

Rapport annuel de gestion 2014-2015

Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal



INSTITUT DE RÉADAPTATION
Gingras-Lindsay-de-Montréal

Déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

Le 30 juin 2015

Québec 

Le *Rapport de gestion 2014-2015* est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

Coordination
Nancie Brunet

Recherche
Francine Dicaire

Rédaction
Francine Dicaire et Diane LeBel

Mise en page
Diane LeBel

Référence suggérée
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (2015). *Rapport de gestion 2014-2015*. Montréal.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Le *Rapport de gestion 2014-2015* est disponible à la section « Publications » du site Web de l'Institut sous l'onglet publications :
www.irglm.qc.ca

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	p. 5
1. MESSAGE DES AUTORITÉS.....	p. 6
2. DÉCLARATIONS.....	p. 7
2.1 Déclaration de fiabilité des données.....	P. 7
2.2 Rapport de la direction.....	p. 8
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	p. 9
3.1 Mission.....	p. 9
3.2 Structure de l'organisation.....	p. 9
3.3 Contexte et faits saillants.....	p. 10
3.4 Caractéristiques de la population.....	p. 14
3.5 Description des services offerts.....	p. 15
3.6 Modifications apportées durant l'exercice.....	p. 17
4. RÉSULTATS.....	p. 19
5. CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	p. 24
6. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	p. 45
7. ETATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	p. 46 et 66
8. TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	p. 47 et 68
9. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	p. 48

Annexe 1 – Organigramme.....	p. 54
Annexe 2 – Orientations stratégiques.....	p. 55
Annexe 3 - Etats financiers et analyse des résultats, tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulées par l'auditeur indépendant.....	p. 66
ABBREVIATIONS ET SIGLES.....	p. 99

TABLES DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Tableau 1 – Professions pour lesquelles nous recevons des stagiaires.....	p. 14
Tableau 2 – Suivi des indicateurs 2014-2015.....	p. 19
Tableau 3 – Ressources humaines de l’Institut.....	p. 45
Tableau 4 - Tableau global d'analyse du contrôle des effectifs.....	p. 98
Tableau 5 – Contrats de service.....	p. 98

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Madame,
Monsieur,

Cette année, la clôture de l'année financière marque le début d'une nouvelle ère pour les établissements maintenant regroupés au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal.

Amorcée le 1^{er} avril 2015, la réorganisation administrative du réseau représente une opportunité exceptionnelle de faire autrement pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et services. À cet effet, je tiens d'entrée de jeu à remercier les employés et les médecins pour leur contribution enthousiaste au succès de cette transformation.

Le CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, c'est maintenant 15 000 personnes engagées et profondément dévouées. C'est grâce à elles que nous franchissons les différentes étapes de ce gigantesque chantier à un rythme accéléré mais très bien organisé. C'est grâce à elles également que nous avons déjà commencé à nous démarquer et à rayonner à travers toutes nos missions.

Le rapport annuel de gestion est d'ailleurs une occasion idéale de leur rendre hommage et d'apprécier l'ensemble de leurs réalisations, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan administratif. Je les remercie!

Au cours de la dernière année, les projets menés à bien par les établissements maintenant regroupés, les succès obtenus et les actions mises de l'avant, témoignent de notre vision commune d'offrir des soins et des services dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Ils démontrent également que nous avons maintenu le cap sur une gestion saine et responsable, ce dont nous réjouissons tout particulièrement dans un contexte budgétaire qui représente des défis de taille.

Forts de nos expertises et de nos succès, convaincus que la mise en commun de nos efforts nous permettra de servir plus efficacement la population, nous envisageons l'avenir de notre réseau avec enthousiasme et optimisme. Et nous y travaillerons avec détermination. C'est une promesse.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in blue ink, reading "Sonia Bélanger". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the beginning.

Sonia Bélanger

2. DÉCLARATIONS

2.1 DÉCLARATION DE FIABILITE DES DONNEES

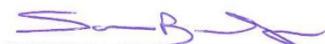
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale, 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'installation Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'installation;
- 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.



Sonia Bélanger
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

2.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'installation Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal 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.

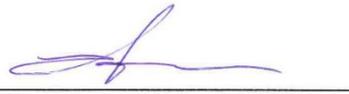
La direction du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son 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 comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Sonia Bélanger
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal



Christian Parent
Directeur des ressources financières
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

3.1 MISSION

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

3.2 STRUCTURE DE L'ORGANISATION

De nouvelles modifications ont été apportées à l'organigramme à la suite de la restructuration organisationnelle majeure qui a eu lieu en 2013 (voir Annexe 1, Organigramme). Notamment, dans la foulée des rapprochements avec le CR Lucie-Bruneau, depuis l'exercice financier 2013-2014, le directeur intérimaire des ressources humaines (qui est le DRH du CRLB) partage son temps entre l'IRGLM et le CRLB. Il en est de même pour la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Au cours de l'exercice financier 2014-2015, le partage de ressources avec le CRLB et l'IRD s'est étendu à d'autres directions.

L'établissement compte toujours quatre programmes (programmes-clientèles, neurologie, blessés médullaires et amputations et BOG) et sept directions : la direction générale, la direction des ressources humaines, la direction des services administratifs, la direction des affaires médicales, la direction des technologies de réadaptation, la direction de l'enseignement et la direction de la recherche.

3.3 CONTEXTE ET FAITS SAILLANTS

L'IRGLM traverse à nouveau des changements fondamentaux, imputables, essentiellement, au processus de rapprochements volontaires qui s'est poursuivi pour un deuxième exercice financier avec le CR Lucie-Bruneau et pour l'exercice financier présent avec un troisième partenaire, l'Institut Raymond-Dewar, et au projet de Loi 10.

En avril 2014, les avis d'intention de fusion des trois établissements sont endossés par les conseils d'administration du CRLB, de l'IRD et de l'IRGLM. L'un des principaux faits saillants de l'année 2014-2015, outre le dossier budgétaire, a donc été, sans conteste, les travaux de rapprochement avec le CRLB et l'IRD, jusqu'en septembre 2014, puis, les travaux pour demeurer ensemble (au moment du dépôt de la Loi 10, l'IRGLM était positionné dans le CIUSSS du Centre de l'île de Montréal) et ne former qu'un seul établissement au sein d'un même CIUSSS.

Un autre fait saillant a été la réussite du «Programme Distinction – Services aux victimes d'AVC», reconnaissance, par Agrément Canada que l'IRGLM « a démontré qu'il fait preuve d'un leadership reconnu à l'échelle du pays en ce qui concerne la prestation de soins de qualité élevée aux victimes d'AVC ».

Au cours de l'année, les projets SAGE des quatre programmes clientèle se sont poursuivis, permettant de promouvoir l'évaluation et l'implantation des meilleures pratiques dont :

- . l'évaluation et le traitement de la douleur auprès de la clientèle LM (boursier de l'AERDPO/AQESS avec le Centre de Réadaptation Lucie Bruneau et l'Hôpital Juif de réadaptation) ;
- . l'évaluation et le traitement de l'hygiène bucco-dentaire de la clientèle dysphagique au programme Neurologie ;
- . le Circuit d'exercices sur les unités du programme Santé Physique et du programme Amputation BOG ;
- . l'implantation de la mesure d'indépendance fonctionnelle au programme Neurologie et Santé physique
- . le dépistage de la conduite automobile,
- . la thérapie miroir pour la douleur fantôme du membre amputé;
- . le dépistage et la prise en charge des plaies.

En ce qui a trait à l'ETMI, l'IRGLM a choisi d'unir ses ressources ceux de ses partenaires du Consortium des établissements de réadaptation exploitant un institut universitaire (CÉRIU) pour codévelopper une UETMI en réadaptation. C'est à travers la réalisation d'une évaluation conjointe que l'unité développe des capacités de production en ETMI.

Récipiendaire d'une bourse du Programme de soutien aux initiatives en ETMI (PSI-ETMI) de l'INESSS, l'équipe de l'UETMI du Consortium des établissements de réadaptation exploitant un institut universitaire (CÉRIU) s'active autour d'un projet rassembleur qui

suscite déjà l'intérêt des milieux utilisateurs. Le projet d'évaluation s'intéresse aux interventions de groupe destinées aux adultes et aux personnes âgées en centre de réadaptation physique (incapacités motrices, sensorielles et du langage). Ce projet vise à documenter si l'intervention de groupe est une option gagnante pouvant faire l'objet d'une transformation majeure de la façon d'offrir les services de réadaptation en déficience physique.

L'unité travaille à documenter la sécurité, l'efficacité, les impacts de l'intervention de groupe. Il inventorie les facilitateurs et les obstacles à considérer, les impacts budgétaires liés à la transformation des interventions individuelles en interventions de groupe et identifie les enjeux éthiques et légaux rattachés à l'intervention de groupe.

Cette démarche d'évaluation comporte deux objectifs soit : la réalisation d'une évaluation conjointement et le développement de capacités de production en ETMI dans un contexte de consortium. La composition du consortium nous encourage à développer une capacité de production à la fois commune et spécifique aux établissements membres et à contribuer à la conception d'une démarche d'évaluation adaptée au monde de la réadaptation et aux services sociaux.

Les connaissances acquises et les produits de ce projet d'ETMI permettront la prise de décision éclairée tant dans les milieux utilisateurs du consortium que dans les autres centres de réadaptation en déficience physique partageant le même contexte d'organisation de services et même au-delà.

