision du D^r Bruno Larrivée et dont les recherches portent sur l'utilisation de virus pour concevoir et produire de nouvelles molécules qui ciblent les vaisseaux sanguins anormaux présents dans les cancers et les rétinopathies. Plus spécifiquement, le glioblastome qui est un cancer fatal du cerveau présentant des vaisseaux sanguins anormaux qui contribuent à sa résistance à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Le deuxième récipiendaire est monsieur Frédéric Duval qui travaille sous la supervision de la D^{re} Nathalie Labrecque et dont les travaux visent à développer de nouvelles approches de vaccination thérapeutique antitumorale. Il s'agit ici d'éduquer le système immunitaire du patient à l'aide de la vaccination afin que celui-ci reconnaisse et détruise la tumeur tout en générant une mémoire immunitaire spécifique pour cette tumeur afin d'empêcher une éventuelle rechute.

CENTRE D'EXCELLENCE EN SOINS INFIRMIERS

Congrès mondial du SIDIIEF

Le Centre d'excellence en soins infirmiers (CESI) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est fier de participer au 6^e congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) qui se tiendra à Montréal du 1^{er} au 5 juin 2015.

À l'automne 2014, l'équipe du CESI a soumis une vingtaine de communications et l'ensemble d'entre elles a été accepté par le comité scientifique du SIDIIEF. Ces communications scientifiques portent sur différents projets et mettent de l'avant les meilleures pratiques infirmières. Ainsi, 28 infirmières auront l'occasion de partager et d'échanger, par le biais de conférences, les changements de pratique initiés par leurs équipes. Grâce à la contribution financière de la Fondation HMR, près d'une centaine d'infirmières auront le privilège d'assister à l'une des cinq journées du congrès leur permettant de vivre une expérience unique de partage des savoirs avec la communauté infirmière internationale francophone.

Réalisation de recherches en sciences infirmières

L'année 2014-2015 fut fructueuse pour le CESI en ce qui a trait à la recherche en sciences infirmières. Une des études réalisées au Programme-clientèle d'oncologie porte sur l'implantation de l'outil de dépistage de la détresse utilisé au niveau national. Financée par la Fondation HMR et par l'Association canadienne des infirmières en oncologie, cette étude apporte un éclairage nouveau sur le phénomène de la détresse vécue par les patients atteints d'un cancer hématologique ou d'un cancer du sein. Les résultats laissent présager des retombées importantes tant sur les interventions infirmières à mettre de l'avant que sur la prise en compte accrue de l'expérience des patients.

Appui au déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée

En lien avec sa mission de développement des meilleures pratiques, le CESI a joué un rôle de leadership de premier ordre dans le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Plusieurs outils de transfert de pratique ont été créés comme un algorithme d'évaluation infirmière de la mobilité, un outil d'enseignement destiné à la personne âgée et une vidéo de formation à l'intention des équipes afin de mieux évaluer l'état d'un patient ayant chuté.

Principales modifications apportées durant l'exercice

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

Résultats obtenus – exercice 2014-2015

Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité

En août 2014, l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015 a été transmise par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. En raison de discussion sur le budget impliquant le MSSS, l'Agence et l'établissement, la signature fut reportée.

S'appuyant sur les priorités régionales 2014-2015, les engagements de l'établissement sont regroupés selon les programmes cliniques et les secteurs administratifs suivants :

- **Santé publique** : le contrôle et la prévention des infections nosocomiales ainsi que la vaccination du personnel soignant à l'égard de l'influenza;
- **Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)** : le séjour à l'urgence des personnes de 75 ans et plus évalué en fonction du séjour moyen sur civière et du pourcentage de 48 heures et plus sur civières;
- **Santé mentale** : l'accessibilité à des services de suivi intensif dans le milieu et aux services de 2^e et 3^e ligne ainsi que le séjour à l'urgence évalué en fonction du séjour moyen sur civière et du pourcentage de 48 heures et plus sur civières;
- **Santé physique** : l'accessibilité autant à l'urgence qu'en chirurgie, en cardiologie, en imagerie, en radiooncologie;
- **Le désencombrement des urgences** : le nombre moyen de patients en attente de ressources extra-hospitalière et le taux de déclaration en hébergement des personnes de 75 ans et plus;
- **Ressources humaines** : l'assurance-salaire, les heures supplémentaires, le recours à la main-d'œuvre indépendante;
- **Ressources informationnelles** : le nombre d'accès utilisateur au visualiseur du DSQ.

En plus des attentes propres à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, une annexe portant sur le pôle 1 (un regroupement des CSSS de la Pointe-de-l'Île, Lucille-Teasdale et Saint-Léonard-Saint-Michel et des Hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini) a été ajoutée. Cette annexe comporte des attentes administratives et des engagements plus quantitatifs au niveau du désencombrement des urgences. Ils sont regroupés en fonction des programmes suivants :

- **Gouvernance** : pérenniser la gouvernance au sein du pôle, y intégrer le DRMG et assurer la cohérence et la synergie entre les composantes;

- **Désencombrement des urgences :** compléter l'outil AINÉES pour chaque patient âgé, monitorer et diminuer les transports ambulanciers évitables, identifier les grands consommateurs, diminuer le nombre de visites à l'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus, diminuer le nombre moyen de patients en attente de soins palliatifs ou d'hébergement dans des lits de courte durée en limitant la durée maximale de séjour après la fin de soins actifs à six jours;
- **Première ligne (services généraux) :** rendre plus fluides les corridors de services entre l'urgence et la première ligne, en mettant en place un projet pilote permettant d'identifier le médecin traitant et en renforçant l'accès aux services diagnostiques;
- **Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) :** Poursuivre l'intensification de services au SAD et déposer une proposition d'organisation des services de gériatrie et de psychogériatrie;
- **Santé mentale :** transfert de l'équipe SIM de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont vers le CSSS Lucille-Teasdale et poursuivre un projet de réorientation afin d'améliorer l'utilisation des lits de psychiatrie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Résultats

Au niveau du contrôle des infections, le bilan est demeuré stable ou s'est amélioré au cours de l'exercice 2014-2015 selon le germe analysé. Malgré les efforts déployés, entre autres au niveau du recrutement, le ratio attendu d'infirmière en prévention d'infection par 100 lits n'a pu être maintenu.

La situation à l'urgence (les indicateurs touchant autant les personnes âgées, la santé mentale que la santé physique) demeure une préoccupation constante pour l'établissement. De nombreux efforts ont été réalisés, tant en amont qu'en aval avec les CSSS du territoire de desserte et l'appui de l'Agence. Plusieurs éléments ont également été déployés dans l'établissement pour améliorer ces processus et la fluidité de la clientèle. Malgré ces multiples efforts et la coordination avec les établissements du pôle 1, les différents indicateurs sont restés relativement stables. Des plans d'actions spécifiques sont en place pour améliorer la situation.

Au niveau de l'accessibilité en chirurgie, des efforts importants ont été réalisés. Le volume de chirurgie est en hausse, la légère baisse pour les chirurgies hospitalisées étant compensée par une hausse au niveau des chirurgies d'un jour. L'accès à des plateaux techniques dans d'autres établissements, par le maintien de zone franche, a été maintenu. Un projet de réorganisation au bloc opératoire pour améliorer la productivité est en cours. Des actions ont également été mises en place dans le cadre du projet de fluidité de la clientèle pour maintenir l'accessibilité aux lits d'hospitalisation. Un effort marqué a été réalisé également pour gérer une deuxième offre dans un autre centre hospitalier, mais le taux de refus est extrêmement élevé. En ce qui concerne la

chirurgie oncologique, le temps d'attente en chirurgie oncologique n'est toutefois pas reflété adéquatement dans les statistiques étant donné que les patients sont inscrits sur la liste dès le début du protocole clinique préchirurgical (qui peut durer plusieurs mois avant que le patient ne soit prêt pour la chirurgie).

Au niveau de l'imagerie médicale, certains délais excèdent les attentes, ceci étant causé autant par le manque de plateau technique que le manque de ressources humaines. Des efforts de réorganisation du travail et des plages horaires sont faits afin d'améliorer la situation.

Les cibles en cardiologie sont atteintes.

Au niveau des différents ratios de main-d'œuvre, les cibles fixées dans l'entente de gestion ont été très majoritairement atteintes. Du point de vue des ressources informationnelles, la cible au niveau du nombre d'accès utilisateurs au niveau du DSQ a été largement dépassée. L'attente de l'équilibre budgétaire constituait également une attente inscrite dans l'entente de gestion et d'imputabilité. Ce sujet est traité à la section 9, États financiers et analyses des résultats, du présent rapport.

Cycle quadriennal 2012-2016 d'Agrément Canada

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

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

Un incontournable de ce cycle d'agrément est sans doute l'évaluation de la satisfaction de la clientèle de l'HMR à l'égard des soins et services reçus. Le sondage sur la satisfaction de la clientèle 2013-2014 a débuté le 1^{er} juillet 2013 et s'est terminé le 30 juin 2014. De nouveaux secteurs et de nouvelles questions ont été ajoutés ce qui permettra de mieux couvrir toute la population desservie et de bien cerner leurs besoins. L'échantillon comporte 91 clientèles différentes pour un total de 6 134 répondants répartis dans les quatre segments suivants : la clientèle hospitalisée, la clientèle ambulatoire en cliniques externes, la clientèle en chirurgie d'un jour et la clientèle en médecine de jour. Outre la satisfaction envers les services offerts, ce sondage permet d'identifier les dimensions auxquelles une attention particulière est requise. Il est intéressant de noter que le niveau de satisfaction de la clientèle est demeuré très élevé avec un taux de 87 %.

On se souviendra que lors de l'exercice précédent en 2010-2011, les résultats indiquaient également un très bon niveau de satisfaction de la clientèle, soit 86,7%.

Sécurité des soins et des services

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

DÉCLARATIONS DES INCIDENTS ET ACCIDENTS

Globalement, on note une diminution de 1 % du nombre des déclarations des incidents et accidents (I/A), comparativement à la valeur de référence, soit la moyenne des trois dernières années. Par rapport à l'année 2013-2014, nous constatons une diminution de 5 %. Cette diminution s'explique en partie par l'implantation du nouveau formulaire de déclaration des incidents et accidents AH-223 en vigueur depuis le 1^{er} avril 2014 à l'HMR et dans tout le réseau ainsi que par une diminution des erreurs liées à l'administration des médicaments.