Trois projets majeurs d'optimisation ont été réalisés/complétés cette année :

1. Projet approvisionnement de la Direction des technologies de réadaptation (volet logistique opérationnelle, volet procédures, volet gestion des stocks et espace d'entreposage)

L'objectif de ce projet était d'améliorer le suivi des commandes en attente des produits en inventaire et en achat direct, en raison d'une problématique reliée aux délais de la part des fournisseurs.

Résultats:

Ce projet Lean a permis, entre autres, d'avoir un meilleur contrôle des stocks, tout en diminuant la valeur de l'inventaire. De plus, on a constaté une amélioration visuelle : disponibilité d'un catalogue - photo de la pièce, numéro de pièce et emplacement. Enfin ce projet se traduit par une plus grande rapidité dans la livraison de pièces et/ou de matériaux au comptoir.

2. Projet d'harmonisation des équipes hygiène et salubrité, buanderie

Contexte :

Ce projet est né à la suite d'une entente de principe survenue entre l'IRGLM et le syndicat CSN le 20 septembre 2013 afin que l'équipe de l'entretien ménager qui œuvrait déjà au pavillon Lindsay soit déployée au pavillon Gingras. Le contrat avec la compagnie d'entretien ménager Roy au pavillon Gingras a donc pris fin définitivement le 1^{er} février 2014. Le service de la buanderie du pavillon Lindsay a aussi pris en charge la buanderie du pavillon Gingras pour certains lavages à l'interne. De plus l'organisation a été revue en lien avec le contrat avec le buandier externe, la Buanderie Centrale de Montréal, débuté le 14 octobre 2013.

Résultats:

Nous avons mis fin au contrat avec une firme externe d'entretien ménager, avons créé une équipe interne d'hygiène et salubrité capable de respecter les normes de prévention des infections. Un sondage effectué auprès de la clientèle (employés et usagers) a permis de constater un taux de satisfaction de 75% (employés) et de 90,5 à 93% (usagers).

3. Projet de fusion des cuisines

Ce projet qui a consisté en la fusion des cuisines des deux pavillon pour concentrer l'activité alimentaire au Gingras, a permis de mettre fin au contrat d'impartition avec le CHU Ste-Justine pour la préparation des repas, tout en augmentant le taux de satisfaction de la clientèle. Le projet a permis, de plus, une réduction substantielle du gaspillage de nourriture ainsi qu'une diminution des coûts de 500 000 \$. Ce projet respecte en effet plusieurs principes du « LEAN management » en ce qui a trait à son aménagement. Tout d'abord, un atelier Kaizen a eu lieu en mars 2013 pour planifier l'aménagement du secteur de production alimentaire. Les cuisiniers ont donnés plusieurs suggestions afin de rendre leur travail plus performant. De nombreux travaux ont permis de diminuer les déplacements inutiles en améliorant l'emplacement des réserves alimentaires, les outils et équipements utilisés pour une meilleure efficacité. Entre autres changements importants, les réserves froide et congelée qui se trouvaient au sous-sol sont maintenant sur le même étage où les cuisiniers travaillent.

Ensuite, sur le plan de la distribution, une nouvelle courroie d'assemblage des plateaux repas, nommée courroie « B-Lean », fonctionne aussi selon les principes LEAN. Les déplacements sont diminués, tout est à portée de la main et chaque poste à la courroie requiert le même temps d'assemblage, ce qui diminue grandement les moments d'attentes, autrement dit les pertes de temps. Il fallait devenir plus efficace pour réaliser en une seule courroie les plateaux de tous les patients de l'Institut, soit pour les 7 étages des deux pavillons!

Dans le cadre de ce projet, il était important pour nous de planifier le meilleur aménagement possible pour la laverie et d'intégrer le recyclage et le compost dans nos activités quotidiennes. Depuis, la laverie a été complètement redessinée, les déplacements sont beaucoup plus faciles qu'avant et surtout beaucoup moins nombreux entre autre grâce au changement de lave-vaisselle (celui du pavillon Lindsay a été déménagé au pavillon Gingras).

Enfin, le projet de compost et recyclage a été amorcé au cours de 2014-2015. L'îlot multimatières est déjà en fonction dans la cafétéria du pavillon Gingras et la réponse à ce fonctionnement est excellente. Sous peu, les utilisateurs de la cafétéria seront en mesure de faire le tri de leur plateau de repas : compost, recyclage et déchets.

Au cours de l'année 2014-2015, l'IRGLM a continué à rayonner dans les médias traditionnels grâce aux nombreux reportages qui ont été consacrés à notre établissement. De plus, l'Institut brille aussi dans les médias sociaux en raison de sa page Facebook qui compte maintenant plusieurs centaines d'adeptes.

Malgré le défi que présente ce contexte de transformation, les différents intervenants ont poursuivi leurs efforts pour assurer à notre clientèle des soins et des services de haute qualité.

L'IRGLM a réussi à voir plus d'utilisateurs que l'année précédente, tant admis qu'inscrits, grâce à la combinaison des services hospitaliers et des services ambulatoires de réadaptation (SARCA), soit un total de 1940 et a dépassé la cible fixée (voir rubrique 4-Résultats). Le nombre des visites en cliniques externes a été de 5713.

Au chapitre de l'enseignement, durant le dernier exercice, nous comptabilisons 679 stages pour un total de 9 977 jours.

Quant au bénévolat à l'IRGLM, 203 personnes ont effectué du service bénévole durant l'année pour un total de 9955 heures, dans les secteurs suivants : Accueil des nouveaux bénéficiaires, bibliothèque roulante, boutique du cadeau, bureau, CRIDEAT, escortes médicales et/ou aux repas, formation des bénévoles, Journal Arc-en-ciel, loisirs, manucure/massage, orthophonie, pastorale, support à la clientèle neurologique, lésions médullaires, amputations/BOG.

Les événements marquants ont été l'agrandissement et rénovation de la boutique cadeau, le fonds de dépannage permettant à 17 bénéficiaires de recevoir un montant de 75\$ (maximum) pour l'achat d'un équipement ou une aide technique en lien avec leurs objectifs de réadaptation et finalement l'octroi de 2 000\$ pour la pose de lumières dans les arbres.

En ce qui concerne la recherche, 32 **nouveaux** projets ont débuté.

À la Direction des technologies de réadaptation, 21,132 services ont été rendus.

* Le nombre de projets de recherche à l'interne reste stable depuis les trois dernières années, soit 30 nouveaux projets, annuellement. Il arrive parfois que s'ajoutent certains projets externes.

TABLEAU 1 - PROFESSIONS POUR LESQUELLES NOUS RECEVONS DES STAGIAIRES

Niveau collégial	Niveau universitaire	Médecine
<ul style="list-style-type: none"> - Archives médicales - Éducation spécialisée - Orthèses/prothèses - Loisirs - Pharmacie - Soins infirmiers - Technique réadaptation physique - Secrétariat médical et général 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergothérapie - Gestion - Loisirs - Neuropsychologie - Nutrition clinique - Orthophonie - Pharmacie - Physiothérapie - Psychologie - Service social - Soins infirmiers - Musicothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Résidents de : physiatrie, neurologie, orthopédie, urologie, gériatrie et médecine familiale - Externes I et II - Étudiants 1^{re} et 2^e année

3.4 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'établissement offre des services de réadaptation intensive à une clientèle adulte présentant une ou plusieurs déficiences physiques temporaires ou permanentes à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme pour 237 lits au permis, 176 lits dressés au 31 mars 2015 (en décembre 2014, le Directeur général a présenté au MSSS, une demande entérinée par le conseil d'administration, pour que le nombre de lits au permis soit de 176, afin de mieux refléter la réalité.

Plus précisément, l'Institut dessert la population des territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne et de Dorval-Lachine-LaSalle pour les hospitalisations des clientèles santé physique et sub-aigue. Depuis juillet 2013, l'Institut dessert également la population du CSSS de l'Ouest-de-l'Île. Il offre aussi des services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA) du territoire du CSSS de la Montagne.

Il dessert aussi, pour l'ensemble du territoire montréalais, les personnes avec amputations et blessures orthopédiques graves (BOG), les personnes de moins de 55 ans ayant un AVC ou autres conditions neurologiques, les personnes de tous âges ayant un AVC complexe, les personnes avec traumatismes crânio-cérébraux (TCC) et les personnes avec lésions médullaires (non-traumatiques).

L'Institut a également une vocation suprarégionale en vertu de laquelle il traite pour les territoires limitrophes (régions du 450) les personnes avec AVC ou autres conditions neurologiques ainsi que les personnes avec le syndrome de verrouillage (*locked-in syndrome*), les personnes avec amputations complexes dont les amputations de membre(s) supérieur(s) et, pour l'Ouest du Québec, les personnes avec lésions médullaires (traumatiques) et les personnes avec TCC (clientèle hospitalisée). Il accueille aussi pour l'ensemble du Québec toutes les personnes tétraplégiques ventilo-assistées (TVA).

3.5 DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

L'Institut est organisé en programmes-clientèles, c'est-à-dire un ensemble de services intégrés, spécialisés et surspécialisés, destinés à une clientèle particulière et visant des résultats spécifiques. La programmation repose sur une approche globale multidisciplinaire et des pratiques collaboratives au cœur desquelles se retrouve le patient-partenaire.

Programmes-clientèles

Les intervenants de l'Institut accompagnent les usagers au cours de leur démarche de réadaptation, dans le cadre de quatre programmes clientèles :

Amputations et blessures orthopédiques graves

Lésions médullaires;

Neurologie;

Santé physique;

Cliniques médicales externes

L'établissement dispose également d'une clinique externe offrant des soins spécialisés et surspécialisés.

Aides techniques

Le service des aides techniques offre une gamme complète de services d'attribution, de réparation et de remplacement d'orthèses, de prothèses, de chaussures, d'orthèses plantaires, d'aides à la posture, d'aides à la mobilité (incluant le service d'urgence dépannage pour fauteuils roulants) et d'aides à la communication. Il est de plus mandataire pour le Programme ministériel de triporteurs, quadriporteurs, ambulateurs et tricycles/vélos adaptés de l'ouest du Québec, le Programme ministériel de remboursement des frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité de l'ouest du Québec ainsi que la Fiducie chaussures orthétiques - Montréal Centre.

Recherche

La recherche contribue directement à la mission de l'IRGLM. En effet, les résultats des projets de recherche servent à améliorer la qualité des traitements donnés en se penchant sur les modes d'intervention et d'évaluation en réadaptation. Les chercheurs se font un devoir de travailler étroitement avec les équipes cliniques vers l'atteinte d'un même but, soit celui d'offrir des soins optimaux. La recherche soutient ainsi l'excellence des services offerts et contribue à consolider la place de l'IRGLM comme leader en réadaptation.

Depuis avril 2000, les activités de recherche ont lieu au sein du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) dont la mission est la suivante :

« Contribuer à l'autonomie et à l'intégration sociale des personnes ayant une déficience physique, par la recherche fondamentale, clinique, épidémiologique, évaluative et appliquée, dans les domaines biomédical et psychosocial, sur tous les aspects du processus de production du handicap. »

Enseignement

L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) possède la vision suivante de sa mission d'enseignement :

Être un milieu d'enseignement de réadaptation stimulant, dynamique et novateur dans un cadre interdisciplinaire en lien avec les meilleures pratiques et la recherche. La mission de l'enseignement à l'IRGLM est d'assurer une offre de stages cliniques en réadaptation pour toutes disciplines, de promouvoir le partage des connaissances et la formation continue des intervenants.

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

Par ailleurs, l'organisation souhaite développer davantage sa capacité d'accueil de stagiaires dans tous les secteurs d'activité.

Plateaux techniques

L'Institut dispose de nombreux plateaux techniques, notamment :

- des gymnases;
- des condos/appartements et cuisines (environnements d'apprentissage liés aux habitudes de vie);
- des équipements de radiologie ;
- un laboratoire de recherche;

- une salle des loisirs ;
- des salles de visioconférence

Enfin, l'Institut a transformé l'offre de services du Centre régional d'information, de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDEAT) et de l'accès aux technologies de communication, à l'ordinateur et au contrôle de l'environnement (ATCOCE), en la décentralisant dans les programmes clientèles plutôt que dans un service centralisé.

3.6 MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE

Au cours de l'année 2014-2015, l'Institut a mis en œuvre les travaux planifiés reliés à la structure physique de l'établissement. Les projets d'envergure visés par ce plan ont englobé les travaux majeurs de la cuisine, de même que le lien physique entre les deux pavillons.

Le projet de fusion des cuisines s'est concrétisé en juin 2014, mettant ainsi un terme au fonctionnement de la cuisine du pavillon Lindsay et au contrat avec le CHU Ste-Justine comme fournisseur de repas. Dorénavant, toute l'activité alimentaire est concentrée au pavillon Gingras. Cet exercice a nécessité l'achat de nouveaux chariots alimentaires avec côté chaud et côté froid. Les employés des soins ont reçu la formation nécessaire pour l'utilisation de ces chariots. De cette façon, tous les plateaux des patients sont préparés au pavillon Gingras et livrés au pavillon Lindsay par la passerelle liant les deux pavillons. Ce lien physique permet donc aux patients du pavillon Lindsay qui peuvent se déplacer seuls, de se diriger vers la cafétéria du Gingras pour y prendre leur repas gratuitement. Ce projet a nécessité une grande réorganisation de l'espace. Les travaux se sont échelonnés sur près d'un an.

Le service alimentaire a également poursuivi son projet de recyclage et de compost à la cafétéria en implantant un îlot multimatières qui permettra dans un avenir très rapproché de faire le tri des plateaux repas, avec un bac compost, un bac recyclage et un bac déchets.

Au chapitre de la salubrité, notons la fin du contrat d'impartition avec une agence pour le secteur de l'entretien ménager, alors que le travail s'effectue dorénavant uniquement par une équipe interne.

Notons également que tous les distributeurs de savon à main ont été remplacés dans l'établissement par des distributeurs automatisés. Aussi, de nouveaux distributeurs Purell avec un petit drapeau rouge rétractile ont été installés dans l'établissement. Ce petit drapeau sert à indiquer au service d'entretien ménager que le distributeur est vide et doit être remplacé. Tous ceux qui remarquent que le distributeur est vide devront soulever ce petit drapeau, ce qui permet un approvisionnement rapide.

Tel que mentionné en introduction, l'un des dossiers majeurs qui a retenu notre attention en 2014-2015 a été celui de la construction du lien physique permanent (ou passerelle) entre les deux pavillons. Ce projet très attendu a été réalisé à l'intérieur des délais prescrits. Cette passerelle – chauffée durant les temps froids – possède une fenestration abondante qui permet une excellente aération lors de la belle saison. Dotée d'une rampe sécuritaire et d'un téléphone en cas d'urgence, cette passerelle permanente assure désormais le lien pratique et sécuritaire des usagers, visiteurs et membres du personnel d'un pavillon à l'autre.

En ce qui a trait aux technologies de l'information, notons que tout l'IRGLM a migré vers Windows 7 au cours de la dernière année et que Lotus Notes a été mis à jour pour adopter la nouvelle version IBM Notes. Le service informatique a continué d'agrandir son réseau sans fil pour répondre à la demande nécessaire et sans cesse croissante. Pour le bénéfice des utilisateurs de la visioconférence, les projecteurs des salles ont été substitués par des écrans modernes. Et enfin, le DSQ (Dossier santé Québec) est désormais accessible pour tout l'établissement.

4. RÉSULTATS

Objectifs prévus au plan stratégique et priorités d'actions

Entente de gestion et d'imputabilité

Le tableau ci-dessous présente, selon les programmes-services, les indicateurs et les engagements de l'établissement pour la période 2014-2015 et permet d'illustrer la finalisation de l'atteinte de ces objectifs. *

TABLEAU 2 – SUIVI DES INDICATEURS 2014-2015

Suivi des indicateurs 2014-2015	Cible	Résultat
---------------------------------	-------	----------

SANTÉ PUBLIQUE

Influenza

Respecter les cibles de couverture vaccinale contre l'influenza pour les personnes hébergées	80%	61%
Respecter les cibles de couverture vaccinale contre l'influenza pour le personnel soignant	60%	35%

Prévention des infections nosocomiales

1.01.11A-EG1	Respect du ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales en CHSGS	1 ETC/133 lits	**
--------------	---	----------------	----

DÉFICIENCES

Déficiences physiques (DP) - CRDP

1.41.04.02-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CRDP	1 888	*1 940
1.42.04.02-EG1	Numérateur Nombre total d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CRDP	102 621	101, 539
1.45.04.06-PS	Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique-TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	90%	n/a
1.45.04.07-PS	Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	90%	100%
1.45.04.07-PS	Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique– TOUS ÂGES– PRIORITÉ MODÉRÉE	90%	n/a

* Les résultats indiqués représentent le nombre réel d'utilisateurs différents ayant reçu des services spécialisés de réadaptation.

** Pour l'indicateur 1.01.11, la norme établie par l'ASSSM est de 1/133 et l'ajout d'heures de travail d'une conseillère en prévention d'infections, ajoutées au temps complet du conseiller en prévention d'infections fluctue en fonction de l'ouverture ou la fermeture de lits de façon à garantir le respect de la norme.

Suivi des indicateurs 2014-2015	Cible	Résultat
---------------------------------	-------	----------

Ressources humaines

	Poursuivre l'effort d'optimisation en matière d'utilisation de la main-d'œuvre		Heures supplémentaires et recours à la MOI ont diminué
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	4,63 %	4,94%
3.08-PS	Avoir mis à jour le plan de main d'œuvre de l'établissement		Réalisé selon les directives ministérielles et livré à l'automne 2014
	3.09-PS Avoir complété trois démarches (projets) concertées de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail		Nous dépassons cette cible avec les projets SAGE, soins infirmiers et qualité Agrément, projet de rapprochement, etc
3.10-PS	Avoir mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle		Réalisé notamment par les programmes d'accompagnement d'étudiants/stagiaires

Ressources informationnelles

Nombre d'accès-utilisateur (médecins et Infirmières) au visualisateur du DSQ, au cours de l'année 2014-2015, dans le cadre du déploiement pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament	20	30
--	----	----

Légende

	Cible atteinte 91-100 %
	Cible partiellement atteinte 50-90 %
	Cible non atteinte < 50 %

Orientations stratégiques et priorités d'action

Le conseil d'administration a piloté, au cours de l'exercice budgétaire 2009-2010, une démarche de positionnement stratégique au terme de laquelle l'Institut dispose désormais d'une mission bien définie et d'une vision : « s'affirmer comme la référence en réadaptation par son approche humaniste et ses pratiques novatrices »¹.

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

Pour les résultats obtenus en rapport avec les objectifs rattachés aux orientations stratégiques et aux priorités d'action prévus au *Plan stratégique 2010-2015*, voir l'annexe 2.

Agrément

L'Institut a obtenu l'agrément de ses services, avec mention, suite à la visite d'agrément Canada qui a eu lieu du 15 au 19 septembre 2013, et ce pour le cycle d'agrément 2013-2017.