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

Par rapport à la gravité, il est à noter que les événements sans conséquence pour l'utilisateur (gravité A, B, C et D) représentent 84,9 % de l'ensemble des I/A déclarés en 2014-2015.

Quant aux accidents de gravité E, F, G, H et I (avec conséquence), nous notons une faible augmentation soit de 0,8%, par rapport à la valeur de référence, représentant 14,9% du volume des déclarations. Cette augmentation se situe au niveau de la gravité E1 et est liée aux accidents dans les trois catégories suivantes : « chutes », « traitement » (drains et technique i.v.) et « autres types d'événements » (blessures d'origine connue/inconnue et plaies de pression).

Nous avons eu deux événements sentinelles (gravité G) dans la catégorie « médicament » (iv-infiltration) et dans la catégorie chute (civière).

CHUTE

Nous notons une augmentation de 5,9% du nombre de chutes par rapport à la valeur de référence et de 1,4% par rapport à 2013-2014.

En ce qui a trait aux chutes avec conséquences (gravité E1 à I), celles-ci ont augmenté de 9,3% par rapport à la valeur de référence, représentant 21,9% par rapport à l'ensemble de chutes, comparativement à 20,1% en 2013-2014.

MÉDICAMENTS

Nous constatons une diminution de 17,2% par rapport à la valeur de référence ainsi que par rapport à 2013-2014 (3,57/1000 ordonnances).

Il faut souligner que 97% de ces I/A sont sans conséquence (gravité A, B, C et D) pour l'utilisateur. À titre de comparaison, une étude effectuée en 2013 par le National Health Service d'Angleterre révèle que 16% des erreurs de médicaments (vs 3,2% à l'HMR) ont eu des conséquences sur l'état de santé du patient parmi lesquelles 0,9% ont eu des conséquences très graves allant jusqu'au décès du patient (vs 0,1% à l'HMR).

La posologie demeure le type d'accident le plus fréquemment déclaré, avec un taux de 63,8%, dont l'omission d'administration de médicament représente 43,75%.

DIVULGATION DES ACCIDENTS

En ce qui a trait à la divulgation des accidents de gravité E1 à I, pour lesquels le processus de divulgation est obligatoire, nous notons un niveau de conformité de 97,5% au processus de divulgation comparativement à 85,6% en 2013-2014.

REGISTRE NATIONAL DES INCIDENTS ET ACCIDENTS SURVENUS LORS DE LA PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ ET DE SERVICES

Toutes les déclarations (période du 1^{er} avril au 31 mars 2014) relatives aux I/A ont été transmises, comme prévu, dans le Registre du ministère au mois d'avril 2014. Le deuxième rapport semestriel du ministère démontre clairement l'intégration de la culture de déclaration aux valeurs de l'HMR; le nombre de déclarations représente 1,14% du volume provincial et 3,88% de celui de la région de Montréal.

Comparativement à la moyenne nationale et à celle de la région de Montréal, nous constatons des valeurs semblables à l'exception de la catégorie médication où l'HMR affiche un pourcentage légèrement plus élevé de déclarations. Cependant, il est à souligner que par rapport aux principaux établissements de Montréal, pour cette même catégorie, l'HMR présente un nombre de déclarations relativement semblable. Il est à noter que pour 2014-2015, il n'y aura la publication que d'un rapport couvrant la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Le rapport annuel devrait être publié en septembre 2015.

Le ministre a annoncé également la publication de deux rapports du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS), un groupe d'experts permanent ayant reçu en 2012 le mandat

de faire le point sur les meilleures pratiques en matière de prévention des risques. Ces deux documents concernent respectivement la prévention des chutes et des événements qui ont trait à la médication. Ils contiennent 36 recommandations formulées à l'intention du Ministère, et qui ont mené à l'élaboration d'un plan d'action ministériel (Plan d'action ministériel déposé aux membres).

Parmi les actions retenues dans le Plan d'action ministériel publié en novembre 2014, pour la prévention des chutes, mentionnons la création d'une table provinciale, l'utilisation d'une grille d'évaluation du risque de chute à l'urgence et la mise en place d'un calendrier de remplacement pour l'équipement jugé non sécuritaire. D'autres mesures du plan d'action concernent la prévention des événements en lien avec les médicaments, notamment l'intensification du déploiement du bilan comparatif du médicament. Notons que plusieurs éléments du Plan d'action ministériel sont déjà en place à l'HMR.

MESURE DE CONTRÔLE DES USAGERS

Le résultat de la prévalence de l'année 2014-2015 est à 2 % comparativement à la cible de 2,60 % (moyenne des deux dernières années). Les formations sur l'utilisation sécuritaire du matériel de contention et sur le programme national afin de réduire le recours à la contention ont été révisées, par le comité arrimage chutes et contentions, pour mieux outiller le personnel de soins dans la prise de décision complexe et pour favoriser une utilisation judicieuse et sécuritaire. Ces formations sont toujours offertes dans le programme de développement des ressources humaines.

RECOMMANDATIONS DU CORONER

Durant l'année 2014-2015, notre établissement a reçu trois rapports du coroner, dont deux comportant des recommandations. Les recommandations du coroner ont confirmé la validité des mesures mises en place par l'HMR visant la prévention de la récurrence des accidents semblables ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux patients. Voici la liste des mesures qui ont été mises en place :

Notons que 11 recommandations du coroner concernant d'autres établissements ont été retenues et acheminées aux directions et programmes concernés. De ce nombre, quatre font l'objet de mesures visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité de nos processus de soins.

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

Examen des plaintes et promotion des droits

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

- 232 plaintes reçues en 2014-2015; 255 ont été conclues en cours d'exercice;
- 320 motifs de plainte répertoriés. Remarque: un même dossier peut comporter plus d'un motif d'insatisfaction. Par conséquent, le nombre de motifs est plus élevé que le nombre de dossiers de plainte;
- 165 motifs de plainte ont donné lieu à des mesures d'amélioration;
- Provenance des plaintes: 72,27 % émanent des usagers, 24,22 % des représentants et 3,52 % d'un tiers.
- Délai du traitement des dossiers de plainte: 92,55 % ont été traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours.

Nombre de motifs de plainte par catégorie

	2014-2015		2013-2014		2012-2013	
Accessibilité	81	25,31%	47	19,83%	63	33,16%
Aspects financiers	10	3,13%	9	3,80%	2	1,05%
Droits particuliers	51	15,94%	26	10,97%	11	5,79%
Organisation du milieu et ressources matérielles	31	9,69%	21	8,86%	14	7,37%
Relations interpersonnelles	70	21,88%	58	24,47%	49	25,79%
Soins et services dispensés	76	23,75%	76	32,07%	51	26,84%
Autres	1	0,31%	-	0%	-	0%

Faits saillants des plaintes traitées par le médecin examinateur.

- 64 plaintes reçues en 2014-2015; 69 ont été conclues en cours d'exercice;
- 77 motifs de plainte répertoriés. Remarque: un même dossier peut comporter plus d'un motif d'insatisfaction. Par conséquent, le nombre de motifs est plus élevé que le nombre de dossiers de plainte;
- 15 motifs de plainte ont donné lieu à des mesures d'amélioration;
- Provenance des plaintes: 73,91 % émanent des usagers, 18,84 % des représentants, 4,35 % d'un professionnel et 2,90 % d'un tiers;

- Délai du traitement des dossiers de plainte : 82,62 % ont été traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours.

	2014-2015		2013-2014		2012-2013	
Accessibilité	3	3,90%	2	3,41%	2	3,39%
Aspects financiers	0	0%	0	0%	1	1,69%
Droits particuliers	3	3,90%	2	2,41%	1	1,69%
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0%	0	0%	0	0%
Relations interpersonnelles	29	37,66%	32	38,55%	17	28,81%
Soins et services dispensés	42	54,55%	47	56,63%	38	64,42%
Autres	0	0%	0	0%	0	0%

Conseil et comités du conseil au 31 mars 2015

Conseil d'administration

Membres	
Karine BÉAZERA	Sylvie MERCIER
Isabelle BÉRUBÉ	Marie-José NEVEU
Manon BOILY, secrétaire	Rossana PETTINATI
Guylaine BOUCHARD	Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente
Serge BOULAY	Luc RICHARD
D ^r Pierre BOURGOIN	Michel SÉVIGNY, trésorier
Steeve GAUTHIER	Patrice SIMARD
John LEBOUTILLIER, vice-président	Simon TREMBLAY

Principales activités

Au cours de l'exercice 2014-2015, le conseil d'administration a tenu 12 assemblées publiques où il a notamment traité des sujets suivants :

- plan clinique;
- contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal;
- recommandations du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- situation budgétaire périodique;
- plan de retour à l'équilibre;
- la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Le conseil a également suivi de près les dossiers suivants :

- tableau de bord des priorités organisationnelles;
- planification stratégique;
- suivi des travaux de construction;
- situation d'emprunts;
- travaux du commissariat local aux plaintes et à la qualité des services;
- désignation du Centre universitaire d'ophtalmologie;
- plan maître immobilier;
- chantier des technologies de l'information.

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

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Membres	Invités d'office
Manon BOILY	Sylvia PROVOST
John LEBOUTILLIER	M ^e Sarah-Anne SAVOIE
Marie-Josée NEVEU	
Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente	
Rossana PETTINATI	

Principales activités

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

- finalisation et adoption du cadre conceptuel en matière d'éthique et du règlement de régie interne;
- réalisation du plan de travail 2014-2015 qui a permis notamment de répondre aux priorités du conseil d'administration et aux normes de qualité d'Agrément Canada en matière de gouvernance;
- réalisation d'un plan d'action relatif à la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

COMITÉ DE RÉVISION DU TRAITEMENT DES PLAINTES

Membres
Marie-Josée NEVEU, présidente
D ^{re} Hélène SAINT-JACQUES
D ^r Jacques TREMBLAY

Principales activités

Le comité de révision du traitement des plaintes a tenu trois réunions au cours de l'année 2014-2015. Au cours de ces rencontres, cinq demandes ont été traitées et aucune n'est en attente de traitement. L'ensemble des plaintes examinées étant en lien avec les soins et services offerts.