Et c'est avec une grande fierté que l'IRGLM s'est vu décerner la plus haute distinction soit la mention d'honneur, suite à l'examen par Agrément Canada, du Rapport de suivi de février 2014.

Sécurité des soins et services : déclarations incidents/accidents

Plusieurs actions ont été réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents.

La Politique de gouvernance – Gestion intégrée des risques, adoptée par le Conseil d'administration le 29 avril 2013 afin de répondre à l'obligation prévue au paragraphe 2 de l'article 181.0.0.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (c. S-4.2) dans le respect des pratiques reconnues en gestion des risques, notamment la norme internationale *ISO 31 000 : 2009 Management du risque*, et des meilleures pratiques de gouvernance, a constitué la pierre angulaire des travaux subséquents en matière de gestion des risques. Cet article confie le mandat au comité de vérification du conseil d'administration « de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement. Le Programme de gestion intégrée des risques a été révisé et s'appuie dorénavant sur la Politique.

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

Dans la foulée de la préparation de la visite d'agrément en septembre 2013 puis de la préparation du Rapport de suivi de février 2014, l'IRGLM a réussi à mettre en place les 35 Pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada, soit les pratiques portant sur la sécurité des soins et services. Les travaux de l'équipe médicale concernant la nouvelle pratique organisationnelle requise non-évaluée mais déjà en phase de mise en oeuvre au moment de la visite de 2013, soit la gérance des antimicrobiens, se sont poursuivis.

Des séances d'orientation sont offertes quatre fois par an aux nouveaux membres du personnel, les stagiaires, les employés en absence prolongée ou nouvellement nommés gestionnaire, sur la politique et les procédures de déclaration et de divulgation.

Deux cents membres du personnel clinique (incluant intervenants et gestionnaires), ont assisté à une formation d'une heure à propos des nouveaux formulaires de déclaration des incidents/accidents AH-223 (formations débutées en mars 2014 et terminées en avril 2014).

D'autres activités ont permis de promouvoir la sécurité des soins et des services :

- Soutien offert aux employés, gestionnaires et médecins pour la complétion de rapports, le suivi, l'analyse et la divulgation lors d'événements indésirables ;
- Suivi trimestriel des statistiques concernant les rapports de déclaration avec les directeurs, les gestionnaires et le comité de gestion de risques et de la qualité du C.A ;
- Des audits concernant la double identification pour la préparation et l'administration des médicaments sont faits à chaque trimestre ;
- Le projet *Lean* de gestion des médicaments ayant fait l'objet d'un projet pilote pour le programme Neurologie l'an dernier, a été implanté à la grandeur de l'établissement soit dans les programmes Santé physique, Amputation/BOG et Lésions médullaires ;
- Un kiosque à l'entrée des deux pavillons, pour les trois quarts de travail, a été tenu lors de la Journée mondiale de l'hygiène des mains et également, en novembre 2014 lors de la semaine nationale de la sécurité des soins avec pour thèmes l'hygiène des mains, la gestion des médicaments et la prévention des chutes.
- Participation de l'IRGLM les 6 et 7 mai 2014 à la 3^e édition du Forum en sécurité civile – Santé et Services sociaux

Mesures de contrôle des usagers

L'utilisation d'alternatives, l'échelle de chute identifiant les patients à risque, combinées aux systèmes sentinelles et à l'augmentation de la supervision un à un, ont été priorisés comme approche, les mesures de contrôle des usagers étant effectivement des mesures exceptionnelles à l'Institut.

Recommandations d'un coroner

Il n'y a eu aucune recommandation d'un coroner en 2014-2015.

Examen des plaintes et promotion des droits

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

5. CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Conseil d'administration de l'Institut

- M. Ronald Dahms, président
- M. Fernand Lafleur, vice-président
- M. Jean-Philippe Cotton, DG et secrétaire
- M. Edouard Darche, trésorier
- D^{re} Nicole Beaudoin
- M. Guy Brien
- M. Georges Cabana
- M. Christopher Dawson
- M^{me} Nancy Dubé
- M^e Etienne Dubreuil
- M. Denis Gagné
- M^{me} Lynn Grégoire
- M. Pierre Latreille
- M^{me} Marie Poirier
- M. Nicolas Steresco
- M. Armand Trahan
- M. Walter Zelaya

Le conseil d'administration compte neuf comités

- Comité exécutif
- Comité de vérification
- Comité des ressources humaines
- Comité vigilance et qualité
- Comité des usagers
- Comité d'évaluation du DG
- Comité d'éthique clinique
- Comité de révision
- Comité de gouvernance et d'éthique

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Comité exécutif et comité d'examen des titres

DRE ELENA SPACEK, présidente
Dre Natalie Habra, vice-présidente
Dr Jean Fleury, secrétaire trésorier
M. Claude De Denus, conseiller
Dre Y. Nhu Nguyen-Duong, conseillère
Dr Bruno Lemieux, directeur des affaires médicales
M. Jean-Philippe Cotton, directeur général

Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical

DRE VALÉRIE DAHAN, PHYSIATRE
Dre Andréane Bourgeois, omnipraticienne
Dre Carole Gruner, omnipraticienne (sabbatique de 3 mois au début janvier)
Dr Roger Vadeboncoeur, physiatre
Dre Nicole Beaudoin, physiatre (chef du département)
Dre Bich-Han Nguyen (sous-comité mortalité/morbidité)
Dr Bruno Lemieux, directeur des affaires médicales
Mme Sylvie Sabourin, archiviste

Comité de pharmacologie

Dre Sylvie Houde, physiatre
Dr Ben Albright, omnipraticien
M. Claude De Denus, pharmacien/M. Evens Lévesque (mars 2015)
Dr Bruno Lemieux, directeur des affaires médicales
Représentante des soins infirmiers, sur invitation)

Comité de dossiers

DRE Y. NHU NGUYEN-DUONG, OMNIPRATICIENNE
Dre Priscille Furgé, omnipraticienne
Dr Roger Vadeboncoeur, physiatre
Dre Carole Gruner, omnipraticienne (sabbatique de 3 mois au début février)
Dr Bruno Lemieux, directeur des affaires médicales
Mme Sylvie Sabourin, archiviste

Liste des médecins et leur statut - CMDP

SPÉCIALISTES	OMNIPRATICIENS
MEMBRES ACTIFS	
Beaudoin, Nicole	Albright, Ben (hors PEM)
Bérubé, Guillaume	Bourgeois, Andréane
Dagher, Jehane	Bui, Thi Dinh Ngo (Dominique)
Dahan, Valérie	Furgé, Priscille
Fleury, Jean	Gruner, Carole
Gagnier, Stéphane	Lapointe, Élise
Habra, Natalie	Nadeau, Jacques E.
Haziza, Muriel	Nguyen, Ngoc Thien
Houde, Sylvie	Nguyen, Quang Luan Franck
Jacquemin, Géraldine	Nguyen-Duong, Y. Nhu
Lamarre, Céline	Respondek, Claude
Nguyen, Bich-Han	Sultan, Daria
Plante, Pierre	Tran-Nguyen, Thi Thu (Gabrielle)
Spacek, Elena	
Vadeboncoeur, Roger	
PHARMACIENS	
Bastarache, Sylvain	
De Denus, Claude	
Lévesque, Evens	
MEMBRES ASSOCIÉS	
Campeau, Lysanne	Francoeur, Caroline
Carrier, Serge	Nguyen, Ngoc-Tan (Dominic)
Corcos, Jacques	Paré, Renée
Jolivet-Tremblay, Martine	Pepelea, Ancuta
Laberge-Malo, Marie	Smirnova, Natalia
Lamarre-Cliche, Maxime	
Leduc, Bernard E.	
	PHARMACIENNES
	Brien, Maryse
	Lussier, Sandra
	Véri, Manon
MEMBRES CONSEILS	
Fournier-Gosselin, Marie-Pierre	
Harris, Patrick	
Malo, Jacques	
Savard, Patrice	

**Tableau Bilan-Qualité
CECMDP et Comité d'examen des titres 2014-2015**

Date de la réunion	Problématique	Action suggérée	Commentaire
2014-01-22	Dépôt de 2 contrats (stérilisation et radiologie)	Approbation des 2 ententes de service avec Imagix et Ste-Justine	
	Dépôt du protocole de niveau d'intervention thérapeutique	Acceptation de la version du comité de dossiers, dirigé à la DPC pour mise en application	
	Dépôt dossier type	Acceptation de la version du comité de dossiers, dirigé à la DPC pour mise en application	
	Suivi sur mise en application du protocole de thromboprophylaxie	Après essai au 1 ^{er} étage avant les Fêtes, la DPC sera contactée afin de connaître la date de la mise en application à l'ensemble de l'établissement	
	Suivi pour clinique d'optométrie		Reporté
2014-02-19	Suivi pour clinique d'optométrie	Reporté à l'automne	À suivre
	Suivi pour oxygénothérapie	Cet aspect est inclus dans les formations code bleu	DAM s'informera à la DPC si vérification du chariot à ECG faite régulièrement
	Autorisation des médecins lors des projets de recherche	Échange de correspondance entre chef du programme neuro et présidente du comité d'éthique	À suivre
	Documents à conserver dans les dossiers à l'étage	Dossier dirigé au comité de dossiers pour recommandations	Attendre recommandations du comité de dossiers
	Dépôt du bilan de 2013 du CMDP		
	Octroi de privilèges en radiologie au Dre Bich-Han Nguyen	Privilèges en radiologie accordés au Dre Bich-Han Nguyen, physiatre	
	Suivi coûts/année de l'antibiothérapie i.v.	Tte demande > que 300 \$ dirigée à DAM pour décision avec accord du md traitant	
	Clonidine prn	Dr Lamarre-Cliche, interniste, d'accord à conserver libellé actuel, pharmaciens seront avisés	
	Utilisation du froid chez les patients ayant trouble de sensibilité	Dossier dirigé au comité d'évaluation de la qualité	Attendre recommandations.