De ces demandes, deux plaignants et deux professionnels ont été entendus par le comité de révision. Le comité a confirmé les conclusions du médecin-examineur dans l'ensemble des dossiers étudiés.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Membres	Invités d'office
Nycol PAGEAU-GOYETTE, présidente	Manon BOILY
John LEBOUTILLIER	Réjean BILODEAU
Patrice SIMARD	

Principales activités

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

- rapport financier annuel;
- rapport annuel de gestion;
- octroi du contrat pour les services d'audit de l'exercice 2014-2015;
- revue du rapport sur les dépenses de fonction;
- revue des recommandations des auditeurs externes;
- approbation des lettres de missions pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et pour le fonds de Santé au travail;
- revue du plan de services d'audits.

Une réflexion a également été faite quant à la pertinence d'un vérificateur interne.

De plus, les sujets spécifiques suivants ont été abordés :

- gestion des risques;
- la revue du rapport financier au 31 mars 2014 pour la Société de gestion du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (SGETC) et de la revue de la nomination des auditeurs externes pour l'exercice 2014-2015 de la SGETC.

COMITÉ DES AFFAIRES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES

Membres	
Karine BENAZERA	Michel SÉVIGNY, président
Isabelle BÉRUBÉ	Patrice SIMARD
Steeve GAUTHIER	
Marcel LAFRANCE	Invités d'office
John LEBOUTILLIER	Manon BOILY
Nycol PAGEAU-GOYETTE	Réjean BILODEAU

Principales activités

Durant l'année, le comité a tenu 13 réunions au cours desquelles les dossiers suivants ont été traités :

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

Le comité a également passé en revue les dossiers suivants :

- planification budgétaire;
- suivis des travaux de construction;
- suivis des recommandations du CMDP;
- plan triennal – volet équipement non médical 2012-2013;
- entente de gestion et d'imputabilité;
- plan d'optimisation;

- plan de retour à l'équilibre;
- le processus d'approvisionnement.

De plus, les sujets spécifiques suivants ont été abordés :

- suivis des travaux du chantier des technologies de l'information;
- projet de loi 10 : identification des actions prioritaires avant la dissolution du C.A de l'HMR le 31 mars 2015;
- plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) – 2014-2017.

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

Comité de vigilance et de la qualité

Membres	
Manon BOILY	Claudel GUILLEMETTE
Serge BOULAY	Martine LEBLANC
Louise CHÂTEAUVERT	Sylvie MERCIER, présidente
Diane DESJARDINS	

Principales activités

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé différents rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité, l'accessibilité et l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes lors des cinq rencontres du calendrier 2014-2015. En outre, le comité a reçu, étudié et donné suite à trois recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

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

Le comité s'est penché sur cinq dossiers relatifs à des plaintes transmises au Protecteur du citoyen. Sur les cinq dossiers, deux plaintes ont nécessité des recommandations. L'analyse du rapport semestriel du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les incidents et accidents (du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014) ainsi qu'un plan d'action ministériel issu de deux rapports du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) sur les meilleures pratiques en matière de prévention des risques ont fait l'objet d'une présentation en novembre 2014. Le rapport annuel 2013-2014 du comité des usagers a été déposé en

octobre 2014. Le rapport annuel 2013-2014 de l'Approche adaptée de la personne âgée (AAPA) et le rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) pour les données 2012-2013 ont été déposés en février 2015.

Le comité a été informé que le comité stratégique pour la fluidité de la clientèle à l'urgence et en hospitalisation a mis fin à ses activités en date du 31 mars 2015. Les projets à finaliser ont été transférés aux programmes-clientèles afin qu'ils assurent les suivis appropriés.

Notons que le projet de la réduction des activités hospitalières pour la période estivale et des fêtes font l'objet d'un suivi rigoureux par les membres du comité.

Le projet « Porteur de dossiers des pratiques organisationnelles requises (POR) » du Programme Qmentum d'Agrément Canada a été présenté. Chaque POR comprend un nombre variable de tests de conformités auxquels l'HMR doit se conformer annuellement afin d'obtenir le statut d'établissement agréé.

Le comité a pris connaissance de la révision du règlement CA-007 – règlement relatif à la révision annuelle de la répartition des lits de l'établissement (adoption en février 2015 par le Conseil d'administration) et il a procédé à l'adoption de la politique et procédure GR-RA02 – Gestion de l'utilisation des appareils radiologiques, en mars 2015.

Comité de gestion et de la qualité des risques

Membres	
Claire BÉLIVEAU	Ginette LAFRANCE
Manon BOILY, présidente	Marcel LAFRANCE
Sylvie CHAREST	Martine LEBLANC
Louise CHÂTEAUVERT	Sylvie MARTEL
Steve GAUTHIER	Hélène MÉNARD
Claudel GUILLEMETTE	Simon TREMBLAY
Marie-Claude GRONDIN	

Principales activités

Conformément au mandat qui lui est attribué, le comité a reçu et analysé plusieurs rapports portant sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers lors des huit rencontres du calendrier 2014-2015.

De plus, le comité a assuré un suivi de l'ensemble des indicateurs inclus dans les tableaux de bord détaillés concernant la situation de l'urgence, les infections nosocomiales et postopératoires, les incidents et accidents, les événements sentinelles, les plaies de pression, les mesures de contrôle, les recomman-

ditions du coroner, l'accessibilité à la chirurgie, à l'imagerie médicale, à la radio-oncologie et à l'hémodynamie ainsi que les alertes et rappels, l'entretien préventif des équipements médicaux et les plaintes des usagers.

Le comité a également effectué un suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services en invitant :

- L'ensemble des équipes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) à venir présenter le bilan de leurs travaux visant l'atteinte de la conformité aux pratiques organisationnelles requises et critères d'Agrément Canada.
- Chaque porteur de dossier POR à venir présenter l'état de situation de la ou les POR dont il est responsable.

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

Comité des usagers

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

Au cours de l'année 2014-2015, le comité des usagers (CU) de l'HMR a poursuivi sa lancée pour promouvoir sa visibilité intra-muros de façon spécifique.

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

Les membres du CU ont contribué à la réalisation des activités initiées par l'AAB dans le cadre de la fête des Mères, de la fête des Pères et des festivités liées à la période des fêtes, et ce, pour les usagers hospitalisés durant ces périodes.

Dossier spécial visant la promotion du CU de façon particulière

Les festivités du 60^e anniversaire de l'HMR, plus particulièrement la journée des employés du 19 juin 2014, fut une occasion pour les membres du CU de rencontrer le personnel de l'HMR. Une table promotionnelle a été installée sur le site de l'événement. Une bouteille d'eau sur laquelle étaient apposés les logos du CU et de l'HMR de même que le bandeau des 60 ans fut offerte au stand du CU.

Partenariat avec les directions et les programmes visant la promotion du CU

- Partenariat avec la Direction de la recherche en lien avec un projet de recherche en physiothérapie ayant pour objectif de prévenir le déconditionnement des patients greffés de moelle osseuse. Ce projet, piloté par les D^{rs} Imran Ahmad, François Desmeules et madame Claudia Maltais, physiothérapeute, offrait une opportunité au Comité des usagers de promouvoir sa visibilité au Centre de recherche plus particulièrement dans le secteur de greffe de cellules souches.
- Partenariat avec le Programme-clientèle de la santé de la mère et de l'enfant – élaboration d'un projet de surveillance pour la sécurité des enfants et poupons.

Partenariat via le guichet unique

Partenariat réalisé avec la Direction des services multidisciplinaire pour la production du dépliant intitulé La promotion de la mobilité et des activités à l'intention du patient et de ses proches « Pas besoin d'une prescription : bouger, c'est la santé ! » Cette publication constitue un outil de promotion pour le CU.

Comité des usagers maître d'œuvre

Le calendrier 2015 de l'HMR (mural et de table) a été réalisé par le comité des usagers avec l'appui du Service des techniques audiovisuelles et de la Direction des communications, des affaires publiques et du développement. C'est la seconde année que le CU réalise le calendrier de l'HMR. Il s'agit d'une opportunité de visibilité pour notre comité.

Activités du CU intra-muros

- Participation au Prix Phoenix visant à reconnaître la compétence et le travail des infirmières et des infirmiers. Un membre du CU, madame Paulette Sicard, siégeait au comité de sélection.
- Élaboration de grilles de calcul du nombre d'heures de bénévolat effectuées annuellement par les membres du comité des usagers. Au cours de l'année 2014-2015, 857 heures de bénévolat ont été effectuées par les membres du CU.
- Réalisation de l'assemblée annuelle du CU le jeudi 9 octobre 2014. Madame Gaétane Pelletier, chef du Registre des donneurs de cellules souches à Héma-Québec, était la conférencière. Elle a parlé de l'importance du recrutement de donneurs de cellules souches.

Outil de communication

Le site Internet www.cuhmr.com a été rehaussé.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Membres du comité exécutif	
Don KÉLÉNA AWASSI	D ^r Michel A. LAVERDIÈRE
D ^{re} Claire BÉLIVEAU, présidente	D ^{re} Martine LEBLANC
Manon BOILY	D ^r Francis MÉTHOT
D ^r Alain BONNARDEAUX	D ^{re} Marie-Jo OLIVIER
D ^r Louis-Philippe FORTIER	D ^{re} Sabine TRAHAN

Principales activités

Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a tenu 15 réunions durant l'exercice 2014-2015, étudié les dossiers soumis à son attention et émis 94 recommandations auprès du conseil d'administration et de ses comités. Les recommandations émises touchaient divers sujets, entre autres :

- nomination des nouveaux membres du CMDP;
- nomination du médecin examinateur et des médecins-examineurs substitués;
- nomination des membres du comité de révision;
- suivi / Comité de discipline;
- suivi des diverses recommandations du Comité de pharmacologie incluant : dossiers divers, addition et retrait de médicaments au formulaire;
- suivi des recommandations du Comité d'examen des titres incluant : nomination de nouveaux membres, modification de statut et privilèges, congé de service et démission de membres du CMDP;
- mise à jour de règlements départementaux;
- adoption de modifications aux règlements du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Conseil multidisciplinaire

Membres	
Louise CHÂTEAUVERT	Émilie MERCIER
Julie DUMAS	Manon ST-HILAIRE
Joëlle FRASER	Thérèse THIRY
Sylvie MARTEL	Simon TREMBLAY, président

Principales activités

Le Conseil multidisciplinaire (CM) a poursuivi ses activités en plus de préparer la transition du CM vers le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. En plus de sa présence sur les comités de l'établissement, voici le résumé des différentes activités tenues par le conseil.

- Le CM a tenu l'édition 2014 de son programme de bourses d'étude, de perfectionnement et de rayonnement. En collaboration avec la Fondation HMR, six bourses ont été décernées.
- Dans le cadre du projet « Savez-vous qui nous sommes? » le CM a tenu, en septembre 2014, deux journées de présentation. Afin de favoriser la pratique collaborative à l'intérieur des équipes de soins et encourager le travail en synergie, huit groupes de professionnels ont présenté leurs rôles cliniques à l'HMR. À la suite de ce projet, le CM a entrepris la production de vidéos résumant le rôle des professionnels. À ce jour, trois capsules vidéo ont été tournées.
- Le CM de l'HMR, instigateur de la table d'échange des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires (CECM) de l'Est de Montréal l'an dernier, a poursuivi sa participation aux rencontres. Cela lui a notamment permis de mieux connaître ses partenaires, d'établir des actions communes et de favoriser la transition vers le nouveau CIUSSS.
- Le CM a publié un article dans chaque édition du Suivi afin d'informer ses membres de ses activités.
- Le CM a révisé le fonctionnement des comités de pairs afin de leur permettre un meilleur accès à des projets de différentes formes et de bénéficier de leur soutien. Neuf projets provenant de différents programmes et professions ont vu le jour.

Membres	
Mariève AUBIN	Samia HACHED, vice-présidente
Beverly BLAISE	Josée HOULE
Manon BOILY	Ginette LABBÉ
Virginie GAGNÉ DE COURVAL	Karine LE BRETON
Steeve GAUTHIER, président	Valérie RICHARD
Claude GUILLEMETTE	Béatrice SOLON

Liste des membres du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)	
Hassna BENZEROUAL, vice-présidente	Josée MARTINEAU
Jean-Philippe DUBÉ	Marine SIROIS, présidente
Alexandre DROUIN	Ginette LABBÉ

Conseil des infirmières et des infirmiers

Principales activités

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

- La poursuite des travaux lors des rencontres du comité exécutif. En accord avec les règlements de régie interne, le CII a tenu cinq CECII pour l'année 2014-2015;

- Le président siège au conseil d'administration et sur différents comités du conseil, soit le comité des affaires humaines et scientifiques et le comité des affaires financières et matérielles;
- Le comité a présenté une recommandation au conseil d'administration dans le contexte des travaux entourant la révision de la structure de gouvernance de l'HMR;
- Le comité a émis un avis au conseil d'administration sur nos préoccupations relativement avec les compressions budgétaires effectuées dans l'établissement qui exercent une pression exercée sur les équipes en soins infirmiers;
- Le CII a produit un avis à la Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services en septembre 2014 sur le processus d'implantation de la note au dossier;
- Une motion d'appui en lien avec l'avis émis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur la prestation sécuritaire des soins a été présentée par le comité;
- Plusieurs membres du CECII se sont impliqués au sein de différents comités dont le comité de la gestion de la qualité et des risques, le comité d'éthique, le comité des pratiques professionnelles, le comité interdirections de l'enseignement, le comité d'accessibilité de la note au dossier, le comité organisateur de la semaine des équipes de soins infirmiers, le comité organisateur et le comité de sélection des Prix Phoenix et finalement, le comité de sélection des bourses du conseil multidisciplinaire;
- Il a continué de rédiger des articles informatifs sur une base régulière dans le journal interne de l'HMR, notamment cette année sur l'évolution de l'infirmière au courant des soixante dernières années. Il a également alimenté la page Facebook du CII de l'HMR tout au long de l'année;
- Le CII continue de rencontrer les nouvelles infirmières lors de leur première journée d'orientation;
- Le CII assura la transmission d'informations susceptibles d'intéresser les infirmières en lien avec la qualité des soins infirmiers sur sa page intranet ainsi que sur sa page Facebook;
- Le CII maintient ses interventions afin de diffuser les activités du Centre d'excellence en soins infirmiers grâce aux différents moyens de communication du CII;
- Il a collaboré à la rédaction et à la diffusion de divers documents d'informations, notamment les «Savoir STAT». Cette année, les sujets ont été les suivants : la prise en charge de delirium (juin 2014), l'omission d'administration des médicaments (octobre 2014), refonte de la note au dossier en soins infirmiers (janvier 2015), l'utilisation optimale du matériel de soins (janvier 2015) et l'Approche adaptée à la personne âgée (mars 2015);
- Les CII-Causeries ont continué d'obtenir une bonne popularité auprès des infirmières et des infirmières auxiliaires et une forte présence aux cinq activités que nous avons eues en 2014-2015 nous rend très fiers de cet outil que nous avons développé pour rejoindre nos membres;
- Il a poursuivi son support auprès du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) afin de soutenir le développement de ce comité du CECII. Le CIIA a actuellement cinq nouveaux membres actifs avec des rôles définis pour chacun des membres. Ils ont eu trois journées de travail cette année, en plus d'avoir la présence d'une représentante du comité lors de chaque rencontre du CECII;

- Le comité de la relève infirmière démontre toujours la motivation des jeunes infirmières à s'investir au sein de la profession et de notre organisation. Le comité relève a poursuivi son implication pour la préparation des candidats à l'exercice de la profession infirmière pour l'examen de l'OIIQ. Il présentera encore un kiosque lors de la semaine des équipes de soins. Il a créé différentes activités de réseautage (bateau-dragon, cabane à sucre). Finalement, il travaille actuellement à se fixer des objectifs pour l'année à venir tels que le développement d'un club de lecture et l'élaboration d'une stratégie afin de créer un forum d'échange;
- Le comité a collaboré étroitement à l'organisation de la Semaine de l'équipe des soins infirmiers, une semaine de reconnaissance pour les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, qui s'est tenue au cours du mois de mai 2014. De plus, nous sommes très impliqués à la préparation de celle qui se tiendra en mai prochain 2015;
- Les membres du CII sont également engagés à faire rayonner l'HMR auprès des différents partenaires du réseau de la santé du Québec, notamment par la présence d'une de nos membres à la commission des infirmières régionale (CIR). De plus, notre président est vice-président de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ).
- Le CII a poursuivi son partenariat avec la Banque Nationale, une entente qui nous permet en échange de visibilité à l'HMR d'obtenir le financement nécessaire pour offrir le repas lors de nos CII-Causerie.

Comité d'éthique de la recherche

Membres	
Officiers du CÉR	
D ^r Peter VAVASSIS, président	D ^r Stéphane P. AHERN
D ^r François MARQUIS	D ^{re} Lynne SENÉCALI
Denise Vaillancourt	
Membres permanents	
Paule SAVIGNAC	M ^{re} Brigitte PÂQUET
Marceline QUACH	Louise CHAINEY
Mathieu Roy	
Membres substitués	
Helen ASSAYAG	Karine BÉDARD
Philippe BOUCHARD	Valérie CÔTÉ
Karine DAOUST	Johanne DE CHAMPLAIN
Lise DOMINIQUE	Marie-Anne DOUCET
Kristine GOYETTE	Marie HIRTLE
Sébastien LORMEAU	Denis PROJEAN
Brigitte St-PIERRE	

Mandat

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

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

Enjeux

Au cours de l'année 2014-2015, les principales activités ont été :

- 514 projets actuellement en cours dans la banque de données;
- 139 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année, comparativement 132 pour l'exercice financier précédent;
- 20 réunions plénières du comité d'éthique de la recherche ont eu lieu;
- une réunion extraordinaire de CÉR a eu lieu;
- deux réunions par mois du comité des évaluations déléguées pour l'examen des documents relatifs au suivi continu des effets indésirables et des brochures d'investigateur des projets de recherche ont eu lieu;
- deux réunions par mois du comité des évaluations déléguées (correspondances) pour l'examen relatif au suivi continu des projets de recherche ont eu lieu;
- un minimum de trois réunions par semaine du comité des évaluations déléguées;
- (accélérées) pour l'évaluation des documents référés par le CÉR ainsi que des documents urgents et pour approbation éthique ont eu lieu;
- 18 400 documents ont été évalués en comité restreint;
- de ce nombre, 127 nouvelles études ont été présentées en monocentrique (un seul site);
- douze nouvelles études ont utilisé le mécanisme multicentrique (plus d'un site au Québec);
- parmi ces projets, six étaient sous l'égide de l'article 21, avec des participants qui sont des personnes mineures ou inaptes;
- donc, de ce nombre 42 nouvelles études (soit : 30,21 %) sont subventionnées par des compagnies pharmaceutiques;

- ainsi que 97 nouvelles études (soit 69,79 %) sont non subventionnées ou le sont par des organismes subventionnaires publics.

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

Enfin, le CÉR soutient le développement d'une culture de l'éthique à la fois propice à la qualité des activités de recherche ainsi qu'à la collaboration avec les équipes de recherche et des partenaires. Le comité d'éthique de la recherche tient à jour une page « Comité d'éthique de la recherche » sur le site Web de l'établissement offrant une accessibilité des documents et une grande visibilité pour les équipes de chercheurs et de nos partenaires, et ce, à l'international.

Ressources humaines

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

Effectifs de l'établissement	Exercice en cours (31 mars 2015)	Exercice antérieur (31 mars 2014)
Personnel détenteur de poste (activités principales seulement)		
Personnel-cadre		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	154	173
Temps partiel		
• Nombre de personnes	7	8
• Équivalents temps complet	4,6	6
Nombre de cadres en stabilités d'emploi	0	0
Personnel régulier		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	2 324	2 410
Temps partiel		
Nombre de personnes équivalents temps complet	1 484	1 477
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	913,12	926
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 224 342	2 366 766
Équivalents temps complet	1 217	1 295

Les femmes représentent 78% des employés et les hommes 22%. Pour la répartition de la main-d'œuvre par groupe d'âge, la génération des 35 ans et moins est de 41%, la génération des 36-47 ans est de 29% et celle des 48 ans et plus est de 30%. Le nombre d'embauches a diminué de 8%, passant de 557 à 510, tandis que le nombre de départs a augmenté de 35%, passant de 549 à 743, compte tenu du transfert d'une centaine d'employés de la Direction de la santé publique vers le CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal. De plus, le taux de roulement a augmenté, passant à 14,80%. La moyenne d'âge est de 40 ans.