		de l'acte médical pour recommandations	Reçues, gestionnaires et chefs avisés par lettre (mai 2014)
	Prise de la tension artérielle dans conditions optimales	DAM fera rappel à la DPC sur les procédures	À suivre
Date de la réunion	Problématique	Action suggérée	Commentaire
2014-03-19	Niveau d'intervention thérapeutique (retour de Mme Casimir)	Modifications apportées et retour à la DPC pour mise en application sous peu	
	Dossier type (retour de Mme Casimir)	Nouvelle révision sera effectuée par le comité de dossiers	En attente de la version finale du comité de dossiers
	Étude de dossiers 2014 de certains médecins	Étude à faire de façon aléatoire durant l'année	À faire à l'été 2014
	Recommandations du comité d'évaluation qualité acte du dossier A46929 (décès)	Explications demandées au comité d'évaluation de la qualité de l'acte car non-correspondance entre leurs recommandations et le dossier étudié	
	Offre de service avec HSC	Suivi par DAM	À suivre
	Affichage dans les cas d'isolement des patients	Demande de révision au comité de prévention des infections	
	Délai dans la réception des résultats d'analyse pour Acinetobacter	Demande de révision au comité de prévention des infections	
2014-04-23	Formulaire des médicaments	Rappel fait aux médecins et copie du protocole	
	Admissions non pertinentes au programme neuro-AVC et sans potentiel de réadaptation	Lettre aux médecins traitants, DAM et gestionnaire de séjour	
	Si complication, médecins à aviser	Lettre à la DSI et à la DAM	
	Notes d'évolution lors de transfert	Lettre aux médecins traitants et cotraitants	
	Utilisation de glace (réponse du comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical)	Lettre aux gestionnaires des programmes et aux chefs médicaux	

Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical

Le comité s'est rencontré à quatre (4) reprises depuis le dernier rapport annuel, soit les :

- 10 janvier 2014
- 14 mars 2014
- 30 mai 2014
- 31 octobre 2014

Création d'un sous-comité d'évaluation de la morbidité/mortalité :

Docteure Bich-Han Nguyen a été élue au poste de présidente.

Évaluation des décès :

À la suite de l'évaluation d'un décès, une lettre a été adressée au directeur des affaires médicales concernant l'absence de potentiel de réadaptation de plusieurs patients admis à l'IRGLM et ce, malgré les recommandations contraires émises par les médecins traitants. Le directeur des affaires médicales a répondu que les choses demeureraient statu quo au moins pour les prochains mois pour évaluer leur nouvelle façon de gérer les admissions.

À la suite de l'évaluation d'un autre décès, des recommandations ont été dirigées au CECMDP pour sensibiliser les médecins quant à l'importance de la tenue de dossiers (notes médicales), quant à l'importance pour le personnel infirmier d'aviser les médecins de vive voix de préférence lors de toute complication ou saignement significatif.

À la suite de l'évaluation d'un décès, une lettre a été envoyée au comité de prévention des infections leur demandant d'établir les lignes directrices concernant l'utilisation prophylactique de Flagyl et de Vancomycine chez les patients avec antécédent d'infection à C difficile. Nous sommes en attente de leur réponse.

À la suite de l'évaluation d'un autre décès, une lettre a été adressée à la présidente du CMDP concernant une inquiétude du comité sur la tenue de dossiers du médecin impliqué dans ce dossier.

À la suite de l'évaluation d'un cas de décès, une lettre a été adressée à Mme Casimir, directrice adjointe des programmes clientèles en lien avec le C difficile avec certaines recommandations faites.

À la suite de l'évaluation d'un cas de décès, une recommandation a été faite à la présidente du CMDP pour émettre une ligne directrice concernant la demande de CT-scan cérébral de façon urgente (transfert) chez les patients anticoagulés à dose thérapeutique et subissant un traumatisme cranio-cérébral aigu.

Évaluation des transferts :

Le comité a débuté ses travaux de 2014 en évaluant aléatoirement un dossier par médecin en ce qui a trait aux évaluations des transferts en hôpital de soins aigus. Plusieurs recommandations ont été faites telles qu'elles seront mentionnées dans ce présent document.

À la suite de l'évaluation d'un dossier de transfert, une demande a été faite au comité de pharmacologie pour évaluer la possible relation entre l'utilisation de Pantoloc et la néphrite vasculitique. La réponse est à venir.

Les résidentes Maria Kandiliotis et Hélène Legault-Ouellet ont complété une étude de grande envergure évaluant les trois (3) raisons majeures de transfert, soit les épisodes fébriles, les douleurs thoraciques et les épisodes de dyspnée/désaturation pour toute l'année 2011-2012. Les conclusions ont été présentées au comité à la fin de l'année 2014 et seront présentées en 2015 dans le cadre de la formation médicale continue.

Les résidentes Camille Costa et Camille Fournier-Farley ont travaillé sur un projet d'évaluation de la qualité de l'acte médical portant sur les dossiers de transfert faits à l'intérieur de sept (7) jours post-admission en comparant trois (3) périodes sur différentes années. Les conclusions seront présentées à la réunion du 6 janvier 2015.

À la suite de l'évaluation de certains dossiers de transfert et de décès, une lettre a été adressée à la présidente du CMDP pour sensibiliser les médecins à écrire une note médicale lors de changements significatifs du tableau clinique de leurs patients ou lors d'un transfert en soins aigus.

Absence de xylocaïne dans les kits de sutures :

Une problématique d'absence de Xylocaïne dans les kits de sutures a été soulevée qui a été réglée rapidement avec la collaboration du directeur des affaires médicales et la direction des programmes clientèles.

Utilisation du froid chez les patients avec trouble de la sensibilité :

Une recommandation a été émise par le comité d'évaluation de la qualité de l'acte à la présidente du CMDP pour la non-utilisation de froid chez les patients avec des troubles significatifs de la sensibilité.

Remplacement du Dr Dung Vu :

Le Dr Dung Vu a donné sa démission du comité et sera remplacé par Dre Andréane Bourgeois à la suggestion du président intérimaire du CMDP.

Docteure Valérie Dahan, psychiatre
Présidente
Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical
Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie a tenu trois réunions en 2014. Plusieurs sujets ont été traités. Parmi les principaux, mentionnons :

- 1) Revue du protocole d'auto administration des médicaments
- 2) Participation à la politique à venir de la DPC concernant les médicaments i.v pour sorties de fin de semaine
- 3) Un rappel du cadre législatif et des politiques et procédures pour la gestion du formulaire et des médicaments personnels
- 4) Ajout au formulaire du glycopyrronium (Seebri) sur la liste régulière et du fésotérodine (Toviaz), de la sitagliptin (Januvia), de la saxagliptin (Onglyza) sur la liste des médicaments à usage restreints

Outre ces dossiers, le comité a aussi approuvé le passage de l'oxycodone L.A à la section des médicaments à usage restreint et donné une réponse à la présidente du comité d'évaluation de la qualité de l'acte concernant une néphrite liée au pantoprazole.

Enfin, le comité a, comme toujours, donné beaucoup d'importance au suivi des rapports incidents/accidents et fait des recommandations à cet égard. En particulier le comité a ciblé le processus menant aux omissions de doses ainsi que le nombre élevé d'erreurs concernant l'utilisation de l'insuline. Ce dernier point, en particulier, fut une réussite puisque le nombre d'erreurs concernant l'insuline a chuté de 66% au premier trimestre de l'année.

Pour l'année 2015, le comité de pharmacologie sera formé de nouveaux membres qui décideront de ses objectifs qui devront toujours être centrés sur la sécurité et l'efficacité du circuit du médicament.

Comité des dossiers

Le comité a perdu sa présidente, Dre Elena Spacek, élue au poste de présidente du CMDP. Dre Y Nhu Nguyen-Duong a été nommée par Dre Spacek, présidente du CMDP, au poste de présidente du comité en date du 10 mars 2014.

Il y a eu deux réunions en 2014. La mission primordiale pour le comité a été la finalisation et la mise en application du « dossier-type » uniformisé pour tous les étages des deux pavillons de l'IRGLM. Le dossier-type a été finalement mis en place à la fin de janvier 2015.

Le projet OACIS, soit le dossier-patient informatisé, est en cours d'étude. Un comité formulaire a été formé à cette fin.

Un problème soulevé par Dre Spacek, soit l'allégement des dossiers-patients aux étages, n'a pas pu être discuté cette année. Nous aborderons ce sujet dès que la mise en application des dossiers-type sera terminée, soit en début de 2015.

La problématique des CD d'imagerie des hôpitaux externes est résolue par Mme Pelletier. Il est dorénavant possible d'intégrer les images dans notre système PACS et le CD est retourné au patient. Nos archives ne garderont pas ces CD.

Enfin, le comité a eu mandat de vérifier la fréquence de transmission du « niveau d'intervention thérapeutique » par les hôpitaux référants. Cette étude sera terminée en début de 2015.