États des résultats et analyses des résultats

L'exercice financier s'est terminé avec un déficit au niveau du fonds d'exploitation de 3 676 095 \$, soit un déficit au niveau des activités principales de 3 999 625 \$ et un surplus découlant des activités accessoires de 323 530 \$ tel que présenté au rapport financier annuel AS-471 à la page 358.

Le déficit aux activités principales inclut des indemnités de fin d'emploi découlant de la « loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux » notamment par l'abolition des agences régionales. Le montant total des indemnités qui ont dû être comptabilisées est de 1 473 049 \$. Si on exclut ce montant, le déficit des activités principales pour l'exercice 2014-2015 est de 2 526 576 \$.

Considérant le déficit observé en 2013-2014 et les cibles d'optimisation imposées pour l'exercice 2014-2015, un plan de retour à l'équilibre sur deux ans avait été présenté et prévoyait un déficit de 2,5 M \$ en 2014-2015 à résorber en 2015-2016, ainsi qu'un financement additionnel du MSSS de 3,5 M \$ concernant le Centre d'excellence en greffe de cellules hématopoïétiques à recevoir en 2014-2015. Le plan a été transmis avec la recommandation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence). Toutefois, dans sa décision datée du 24 février 2015, le MSSS réitérait sa position à savoir qu'aucun financement en lien avec la demande de l'établissement ne serait accordé. On peut donc conclure qu'à l'exclusion des indemnités de fin d'emploi, l'établissement a plus que respecté son plan de retour à l'équilibre, en absorbant le manque à gagner découlant de la décision du MSSS.

La majorité des mesures identifiées dans le plan de retour à l'équilibre a été réalisée. Des économies ponctuelles et le report de certaines activités constituent autant de mesures complémentaires pour pallier à celles qui avaient été identifiées et qui ont rencontré plus de difficultés à s'actualiser.

Les volumes d'activités sont restés relativement stables en 2014-2015 dans l'ensemble de l'établissement. On note une légère baisse des jours-présences en soins de courte durée en santé physique et d'une hausse du nombre d'admissions. Certaines hausses méritent d'être soulignées : le nombre d'accouchements (11,88%), les procédures dans les laboratoires de biologie médicale (4,68%), les examens en endoscopie (16,71%) les unités techniques provinciales en imagerie médicale (4,69%, particulièrement en tomographie et en résonance magnétique) et les traitements en hématologie (2,70%). On doit également souligner l'amélioration des ratios de performance dans plusieurs centres d'activités, notamment : les soins de courte durée en santé physique, à l'urgence, en obstétrique et aux laboratoires de biologie médicale.

Analyse des principales variations dans les revenus et les charges des activités principales

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

PRINCIPALES VARIATIONS DANS LES REVENUS ET LES CHARGES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES

L'augmentation de 7 970 510 \$ des revenus de l'Agence et du ministère de la Santé et des Services Sociaux provient principalement de l'indexation de 6 392 298 \$ du budget associé aux produits sanguins de 3 925 036 \$, du financement associé au programme d'accès en chirurgie pour 2 128 587 \$ et de l'imposition de mesure d'optimisation qui sont venus réduire le budget de l'établissement de 4 435 657 \$.

Au niveau des dépenses, la réduction de 131 913 heures rémunérées (1,6 %), a permis de contenir l'accroissement de la masse salariale à 3 288 939 \$ (incluant les indemnités de fin d'emploi de 1 473 049 \$ découlant de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux). Les médicaments ont augmenté de 2 103 994 \$, une croissance de 7,28 %, alors que les fournitures médicales et chirurgicales se sont accrues de 729 303 \$, une croissance de 2,4 %. Les produits sanguins ont connu une croissance importante de 3 925 036 \$ ou 22,5 %, mais ces produits font l'objet d'une subvention particulière, donc n'a pas d'impact sur les résultats nets de l'établissement.

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

En terminant, nous tenons à souligner que le total des dons remis à l'établissement par la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont s'élève à 3 051 543 \$.

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

DISPOSITION GÉNÉRALE

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration de la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;

3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques relatives à l'établissement;

4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

5. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect significatif dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;

6. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect significatif dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;

7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires significatifs qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement; le simple actionnariat sans position de contrôle ou d'influence substantielle n'est pas considéré significatif;

8. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires significatifs au sens de l'alinéa précédent.

L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;

2. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance en tant que membre du conseil d'administration pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;

4. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité déclarée par la loi ou les règlements comme étant incompatible, ou qui est autrement manifestement incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

5. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- a) est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté pour des motifs autres que le bien de l'établissement ou des bénéficiaires à préférer certains d'entre eux, ou que son jugement et sa loyauté envers l'établissement peuvent être défavorablement affectés;
- b) n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel significatif, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

6. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt de l'établissement ou de ses bénéficiaires;

7. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait être consenti ou qui lui est manifestement consenti dans le but d'influencer sa décision;

8. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

Régir ou interdire des pratiques liées à la rémunération de ces personnes

1. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté comme membre du conseil d'administration;

2. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les cas prévus par la loi;

3. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;

2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent Code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

3. Le président ou le vice-président peut désigner une ou des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation et aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie; le membre du conseil qui fait l'objet d'une telle enquête doit y collaborer loyalement;

4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;

5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration, selon le cas;

6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête, le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;

7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du Code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au Code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;

9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;

10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;

2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de faire l'affirmation solennelle de discrétion selon la formule contenue à l'annexe du présent code ou de toute autre formule au même effet.

LA PUBLICITÉ DU CODE

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;

2. L'établissement doit publier, dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;

3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
- b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
- c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

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

Annexe 1 – Résultats et cibles concernant l'entente de gestion

		2014-2015	
		Cible	Résultats
Santé publique			
1.01.17-EG2	Présence d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI)	À réaliser	Réalisé
1.01.18-EG2	Présence d'un programme structuré de prévention des infections	À réaliser	Réalisé
2.02.02-EG2	Niveau de réalisation moyens des 4 étapes pour l'élimination des zones grises dans les unités de soins de courte durée	100%	
	la délégation d'un responsable de la gestion des zones grises		
	la réalisation d'un relevé des équipements, matériels et surfaces		
	la désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire de chaque item		
	mise en place d'un registre de suivi de désignation		
1.01.19.1-PS	Taux d'infections nosocomiales (diarrhées associées au Clostridium difficile) inférieurs ou égaux aux seuils	9,0 (8,6-9,5)	
1.01.19.2-PS	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs inférieurs ou égaux aux seuils	1.3	
1.01.19.3-PS	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies à SARM) inférieurs ou égaux aux seuils	USI mixte = 3,15	
1.01.11-EG1	Respect du ratio d'infirmières au programme de prévention des infections	1 ETC/100 lits	
1.01.11 D-EG2	Respect du ratio d'infirmières au programme de prévention des infections		
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
1.09.02-EG1	Séjour moyen sur civière des personnes 75 ans et plus	12	34.25
1.09.04-EG1	Pourcentage de séjour 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0%	27.7%
Santé mentale			
1.08.06-PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	40	30
1.08.07-EG1	Séjour moyen (h) sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12	31.2
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0	20.7
1.08.10-EG1	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	0	12
Santé physique			
Séjours à l'urgence			
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière	12	24.07
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0%	16.20%
1.09.31-PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	20%	39.22%

Hémodynamie - Chirurgie cardiaque - Électrophysiologie

1.09.08A-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	100%	100%
1.09.08B-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	90%	99.94%
1.09.10A-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais en électrophysiologie - Catégorie A	100%	
1.09.10B-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais en électrophysiologie - Catégorie B	75%	

Chirurgie - Délais respectés

	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour:		87.7%
1.09.20.01-PS	Arthroplastie totale de la hanche	90%	69.6%
1.09.20.02-PS	Arthroplastie totale du genou	90%	58.6%
1.09.20.03-PS	Cataracte	90%	88.2%
1.09.20.04-PS	Chirurgie d'un jour	90%	88.6%
1.09.20.05-PS	Chirurgie avec hospitalisation	90%	88.3%

Chirurgie - En attente depuis plus d'un an

1.09.32 EG2 N	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 18 mois	ND	1198
1.09.32.01-EG2	Arthroplastie totale de la hanche	0%	10
1.09.32.02-EG2	Arthroplastie totale du genou	0%	15
1.09.32.03-EG2	Cataracte	0%	13
1.09.32.04-EG2	Chirurgie d'un jour	0%	840
1.09.32.05-EG2	Chirurgie avec hospitalisation	0%	320
1.09.32.06-EG2	Chirurgie bariatrique	ND	0

Imagerie médicale : Demandes en attente

1.09.34-EG2 N	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour chacun des 9 examens diagnostics	90%	
	Graphie	90%	100.0%
	Scopie	90%	38.5%
	Mammographies diagnostiques	90%	56.3%
	Echographies obstétricales	90%	100.0%
	Échographies cardiaques	90%	42.8%
	Échographies mammaires	90%	60.0%
	Autres échographies	90%	57.8%
	Tomodensitométrie	90%	62.6%
	Résonances magnétiques	90%	39.3%

Imagerie médicale : Examens lus

1.09.35-EG2 N	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins pour chacun des 9 examens diagnostics	90%	
	Graphie	90%	90.0%
	Scopie	90%	94.8%
	Mammographies diagnostiques	90%	99.7%
	Echographies obstétricales	90%	99.6%
	Échographies cardiaques	90%	99.8%
	Échographies mammaires	90%	99.9%
	Autres échographies	90%	88.9%
	Tomodensitométrie	90%	88.9%
	Résonances magnétiques	90%	93.7%

Imagerie médicale : Demandes réalisées

	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle électorale à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour chacun des 9 examens diagnostics	90%	
1.09.36-EG2 N	Graphie	90%	96.91%
	Scopie	90%	73.14%
	Mammographies diagnostiques	90%	93.98%
	Echographies obstétricales	90%	94.59%
	Échographies cardiaques	90%	72.70%
	Échographies mammaires	90%	98.57%
	Autres échographies	90%	88.33%
	Tomodensitométrie	90%	95.13%
	Résonances magnétiques	90%	86.16%

Imagerie médicale : Rapports transcrits

	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des 9 examens diagnostics	90%	
1.09.36-EG2 N	Graphie	90%	20.2%
	Scopie	90%	53.7%
	Mammographies diagnostiques	90%	96.7%
	Echographies obstétricales	90%	99.1%
	Échographies cardiaques	90%	100.0%
	Échographies mammaires	90%	97.8%
	Autres échographies	90%	80.0%
	Tomodensitométrie	90%	65.5%
	Résonances magnétiques	90%	46.0%

Oncologie

1.09.07-PS	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90%	99.8%
1.09.33.01-PS	Pourcentage des patients traités pour chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (calendrier)	90%	46.9%
1.09.33.02-PS	Pourcentage des patients traités pour chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (calendrier)	100%	80.2%
1.09.42.01-01-CD N	Pourcentage des cas de cancer transmis par rapport au cas de cancer attendus au Registre québécois du cancer (RQC)	83%	

Désencombrement des urgences

4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients en processus ou en attente et occupant des lits de courte durée d'évaluation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers	3	8.5
4.01.05-EG2	centre d'hébergement et de longue durée (excluant santé mentale)	3	4.7
4.01.06-EG2	ressources non institutionnelles (excluant la santé mentale)	3	1.5
EG	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS et du programme PHPE des 75 ans et plus	4.99%	

Ressources humaines

Optimiser l'utilisation de la main d'œuvre en réduisant le ratio d'assurance salaire de manière à respecter la cible

3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.50%	5.97%
Poursuivre les efforts afin de maintenir le pourcentage des heures supplémentaires:			
3.05.01-PS	par les infirmières	6.49%	5.6%
3.05.02-PS	par l'ensemble du personnel	3.30%	2.9%

Optimiser l'utilisation de la main d'œuvre en réduisant le recours à la main d'œuvre indépendante de manière à respecter la cible

Recours à la main d'œuvre indépendante:			
3.06.01-PS	infirmière	2.50%	1.42%
3.06.02-PS	infirmière auxiliaire	0%	0%
3.06.03-PS	préposés aux bénéficiaires	0.77%	0%
3.06.04-PS	inhalothérapeutes	0.00%	0%
3.07-PS	Nombre d'infirmières spécialisées en soin de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	2	
3.08-PS	Avoir mis à jour le plan de main d'œuvre de l'établissement	À réaliser	Réalisé
3.09-PS	Avoir complété trois démarches concertées de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	À réaliser	Réalisé
3.10-PS	Avoir mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	À réaliser	Réalisé
3.13-PS	Etre accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	À réaliser	

Annexe 2 – Rapport de l’auditeur



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
1, Place Ville Marie
Bureau 3000
Montréal QC H3B 4T9
Canada

Tél. : 514-393-7115
Télec. : 514-390-4116
www.deloitte.ca

Rapport de l’auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d’administration du
Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de l’Est-de-l’Île-de-Montréal

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l’état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l’exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour l’exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d’événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d’un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l’annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l’auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d’audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d’un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que les subventions gouvernementales afférentes aux acquisitions d'immobilisations sont comptabilisées comme revenus reportés au fonds d'immobilisations et amorties au même rythme que les immobilisations tel que demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son *Manuel de gestion financière*. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert. Les Normes comptables canadiennes pour le secteur public prévoient la comptabilisation à titre de produits de ces subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et lorsque les bénéficiaires ont satisfait aux critères d'admissibilité. Le financement de certaines immobilisations par paiement de transferts fédéraux devrait donc être imputé directement aux résultats de l'exercice au cours duquel les critères sont rencontrés.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de la situation décrite au paragraphe précédent, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des surplus (déficits) cumulés, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Deloitte S.E.N.C.R.L. /s.r.l.*¹

Le 26 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A120628

Annexe 3 – Extraits du rapport financier annuel

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tous les revenus de la recherche afférents aux acquisitions d'immobilisations sont comptabilisés comme revenus reportés au fonds d'immobilisation et amortis au même rythme que les immobilisations tel que demandé par le MSSS dans le manuel de gestion financière. Cette pratique contrevient aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-2015	R	L'établissement se conforme aux directives du MSSS. Les ajustements requis seront apportés advenant une harmonisation des référentielles.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'auditeur n'a pu exprimer une opinion sur la conformité de l'unité de mesure "La procédure et la procédure pondérée" pour le centre d'activités 6604 "Anatomopathologie" puisqu'il n'est pas possible d'obtenir la liste des procédures par patient.	2012-2013	R	La problématique découlait du système informatique et une mise à jour a été réalisée au cours de 2014-2015	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
S/O						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

Il n'existe pas de processus documenté pour la création, la modification et la suppression des privilèges d'accès à l'application Médi-Accès.	2012-13	C	Le processus a été documenté au cours de l'exercice.	R		
Il existe un manque de ségrégation de tâches incompatibles au niveau du processus de gestion des accès pour Médi-Accès.	2012-13	C	La situation a été revue au cours de l'exercice.	R		
Les fournisseurs externes Médiosolution et Logibec ont un accès permanent à l'environnement de production de leur système respectif.	2012-13	C	Les pilotes des applications seront sensibilisés sur les bonnes pratiques présentées dans la norme NSI 4.3.1 (norme HMR) et un suivi particulier sera effectué à la Direction des ressources informationnelles		PR	
Des demandes d'accès à GRM et GRF n'ont pas été documentées.	2012-13	C	Des mécanismes ont été mis en place et la procédure a été documentée.	R		
Il n'existe pas de processus formel permettant de supprimer ou de désactiver les comptes utilisateurs Magistra dans un délai raisonnable après le départ des employés.	2012-13	C	Le mécanisme est en place.	R		
Il n'existe pas de procédure de révision périodique des comptes utilisateurs et de leurs privilèges d'accès au niveau des applications GRF, GRM et Magistra.	2012-13	C	Une procédure est rédigée et le suivi est fait.	R		
Il n'y a pas de révision périodique et documentée de la liste des détenteurs de carte d'accès à la salle des serveurs.	2012-13	C	Le processus est formalisé et documenté	R		
Les paramètres de mots de passe ne sont pas systématiquement configurés en fonction de la politique de gestion des mots de passe de l'établissement.	2012-13	C	Les paramètres en place ont été configurés pour respecter la politique de gestion des mots de passe en considérant les capacités des logiciels	R		
La réception du rapport annuel a subi des retards alourdissant le processus d'audit.	2012-13	C	Le délai de réception de certaines informations fut amélioré mais encore beaucoup de corrections et d'ajustements ont été		PR	

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

			faits très tard dans le processus.			
Il y a un manque de ségrégation des tâches incompatibles au niveau du processus de gestion des accès pour G.R.F	2012-13	C	Une ségrégation adéquate a été installée.	R		
Il n'existe pas de processus formel permettant de supprimer ou de désactiver les comptes utilisateurs Magistra dans un délai raisonnable après le départ des employés.	2012-13	C	Une procédure de gestion des départs sera élaborée à la DRHCAJ. La DRI traitera les demandes découlant de cette procédure de façon prioritaire.		PR	
La version de la base de données Oracle pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée	2014-2015	C	Les applications sont disponibles sur une version Oracle plus récente. Le fournisseur transmettra à l'établissement une évaluation pour une migration.		PR	
Les scénarios de tests et les résultats des tests de changements de version apportés aux applications GRF, Virtuo RH et Virtuo Paie ne furent pas documentés et conservés	2014-2015	C	Une politique existe sur la gestion des changements (NSI 4.2). Les pilotes des applications mentionnées seront sensibilisés à l'importance des scénarios de tests, de leur conception à leur documentation			NR
Des anomalies liées à la comptabilisation des activités de recherche ont été décelées lors des travaux d'audit	2014-2015	C	Les correctifs requis seront apportés en 2015-2016			NR

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	409 444 171	380 299 478	30 851 565	411 151 043	394 134 432
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	3 400 000	4 424 641	21 076	4 445 717	3 398 377
Contributions des usagers	3	7 628 789	6 238 054	XXXX	6 238 054	6 318 202
Ventes de services et recouvrements	4	5 223 247	8 556 987	XXXX	8 556 987	5 884 966
Donations (FI:P294)	5	1 900 000		2 805 280	2 805 280	2 113 747
Revenus de placement (FI:P302)	6		91 645		91 645	100 401
Revenus de type commercial	7	1 540 000	1 529 448	XXXX	1 529 448	1 536 552
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	31 140 786	30 479 852		30 479 852	31 378 158
TOTAL (L.01 à L.11)	12	460 276 993	431 620 105	33 677 921	465 298 026	444 864 835
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	287 878 079	287 819 820	XXXX	287 819 820	284 539 097
Médicaments	14	29 684 393	31 008 645	XXXX	31 008 645	28 904 651
Produits sanguins	15	21 532 596	21 345 220	XXXX	21 345 220	17 420 184
Fournitures médicales et chirurgicales	16	30 139 038	30 930 463	XXXX	30 930 463	30 201 160
Denrées alimentaires	17	3 135 916	3 077 892	XXXX	3 077 892	3 121 485
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325)	19	8 676 000	898 703	7 165 142	8 063 845	8 455 415
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	4 435 128	4 067 541	865 073	4 932 614	3 970 697
Créances douteuses	21	908 284	1 270 400	XXXX	1 270 400	1 101 512
Loyers	22	1 642 487	1 029 096	XXXX	1 029 096	1 445 635
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	17 768 682	XXXX	23 394 193	23 394 193	17 445 643
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	55 345 072	53 848 419	(35 998)	53 812 421	52 616 951
TOTAL (L.13 à L.27)	28	461 145 675	435 296 199	31 388 410	466 684 609	449 222 430
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(868 682)	(3 676 094)	2 289 511	(1 386 583)	(4 357 595)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	
		1	2	3	4	Notes
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(32 108 059)	3 340 175	(28 767 884)	(24 410 289)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(32 108 059)	3 340 175	(28 767 884)	(24 410 289)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(3 676 094)	2 289 511	(1 386 583)	(4 357 595)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(458 759)	458 759	0		
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(458 759)	458 759			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(36 242 912)	6 088 445	(30 154 467)	(28 767 884)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	2 756 117	3 080 197	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(32 910 584)	(31 848 081)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(30 154 467)	(28 767 884)	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	12 415 259	(5 101 762)	7 313 497	8 809 477
Placements temporaires	2	130 003		130 003	130 003
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	47 650 689	2 871 182	50 521 871	69 333 537
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	17 941 287	2 286 625	20 227 912	21 493 452
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	5 140 363	(5 140 363)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	27 367 678	8 503 714	35 871 392	23 842 013
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 027 970	1 027 970	736 393
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 099 747	1 210 636	2 310 383	951 858
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	111 745 026	5 658 002	117 403 028	125 296 733
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	65 000 000	56 855 765	121 855 765	133 298 648
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	42 512 209	5 928 695	48 440 904	47 829 998
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	13 016 755	13 016 755	9 401 278
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	57 709	1 825 185	1 882 894	2 259 084
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	16 511 060	23 216 475	39 727 535	38 555 596
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	218 396 679	218 396 679	198 618 521
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	84 002	84 002	120 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	30 589 796	XXXX	30 589 796	31 295 308
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	15 303		15 303	66 156
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	154 686 077	319 323 556	474 009 633	461 444 589
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(42 941 051)	(313 665 554)	(356 606 605)	(336 147 856)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	319 753 999	319 753 999	300 891 733
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	4 598 129	XXXX	4 598 129	4 646 816
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 100 010		2 100 010	1 841 423
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	6 698 139	319 753 999	326 452 138	307 379 972
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(36 242 912)	6 088 445	(30 154 467)	(28 767 884)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(38 596 298)	(297 551 558)	(336 147 856)	(317 785 655)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3				XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(38 596 298)	(297 551 558)	(336 147 856)	(317 785 655)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(3 676 094)	2 289 511	(1 386 583)	(4 357 595)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (Fi:P421)	6	XXXX	(42 256 459)	(42 256 459)	(31 326 482)
Amortissement de l'exercice (Fi:P422)	7	XXXX	23 394 193	23 394 193	17 445 643
(Gain)/Perte sur dispositions (Fi:P208)	8	XXXX			
Produits sur dispositions (Fi:P208)	9	XXXX			
Réduction de valeurs (Fi:P420, 421-00)	10	XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	XXXX	(18 862 266)	(18 862 266)	(13 880 839)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	15	(38 666 287)	XXXX	(38 666 287)	193 920
Acquisition de frais payés d'avance	16	(2 100 010)		(2 100 010)	
Utilisation de stocks de fournitures	17	38 714 974	XXXX	38 714 974	
Utilisation de frais payés d'avance	18	1 841 423		1 841 423	(317 687)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(209 900)		(209 900)	(123 767)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20	(458 759)	458 759	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(4 344 753)	(16 113 996)	(20 458 749)	(18 362 201)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(42 941 051)	(313 665 554)	(356 606 605)	(336 147 856)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(1 386 583)	(4 357 595)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(209 900)	(123 767)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6	390 434	
- Autres	7	(599 854)	(63 814)
Amortissement des immobilisations	8	23 394 193	17 445 643
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	92 427	69 820
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(12 046 372)	5 294 843
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	11 020 928	22 622 725
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	25 671 195	12 943 631
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	35 305 540	31 208 761