Dre Y Nhu Nguyen Duong
Présidente du comité de dossiers

Comité de prévention des infections

Nombre de réunions : 5

Membres du comité : Dr Jacques Nadeau, président

Dr Patrice Savard, infectiologue

M. Sother Suffrard, conseiller en soins infirmiers

Mme Caroline Joly, coordonnatrice clinico-administrative

Responsables de l'entretien ménager

Représentant d'une direction sur invitation

- Dossiers traités au cours de l'année 2014-2015 :
 - **Clostridium difficile** : Mesures entreprises en raison d'un taux légèrement plus élevé que l'année précédente. En ce qui a trait au C. difficile, prophylaxie : À la demande du CMDP, le comité a statué sur les lignes directrices concernant le c. difficile incluant toute forme de prophylaxie. Le comité a également procédé à une série de recommandations, essentiellement sur la prophylaxie antibiotique.
 - **Gastroentérite** : Le comité a recommandé l'utilisation des sacs Hygie dans tous les cas d'utilisation de bassine pour les patients et dans les cas de gastroentérite.
 - **Hygiène des mains** : Renforcement des pratiques, audits deux fois/an et autres mesures mises en place pour atteindre le pourcentage de compliance visé, notamment le remplacement de tous les distributeurs Purell en plus de l'installation de stations de lavage des mains au pavillon Lindsay, sur chaque unité;

- **Hygiène et salubrité** : Le comité s'est penché sur des techniques de validation de la mise en application des protocoles et procédures en la matière, en plus d'audits et un renforcement de la formation sur le terrain.
Projet pilote en hygiène et salubrité : Le comité a fourni à la direction générale un énoncé de principe visant à évaluer l'efficacité d'un service d'hygiène et salubrité composé uniquement d'employés de l'IRGLM vs une agence privée externe.
- **Gestion des lits et mesures d'isolement** : Le comité a pris en considération et renforcé la nécessité d'un isolement de contact pour les patients admis dont le statut épidémiologique SAM/ERV ou autres est inconnu et ce, par différentes mesures (ex. : dépistage en CH référent 24 heures avant le transfert/admission à l'IRGLM, avec résultats disponibles au moment de l'admission).
- **Suivi épidémiologique** : Recommandation du comité pour de nouveaux critères et définitions d'une éclosion en tenant compte de la diversité de provenance des clientèles et du taux d'occupation attendu à l'Institut + vigilance et intervention accrues.
- Dossiers spécifiques :
 - **Acinetobacter Baumannii** : Le comité a fait des recommandations considérant le dépistage et l'isolement de certains patients en provenance d'un CH. Des recommandations ont été faites quant aux sites, à la fréquence et à la durée des dépistages.
 - **Ébola** : Une procédure respectant les normes de la santé publique et du MSSS a été élaborée, mise en place et diffusée dans l'établissement.
 - **Bénévoles** : Des interventions et représentations ont été faites afin de diriger et rassurer les bénévoles qui accompagnent les patients porteurs de bactéries multirésistantes pour éviter l'anxiété que peut générer ces situations.
 - **Entérobactérie productrice de carbapénèmes (EPC)** : Des balises précises ont été élaborées et mises en place quant au dépistage initial et subséquent chez les patients provenant des milieux en éclosion de EPC ou eux-mêmes porteurs.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition:

Membres élus :

- Nathalie Duchesne, présidente, infirmière au Programme Santé physique
- Sother Suffrard, agent de communication, conseiller en prévention et contrôle des infections
- Dahbia Bourennani, vice-présidente, infirmière au Programme Santé physique
- Vladimir François, infirmière au programme LM
- Carène Innocent, infirmière au programme santé physique
- Marie-Magalie Résolue, infirmière auxiliaire au programme LM
- Lyne Hubert, infirmière auxiliaire au programme LM

Membres d'office :

Jean-Philippe Cotton, directeur général

Manouche Casimir, directrice adjointe des soins infirmiers et de réadaptation.

Objectifs du comité exécutif du CII

Poursuivre le rapprochement avec le CII du centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

- Participer aux différents mandats donnés au CECII.
- Assurer une présence dans les différents comités de l'IRGLM.

Introduction

Cette année fut une année de bouleversement pour le CECII et par conséquent nos activités ont été réduites :

- Le budget.
- La fusion avec le CRLB.
- La loi 10.

Avec toutes les incertitudes qui planent à l'horizon, il a été difficile de poursuivre certaines activités, ne sachant pas si il y aurait fusion et avec quels centres.

De plus, notre nouvelle équipe formée au début 2014 a été difficile à réunir pour diverses raisons (santé, études etc.).

Réunions et travaux du comité exécutif du CII

- Quatre rencontres ont lieu : 2 avril 2014, 11 juin 2014, 25 septembre 2014 et 2 mars 2015.

Activités et projets des membres du CII

- Consultation :
 - Procédure de dysphagie
 - Règles de soins sur l'évaluation et la gestion du diabète.
 - Procédure lors du décès d'un usager.
 - Politique des mesures de contention.
- Collaboration :
 - Au préceptorat.
 - Hygiène des mains : comité interdisciplinaire a été mis en place pour sensibiliser au lavage des mains.
- Participation :
 - Au contrôle de la qualité, la tenue de dossiers par les ASI.
 - Note d'évolution selon le modèle DIR.
 - Audit.

Le 16 avril 2014, une rencontre a eu lieu avec les membres du CECII du CRLB afin de créer des rapprochements.

Le salon de la profession a eu lieu le 1^{er} mai 2014 en collaboration avec le CECII du RLB en lien notre fusion à venir.

Nous avons aussi souligné la semaine des soins infirmiers en offrant un déjeuner à nos membres le 15 mai 2014.

- Envoi d'une lettre d'appui en octobre 2014 au CA de l'IRGLM pour appuyer le scénario proposé du CIUSSS.

Participation aux différents comités de l'organisation

Les membres du comité ont été sollicités pour donner leur avis sur les sujets suivants :

- Sother Suffrard, a participé à titre de représentant du CII à la préparation de la procédure sur les mesures de contrôle (six rencontres).
- Dahbia Bourrenani a participé à titre de représentant du CII au comité de l'éthique de l'IRGLM (dix rencontres).

Conclusion

Nous sommes très heureux d'avoir contribué à l'amélioration de la qualité des soins de notre établissement.

La loi 10 adoptée récemment fait en sorte que l'heure est aux changements. Nous savons maintenant que nous sommes fusionnés au CIUSSS centre est et par conséquent notre CII est dissolue le 29 mars 2015.

Madame Dahbia Bourenani a été nommée pour assurer la période de transition et à l'élaboration d'un nouveau comité qui sera mis en place dans le CIUSSS.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire :

- **Geneviève LaGarde**, neuropsychologue, **présidente**
- **Josée Pelletier**, agente de planification, programmation et recherche DAM, **vice-présidente**
- **Nathalie Beaulieu**, ergothérapeute
- **Josée Robert**, thérapeute en réadaptation physique
- **Amélie Bleau**, orthophoniste
- **Marlène Couve**, ergothérapeute

Le comité exécutif du CM a été constitué et est entré officiellement en fonction le mercredi 9 avril 2014 suite au vote tenu lors de l'Assemblée générale annuelle.

Bilan des activités 2014-2015

- Cinq rencontres CECM-direction, huit rencontres entre les membres de l'exécutif
- Mise en place du nouvel exécutif et appropriation des rôles
- Poursuite et fin des activités de rapprochement des CM (IRGLM, CRLB, IRD)
- Participation congrès ACMQ et à la journée d'optimisation AERDPQ
- Appui à la fusion et au regroupement des centres de réadaptation IRGLM-CRLB-IRD dans la même CIUSSS (contexte loi 10)
- Mise sur pied et participation au comité FSA (fin de soins actifs) se centrant sur la qualité des services dans le contexte d'optimisation de la coordination des admissions/congés et de la diminution des durées de séjour à l'interne (2 rencontres auxquelles ont participé les membres du CM, la direction et les chefs des quatre programmes)
- Poursuite et fin de la participation au comité sur les mesures de contrôle

Ce que le CM aurait souhaité poursuivre en 2015-2016

- Poursuivre les travaux du comité FSA sur la qualité des services dans un contexte d'optimisation des durées de séjour et du processus d'admission/congé ainsi que de diminution des ressources humaines (mesure persistante de non remplacement) --> travaux en cours
- Améliorer la visibilité du CM (document à remettre aux nouveaux employés, etc.)
- Meilleure diffusion des activités du CM (espace au CM dans le journal interne)

- Développer un groupe de travail sur l'utilisation de technologies pour multiplier les opportunités de faire des enseignements préventifs aux patients et aux proches (capsules à intégrer aux affichages électroniques, etc.).

Nouvelle directive

Nous recevons l'annonce de la dissolution du CM en date du 31 mars 2015 (directive ministérielle)

Répercussions et activités transitoires prévues

- Geneviève LaGarde, présidente du CM, est désignée pour participer aux activités du CM transitoire (première rencontre le 29 avril 2015 au centre de réadaptation Lucie-Bruneau) dans l'attente de l'élection des membres du prochain exécutif du CM regroupé du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal. Dans le cadre d'une réflexion qu'aura à faire ce CM transitoire sur la nouvelle structure à mettre en place, la représentante veillera à ce que la représentativité de la réalité propre au contexte clinique de l'IRGLM et de la qualité des services offerts aux patients de chez nous soit préservée au sein de cette méga structure.
- Poursuite des activités (rencontres avec la direction et les anciens officiers du CM) d'un comité interne se penchant sur la qualité des services jusqu'à ce que la nouvelle structure soit en place.

Geneviève LaGarde, Ph.D., neuropsychologue
Présidente du comité exécutif du conseil multidisciplinaire de l'IRGLM (2012-2015)

Comité de vigilance et qualité

Le comité de vigilance et qualité IRGLM (après dissolution des Comités de vigilance et qualité des établissements d'origine) a été officiellement formé en mars 2012, selon la composition dictée par le législateur.