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(45 136 795)	(34 976 290)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(45 136 795)	(34 976 290)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	56 785 878	56 104 034
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(13 360 738)	(12 969 641)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(23 646 982)	(33 361 211)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6	(15 100 000)	(2 600 000)
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	63 787 426	65 888 529
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(17 507 786)	(16 956 297)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(42 622 523)	(48 062 893)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	8 335 275	8 042 521
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	(1 495 980)	4 274 992
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	8 939 480	4 664 488
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	7 443 500	8 939 480
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	7 313 497	8 809 477
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18	130 003	130 003
TOTAL (L.17 + L.18)	19	7 443 500	8 939 480

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	18 811 666	13 448 851
Autres débiteurs	2	1 265 540	(663 198)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	16 993	24 330
Frais reportés liés aux dettes	4	(384 004)	(323 217)
Autres éléments d'actifs	5	(1 358 525)	(212 653)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	3 491 242	(3 007 479)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	3 615 477	1 317 266
Intérêts courus à payer	9	(376 190)	263 793
Revenus reportés	10	1 381 359	1 582 736
Passifs environnementaux	11	(35 998)	
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(705 512)	447 046
Autres éléments de passifs	13	(50 853)	66 156
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	25 671 195	12 943 631
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	4 591 821	7 472 157
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	1 825 063	2 178 384
Intérêts encaissés (revenus)	19	6 762 159	6 957 049
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	1 825 184	2 179 682
Intérêts déboursés (dépenses)	21	7 072 715	7 273 474
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22	130 003	130 003
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23	130 003	130 003
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) le 7 juillet 1971. Il a pour mandat d'offrir des soins de qualité à ses patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, de l'enseignement et la recherche.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

a. Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation

d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs, dans le respect des directives du MSSS.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

c. Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

d. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Les entités incluses dans le périmètre comptable de l'établissement ainsi que la méthode de consolidation utilisée sont énumérées à la note complémentaire 16.

e. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des

coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

f. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

g. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

h. Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

i. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La

variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaliser les montants des revenus correspondants.

l. Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1^{er} avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 6.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créiteurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créiteurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

m. Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il, en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

n. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisés au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisation. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

s. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucun frais de gestion ne peut être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

t. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaire : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

u. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

v. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

w. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

3. MODIFICATIONS COMPTABLES

L'établissement n'a eu recours à aucune modification de méthodes comptables, de révisions d'estimations comptables ou de corrections d'erreurs importantes durant l'exercice.

4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de *la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015 l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 17 juillet 2014 relativement au fonds d'exploitation et au fonds d'immobilisations.

6. INSTRUMENTS FINANCIERS

a. Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

b. Juste valeur des instruments financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers.

c. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

7. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du AS-471.

8. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuilles, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, la valeur à la cote, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 du AS-471.

9. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2013, d'une valeur nominale de 39 131 918\$, au taux effectif de 3.14%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 1 828 658\$, échéant en 2023.	37 303 260\$	39 131 918\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 9 225 000\$, au taux effectif de 2.02%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 1 025 003\$, échéant en 2018.	8 199 997\$	9 225 000\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 6 788 937\$, au taux effectif de 2.09%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 271 558\$, échéant en 2018.	6 517 380\$	6 788 937\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 21 781 266\$, au taux effectif de 2.94%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 871 251\$, échéant en 2024.	21 781 266\$	0\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 016 125\$, au taux effectif de 2.56%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 145 161\$, échéant en 2022.	1 016 125\$	0\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 9 562 154\$, au taux effectif de 2.24%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 382 486\$, échéant en 2025.	9 562 154\$	0\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 23 646 982\$, au taux effectif de 2.43%, garanti par le gouvernement, remboursement annuel de 1 389 891\$, échéant en 2027.	23 646 982\$	0\$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 155 391 281 \$, à un taux moyen pondéré de 3.34% ou variant de 2.41% à 5.09%, garantie par le gouvernement, remboursement annuel de 6 059 780\$, échéant entre 2016 et 2034	107 228 656\$	140 059 142\$
Obligation découlant de contrat de location acquisition à un taux fixe variant de 3.04% à 3.75% remboursement annuel de 380 780\$, échéant entre 2015 et 2016	429 951\$	987 405\$
Emprunt envers le fonds d'exploitation ne portant pas intérêts et n'ayant aucune échéance	2 710 908\$	2 426 119\$
Total	218 396 679\$	198 618 521\$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui

prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2015-2016	11 833 464
2016-2017	11 833 464
2017-2018	11 306 721
2018-2019	11 355 245
2019-2020	8 808 047
2020-2021 et subséquents	163 259 738
Total	218 396 679

10. PASSIFS ENVIRONNEMENTAUX

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. Ce terrain faisant l'objet d'un usage productif est contaminé par des réservoirs sous terrain qui ont été retiré. À cet égard, un montant de 84 002\$ a été comptabilisé à titre de passifs environnementaux dans les états financiers au 31 mars 2015. Ce montant est basé sur une étude de caractérisation.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

11. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

	Exercice courant			Exercice précédent	
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	26 503 082 \$	26 506 775 \$	27 340 881 \$	25 668 976 \$	26 503 082 \$
Assurance-salaire	3 230 787 \$	7 479 570 \$	7 284 738 \$	3 425 619 \$	3 230 787 \$
Provision pour maladie	1 215 055 \$	4 503 536 \$	4 577 250 \$	1 141 341 \$	1 215 055 \$
Droits parentaux	247 338 \$	1 377 954 \$	1 370 478 \$	254 814 \$	247 338 \$
Allocation rétention hors-cadre	99 046 \$			99 046 \$	99 046 \$
Total	31 295 308 \$	39 867 835 \$	40 573 347 \$	30 589 796 \$	31 295 308 \$

12. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	153 700	0	153 700	153 700
Aménagement des terrains	1 007 832	1 007 832	0	0
Bâtiments	220 804 042	84 766 054	136 037 988	96 644 655
Améliorations locatives	6 563 952	3 636 456	2 927 496	3 583 891
Améliorations majeures aux bâtiments	47 056 407	3 734 432	43 321 975	10 799 389
Matériels et équipements	22 862 617	9 474 955	13 387 662	12 307 239
Équipements spécialisés	101 230 541	42 635 051	58 595 490	58 624 940
Matériel roulant	26 225	15 500	10 725	15 970
Développement informatique	678 269	101 396	576 873	194 423
Réseau de télécommunication	208 737	90 453	118 284	139 157
Location-acquisition	2 488 044	1 938 988	549 056	966 722
Projets en cours	64 074 750	0	64 074 750	117 461 647
Total	467 155 116	147 401 117	319 753 999	300 891 733

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471.

Les travaux en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

13. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 du AS-471.

14. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	7 313 497	8 809 477
Placements temporaires	130 003	130 003
Débiteurs - Agences et MSSS	50 521 871	69 333 537
Autres débiteurs	20 227 912	21 493 452
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	35 871 392	23 842 013
Placements de portefeuille	0	0
Total	114 064 675	123 608 482

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2015, ces actifs financiers étaient investis dans un placement à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et

achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 75.75% pour le présent exercice et 75.38% pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

L'âge chronologique des *autres débiteurs*, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	17 987 000	19 211 162
Autres débiteurs en souffrance :	-	-
Moins de 30 jours	928 100	1 291 289
De 30 à 59 jours	273 733	199 087
De 60 à 89 jours	346 689	196 987
De 90 jours et plus	3 028 892	3 994 944
Sous-total	4 577 414	5 682 307
Provision pour créances douteuses	(2 336 502)	(3 400 017)
Sous-total	2 240 912	2 282 290
Total des autres débiteurs	20 227 912	21 493 452

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	3 400 017	2 556 859
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	(1 003 352)	928 896
Montants recouverts	(60 163)	(85 738)
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	2 336 502	3 400 017

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en

surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créiteurs agences et MSSS, les autres créiteurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée ou des acceptations bancaires à court termes. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créiteurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créiteurs et autres charges à payer sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	44 017 842	45 686 525
De 6 mois à 1 an :	1 507 939	77 145
De 1 à 3 ans :	2 856 258	2 006 199
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :	58 865	60 129
Total des autres créiteurs et autres charges à payer	48 440 904	47 829 998

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants : risque de change, risque de taux d'intérêt et risque de liquidité;

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

ii. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	121 855 765	133 298 648
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	13 016 755	9 401 278
Dettes à long terme	218 396 679	198 618 521

Du montant des emprunts temporaires totalisant 121 855 765 \$, un montant de 65 000 000 \$ portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.3 %, alors que d'autres représentant 2 918 037 \$ portent intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par l'établissement, ils sont exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 231 413 434 \$, un montant de 228 272 575\$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux fixes. Les intérêts à taux fixes sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS ou l'agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 3 140 859 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes, pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

15. PÉRIMÈTRE COMPTABLE ET MÉTHODE DE CONSOLIDATION

L'entité suivante est incluse au périmètre comptable de l'établissement qui la contrôle. Elle est consolidée ligne par ligne dans les présents états financiers :

La Société de Gestion du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (SGCETC) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Renseignements financiers sur l'entité consolidés ligne par ligne :

	Exercice courant	Exercice précédent
Actifs financiers	1 205 052	271 448

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
Passifs	1 037 149	105 005
Actifs financiers nets (dette nette)	167 903	166 443
Actifs non financiers	-	-
Déficits cumulés	(1 936 291)	(939 673)
Revenus	2 898	329 204
Charges	999 516	1 268 877
Déficits de l'exercice	(996 618)	(939 673)

16. BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires : Fonds détenus de 18 657 \$ pour les usagers.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375-00 du AS-471.

17. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

La Fondation HMR est constituée en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est une entité étroitement liée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Trois (3) membres du conseil d'administration de l'Hôpital siègent également sur le conseil d'administration de la Fondation. Tous les dons de la Fondation sont remis à l'Hôpital selon les priorités identifiées par les deux organisations et le total des dons pour l'exercice courant s'élève à 3 051 543 \$. L'actif net de la Fondation HMR se chiffre à 55 227 895 \$ au 31 décembre 2014.

Polyservices Maisonneuve-Rosemont inc. est une entité apparentée avec laquelle l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a transigé au cours de l'exercice 2014-2015. Les charges pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en provenance de cette entité s'élèvent à 738 199 \$ (principalement en lien avec des locations d'espace. En contrepartie l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a présenté des revenus de l'ordre de 4227 \$ en provenance de cette entité.

18. ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

Aucun événement n'est survenu entre le 31 mars 2015 et la date de mise au point définitive des états financiers pour des situations qui ne prévalaient pas au 31 mars mais qui entraîneraient des modifications importantes des actifs ou des passifs au cours du prochain exercice, ou qui auraient ou risqueraient d'avoir des répercussions importantes sur les activités futures de l'établissement.

19. CHIFFRES COMPARATIFS

Les chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

20. ÉVENTUALITÉS

De l'avis de la direction, aucune de ces réclamations ou poursuites ne devrait entraîner des pertes sérieuses pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), pertes qui ne seraient pas couvertes par l'assurance.

a. Litige centre ambulatoire

Dans le cadre de la réalisation des travaux de construction du lot no 2 du Centre ambulatoire, l'HMR a résilié en date du 4 février 2003, le contrat de construction, signé avec le premier entrepreneur général.

Un avis a été adressé à la Caution, CGU compagnie d'assurance générale, pour lui réclamer l'ensemble des dommages subis par l'HMR et les coûts de Buesco Construction Inc.

En parallèle, Buesco Construction Inc. a également déposé une réclamation en dommage contre l'HMR.

L'établissement a perdu en jugement de première instance, mais a porté le jugement en appel. L'évaluation du jugement en capital et intérêts au 8 août 2013 est de 7 M \$.

Le coût de ce projet a été rehaussé par le MSSS à quelques reprises dont l'une occasionnée par le litige en cours portant le coût total du projet du Centre ambulatoire à 74 983 000 \$. Une partie de ce projet, soit 10 M \$, serait financée par les indemnités à recevoir de l'entrepreneur général et sa caution pour couvrir les coûts reliés aux travaux du lot no 2.

b. Griefs

L'évaluation du coût des griefs, déposés par les syndicats, advenant le cas où l'établissement perdait tous les recours et toutes les contestations, s'élève à 1 270 100 \$.

21. ENGAGEMENTS

Le projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence est divisé en trois lots distincts. Le premier lot est l'ajout d'un étage au pavillon J.A. De Sève pour le déménagement des laboratoires au sous-sol du Pavillon Marcel Lamoureux. Le deuxième lot est l'aménagement d'un débarcadère temporaire pour les ambulances. Finalement, le troisième lot est l'agrandissement et le réaménagement de l'urgence.

Le décret accepté par le conseil du Trésor, C.T. 208749 du 9 mars 2010 pour un montant de 64 211 000 \$ fut rehaussé à trois reprises pour atteindre maintenant 75 779 000 \$ incluant 4 060 000 \$ pour l'achat du mobilier et des équipements médicaux spécialisés. La Fondation de L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont contribuera pour une somme de 1 000 000 \$.

La Société Immobilière du Québec agit comme gestionnaire de projet et HMR est reconnu comme maître d'Œuvre du projet. Le financement temporaire réalisé sur le crédit de la SIQ sera transféré périodiquement à Financement Québec.

22. DÉCOUVERT DE BANQUE – FONDS D'IMMOBILISATION

Le découvert de banque du fonds d'immobilisations (5.1M \$) provient principalement d'un déficit historique du fonds de roulement de près de 5.4 M \$ et le différentiel est dû au décalage entre le moment où HMR paie les acquisitions d'immobilisations et le moment où l'Agence verse les liquidités. Le financement et les intérêts reliés à ces transactions ont été effectués via le fonds d'exploitation à même les emprunts temporaires autorisés.

23. ANALYSE FINANCIÈRE À RECEVOIR

L'établissement n'a pas reçu les analyses financières de 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-12, 2012-2013 et 2013-2014.

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	386 944 171	380 299 478	380 299 478	372 338 495
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	3 400 000		4 424 641	3 398 377
Contributions des usagers (P301)	3	7 628 789	6 238 054	6 238 054	6 318 202
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	5 223 247	8 556 987	8 556 987	5 884 966
Donations (C2:P290/C3:P291)	5				
Revenus de placement (P302)	6		91 645	91 645	100 401
Revenus de type commercial (P351)	7	1 540 000	XXXX	1 529 448	1 536 552
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	31 140 786	1 507 122	28 972 730	31 378 158
TOTAL (L.01 à L.11)	12	435 876 993	396 693 286	431 620 105	420 955 151
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	287 878 079	263 470 939	287 819 820	284 539 097
Médicaments (P750)	14	29 684 393	31 008 645	31 008 645	28 904 651
Produits sanguins	15	21 532 596	21 345 220	21 345 220	17 420 184
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	30 139 038	30 930 463	30 930 463	30 201 160
Denrées alimentaires	17	3 135 916	3 077 892	3 077 892	3 121 485
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18			XXXX	
Frais financiers (P325)	19	1 176 000	898 703	898 703	1 112 121
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	4 435 128	4 067 541	4 067 541	3 960 876
Créances douteuses (C2:P301)	21	908 284	1 270 400	1 270 400	1 101 512
Loyers	22	1 642 487	384 417	644 679	1 445 635
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	55 345 072	44 238 691	9 609 728	52 616 951
TOTAL (L.13 à L.24)	25	435 876 993	400 692 911	435 296 199	424 423 672
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(3 999 625)	(3 676 094)	(3 468 521)

Annexe 4 – Statistiques hospitalières 2014-2015

SECTEURS D'ACTIVITÉ 2011-2012 à 2014-2015

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
ADMISSIONS			
Psychiatrie	324	325	309
Longue durée	0	0	0
Nouveau-nés	2 883	2 646	2 520
Courte durée	21 347	20 866	19 233
Total	24 554	22 087	22 062
JOURS-PRÉSENCE (en courte durée)	178 704	181 844	176 884
SÉJOUR MOYEN (en courte durée)	8.33	9.18	9.10
URGENCE			
Psychiatrie (pavillon Rosemont seulement)	473	506	567
Générale	69 555	68 394	63 529
Total	70 028	68 900	64 096
ACTIVITÉS AMBULATOIRES			
Visites			
Unité de médecine familiale	23 448	22 990	21 148
Pédiatrie	29 501	29 124	32 247
Ophthalmologie	75 540	77 734	67 195
Médecine	68 967	68 054	65 652
Hémo-oncologie	66 564	54 187	53 052
Gynéco-Obstétrique	19 824	18 832	23 942
Chirurgie - Urologie - Cystoscopie	60 528	55 623	53 382
Autres	20 070	14 354	14 291
Sous-total	364 442	336 220	330 909
Jour-soins			
Médecine de jour	54 304	50 617	37 573
Total	418 746	386 837	368 482
CHIRURGIE			
Chirurgie d'un jour	12 575	12 224	10 554
Chirurgie avec hospitalisation	5 906	6 012	5 730
Total	18 481	18 236	16 284
ONCOLOGIE			
Greffes de moelle osseuse	198	165	158
Mise en traitement radio-oncologie	2 708	2 919	2 972
Visites hémo-oncologie	66 564	54 187	53 052
NÉPHROLOGIE			
Greffes du rein	55	66	47
Traitements d'hémodialyse	58 955	58 726	56 503
Traitements de dialyse à domicile	16 372	17 706	18 233
OPHTALMOLOGIE			
Greffes de cornée	205	192	155
Chirurgie de la cataracte	2 218	1 892	1 352
Visites cliniques externes	75 540	77 734	67 195

Annexe 5 – Contrats de service



ÉTABLISSEMENT : HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

LOI SUR LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

Contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015 :

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	- \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	15	2 729 539,44 \$
Total des contrats de services	15	2 729 539,44 \$

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 