En 2014-2015, il a tenu une rencontre lors de laquelle tous les rapports annuels concernant la qualité furent présentés.

Comité des usagers

Membres

- Nicolas Steresco, président
- Marc Pondelicek, vice-président
- Denis Gagné, secrétaire/trésorier
- Michel Caron, conseiller
- Raymonde Lefebvre, conseillère
- Robert Vanden Abeele, conseiller

Le comité des usagers a encore connu une année fertile en réalisations, commandites d'évènements, partenariats et mises en place de services/outils et aides aux usagers de l'IRGLM. Le comité a maintenant son local doté d'outils de communication et de gestion. Cela permettra une plus grande autonomie ainsi qu'une présence sur place.

Ceci s'inscrit dans la volonté du Comité d'être plus présent et de s'engager davantage au quotidien dans les activités inhérentes à son mandat.

Le comité effectue une gestion complète et adéquate de son budget pour le service aux usagers.

- I. Le Comité a soutenu et commandité la mise sur pied du Centre de documentation et d'information destiné aux usagers et leurs familles : le « Centre d'Info » qui est situé au 2^e étage du Pavillon Lindsay.
- II. De plus, le Comité avait prévu commanditer un évènement important qui devait se tenir en juillet dernier soit : la « Réunion d'Anciens Usagers de L'IRGLM ». Ceci dans le but pour notre Comité de revoir nos anciens usagers, de les informer sur différents services et associations qui leurs sont offerts après la réadaptation, mais aussi et surtout, de les solliciter afin de nous permettre de recruter deux nouveaux membres pour le Comité des usagers. Faute de participants, l'évènement a dû être annulé.

III. Le Comité a également financé la réédition des guides d'accueils, outils de promotion et de diverses documentations remises aux usagers à leur arrivée.

En outre, le Comité des Usagers suit, avec beaucoup d'intérêt, les progrès et actions de chaque comité interne de l'Institut par le biais d'un représentant siégeant sur ces comités, qui rapporte l'information lors de nos réunions régulières.

Recrutement

Le Comité des usagers a perdu un membre en 2013-2014 qui sera remplacé cette année. Le but est de combler la totalité des sièges disponibles afin d'augmenter la présence sur place des membres du Comité. En même temps, il y a eu un début de contacts et d'échanges avec le comité des usagers du CRLB en prévision de la fusion de l'IRGLM, du CRLB et de l'IRD qui était prévu en avril 2015 avant l'adoption du projet de loi 10. Le comité des usagers s'est montré ouvert à poursuivre les activités de rapprochements avec les comités des usagers du CRLB et de l'IRD, même après l'adoption de la loi 10.

Représentation au Conseil d'administration de l'IRGLM

Parmi ses responsabilités, le Comité des usagers doit rendre des comptes aux membres du Conseil d'administration de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

Les représentants reconduits lors de l'AGA de septembre 2014, par le Comité des usagers, pour un mandat de trois ans, sont MM. Steresco et Gagné.

Représentation aux Comités internes de l'IRGLM

Le Comité des usagers représente les usagers en participant à divers Comités internes de l'IRGLM. Le détail des représentations se trouve à la section Activités du Comité.

Calendrier des réunions

Les membres du Comité des usagers se sont réunis fois dans le cadre de leurs fonctions en réunion régulière et une fois pour l'Assemblée générale annuelle.

Représentation et participation aux rencontres des comités internes de l'IRGLM

Outre la participation des réunions au Comité des usagers, les membres du Comité ont participé activement aux rencontres d'autres comités pour lesquelles ils représentent les usagers :

- IV. Comité de gestion des risques
- V. Comité de vigilance

- VI. Comité alimentation
- VII. Comité éthique
- VIII. Jury de sélection pour le prix d'excellence de l'IRGLM
- IX. Comité signalisation
- X. Comité bien au travail
- XI. Comité des mesures exceptionnelles de contrôle

Consultations concernant les dossiers organisationnels prioritaires

Avec les changements en cours à l'IRGLM, notamment le projet de rapprochement volontaire avec le CRLB, et les demandes successives d'optimisation en provenance de l'Agence, et le projet de loi 10, le Comité a été consulté à de nombreuses reprises sur divers sujets considérés comme étant des dossiers prioritaires par la direction de l'IRGLM.

Ces rencontres ad hoc ont porté, notamment, sur le budget et les obligations de l'IRGLM à la suite à la cible d'optimisation de l'Agence, la démarche d'accompagnement, le projet de rapprochement entre l'IRGLM, CRLB et l'IRD. Chaque consultation a nécessité plusieurs rencontres et a également donné lieu à des discussions lors des réunions régulières du Comité.

Activités de promotion auprès des usagers

Ces activités de promotion s'adressent directement aux usagers et permettent une participation plus ou moins active de ces derniers.

Plusieurs activités ont été organisées, parfois en collaboration avec l'équipe Loisirs de l'IRGLM, et subventionnées par le Comité des usagers dans le cadre de sa promotion afin de parler de son rôle auprès des usagers. Ces activités incluent l'interaction directe entre les usagers et les membres du Comité.

Ainsi, plusieurs membres du Comité se sont déplacés pour animer les kiosques d'information et de promotion. En collaboration avec l'équipe Loisirs s'est tenue a permis de rencontrer individuellement les usagers et de leur parler durant la distribution des messages.

Autres activités de promotion

Ces activités de promotion ne sont pas destinées exclusivement aux usagers, mais à un public plus large qui inclut notamment les familles et les employés de l'IRGLM.

Les rubriques consacrées au Comité des usagers sur les écrans plasma et le site Internet de l'IRGLM sont mis à jour régulièrement par le service des communications de l'IRGLM avec l'information fournie par le Comité.

Les membres du Comité se succèdent pour rédiger un article dans chaque numéro de l'Entre-nous, le bulletin d'information de l'IRGLM.

Création du Centre d'information des usagers

Avec l'aide du Centre de documentation et de l'équipe des bénévoles de l'IRGLM, le Comité a créé un Centre d'information dont le but est de mettre à la disposition des usagers et de leur famille, de l'information vulgarisée sur leur condition, ainsi que de l'information sur les ressources disponibles après la réadaptation. Destiné en priorité aux usagers, il sera aussi ouvert aux proches, et a pour but de leur permettre de s'informer et de se renseigner tant sur la maladie qui les a amenés à l'IRGLM, que sur les services adaptés existants, ou encore, sur les ressources à leur disposition après la réadaptation.

La décision de financer le Centre d'information est une conséquence de la volonté des membres du Comité de se rapprocher des usagers au quotidien en ayant un lieu de rencontre physique qui augmentera l'accessibilité, la fréquence et le nombre des discussions entre les usagers et les membres du Comité ou leur représentant. Le Comité souhaitait aussi mettre à la disposition des usagers un endroit qui centralise l'information et assure la mise à jour de celle-ci.

Le Centre d'information permet également au Comité d'accroître sa présence et sa visibilité auprès des usagers. Il sera aussi un élément important qui permettra au Comité d'assumer ses responsabilités envers les usagers de manière proactive et constante, notamment en ce qui concerne le renseignement, l'accompagnement et l'assistance.

Participation aux comités internes de l'IRGLM

Les membres du Comité des usagers participent aux rencontres des comités internes de l'IRGLM :

- Comité alimentation
- Comité d'éthique
- Comité de gestion des risques et de la qualité
- Comité sur les mesures exceptionnelles de contrôle – M. Vanden Abeele
- Comité de signalisation – Mme Lefebvre
- Jury de sélection du Prix d'Excellence pour les employés de l'IRGLM

Il est très important pour les membres du Comité des usagers d'avoir un membre qui siège à ce comité afin de donner son avis sur les employés, les services et autres actions qui méritent d'être soulignés par un prix d'excellence.

Comité de gestion des risques

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

Les données mises en évidence au moyen du système local de surveillance démontrent une légère augmentation du nombre de déclarations produites par rapport à l'exercice précédent. Ainsi, 1019 rapports de déclarations (962 en 2013-2014) ont été produits pour l'ensemble de l'établissement, dont 152 concernaient des incidents (gravité A et B) et 867 des accidents (gravité C et plus). Sur ces 867 accidents, 563 sont de gravité C, 232 de gravité D, donc sans conséquence, 70 ont eu des conséquences mineures, alors que 2 accidents ont eu pour conséquence une prolongation d'hospitalisation pour lesquels des analyses approfondies ont été réalisées et des améliorations sont en cours.

Statistiques Incidents/accidents	2013-2014	2014-2015
Rapports produits	962	1 019
Incidents (gravité A et B)	154	152
Accidents (gravité C et plus)	808	867
Rapports produits pour chute	294	391
Rapports produits pour erreur de médicament	411	439

Au chapitre des recommandations et suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'Institut en matière de gestion des risques d'incidents/accidents, en plus de suivre les tendances à chaque trimestre avec les rapports statistiques personnalisés à l'Institut, les points suivants ont été examinés :

Gestion des médicaments :

L'approche d'amélioration de la qualité retenue pour revoir le processus d'administration des médicaments a consisté en un projet *Lean* terminé lors de l'exercice financier actuel.

Ce projet comportait trois étapes :

- Une même personne s'occupe de la glycémie capillaire et de l'insuline, alors qu'avant, ces deux parties pouvaient être faites sur deux quarts de travail différents et cela augmentait le risque d'erreur.

- La préparation, l'administration et l'enregistrement de la prise de médicaments se fait au chevet du patient (mobile, c'est-à-dire que l'infirmière déplace le chariot de médicaments ou le patient se déplace).
- 100 % des FADM doivent être vérifiées en période de «grosse distribution». Mettre un terme à la pratique de « relever les feuilles » le matin pour l'administration des médicaments du midi, ce qui peut être source d'erreur en cas de nouvelles ou changements de prescriptions. On souhaite retourner à une consultation complète du dossier à chaque administration

Des audits ont eu lieu dans trois des quatre programmes-clientèles et des suivis sont en cours dans les quatre programmes-clientèles.

Suivi des chutes

Il avait été décidé en avril 2014 de placer l'accent sur la gestion des médicaments, mais après avoir constaté une augmentation du nombre de chutes au 1^{er} trimestre, des actions ont été immédiatement mises en place et le tir a été favorablement et significativement corrigé.

Des cibles ont été fixées en regard de la gestion des médicaments à risque élevé (insuline narcotiques et anticoagulants) de même que pour le taux de chute et chaque programme-clientèle suit, à l'aide d'un nouvel outil interactif, l'efficacité des actions mises en place, d'un trimestre à l'autre.

Au chapitre de la surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales, un suivi quotidien est effectué pour les patients en isolement pour les bactéries suivantes : SARM, ERV et C. difficile (diarrhées associées au C. difficile). Les patients présentant un tableau clinique de gastro-entérite d'allure virale ont également été inclus dans la surveillance.

Le comité de gestion des risques a suivi les travaux du comité de prévention des infections (voir rubrique 5). Aucune recommandation n'a été émise.

Le comité a également suivi la préparation de la visite d'Agrément Canada pour le programme de Distinction AVC de novembre 2014 à l'issue de laquelle l'IRGLM s'est vu décerner le certificat «Distinction- Prix d'excellence – Services aux victimes d'AVC» 2014-2018.

Depuis l'utilisation dès le 1^{er} avril 2014, du formulaire de déclaration AH-223 révisé, une série de sessions de formation à tout le personnel clinique, débutée le 27 mars 2014,

s'est poursuivie en avril 2014, pour un total de 200 personnes formées parmi les cliniciens et le personnel d'encadrement clinique.

6. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Au 31 mars 2014, 496,78 ETC étaient à l'emploi de l'Institut en plus des 31 médecins (physiatres, omnipraticiens et autres spécialités) qui constituent à eux seuls la plus importante équipe médicale de réadaptation au pays.

TABLEAU 3 – RESSOURCES HUMAINES DE L'INSTITUT

	2013-2014	2014-2015
Les cadres		
Temps complet	32	34
Temps partiel* nombre de personnes (ETC**)	0,8	1 (0.8)
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	4	3
Les employés réguliers		
Temps complet	296	462
Temps partiel* nombre de personnes (ETC**)	124 (101.31 ETC)	111 (105.39 ETC)
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
Les occasionnels		250 261.10
Nombre d'heures rémunérées	234 495,69	
ETC**	61,67	36.86
TOTAL nombre de ETC**	496,78	604.25

* Excluant les personnes en stabilité d'emploi

** Équivalent temps complet

7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Voir annexe 3

**8. TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS
FORMULES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT**

Voir annexe 3

9. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

Devoirs et obligations

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

Devoirs spécifiques

1. Les mesures de prévention

- 1.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- 1.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- 1.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
- 1.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- 1.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général.
- 1.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.
- 1.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.
- 1.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

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

- 2.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
- 2.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
- 2.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
- 2.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 2.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil d'administration peuvent en être défavorablement affectés;
 - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- 2.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
- 2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
- 2.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue

d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes.

- 3.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 3.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 3.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.
- 3.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

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

Régime de sanctions

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil

d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportement susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation.
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

Enquête et immunité

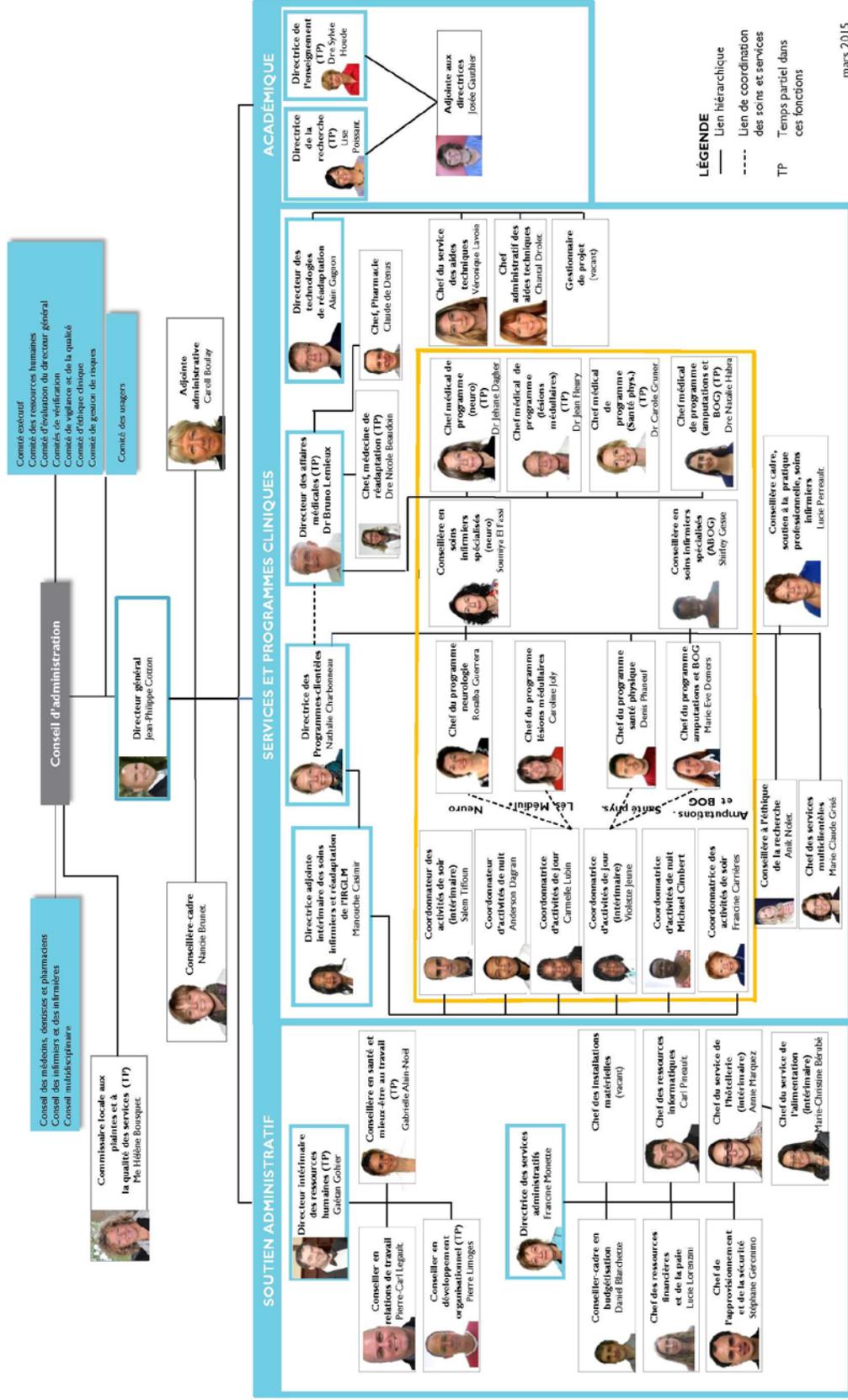
1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.
2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

La publicité du code

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.
2. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration.
3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Au cours de l'année 2014-2015, il n'y a eu aucun manquement constaté ni cas traité par les instances disciplinaires.

ANNEXE 1 – ORGANIGRAMME



LÉGENDE

- Lien hiérarchique
- - - - Lien de coordination des soins et services
- TP Temps partiel dans ces fonctions

mars 2015

ANNEXE 2 – ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Enjeu 1 – Une offre de service pertinente, de qualité et sécuritaire

L'Institut doit dispenser à sa clientèle des services de qualité dans un environnement sécuritaire. L'excellence dans sa prestation de soins et de services s'actualise par son approche interdisciplinaire et la mise en œuvre de pratique exemplaires. À l'affût des changements dans son environnement, l'Institut fera évoluer son offre de services en fonction des nouveaux besoins.

Orientations stratégiques		Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats	Commentaires
Positionner et ajuster notre offre de services en fonction de l'évolution des besoins des clientèles.	Se positionner pour répondre à de nouveaux besoins en réadaptation s'intégrant à notre mission (actualiser notre plan clinique 2011-2021).	Nombre d'usagers desservis en services ambulatoires de réadaptation intensive (SARCA-R)	≥ 559 usagers			Répartition cible annuelle= 209 usagers programme Neuro, 60 usagers AMP-BOG, 120 usagers LM, 210 usagers Santé physique
	Arrimer notre offre de services en complémentarité à celle de nos partenaires.	Taux de réalisation du plan d'action d'arrimage entre le CRLB et l'IRGLM pour la clientèle blessée médullaires	<ol style="list-style-type: none"> Journée d'arrimage entre les équipes LM des établissements du 13 mai 2013 Identification des activités éducatives de groupes à partager Planification d'une demi-journée sur l'espoir Élaboration de « mandats » d'amélioration par discipline 			

Enjeu 1 – Une offre de service pertinente, de qualité et sécuritaire (suite)

Orientations stratégiques		Objectifs		Indicateurs		Cibles		Résultats		Commentaires	
Positionner et ajuster notre offre de services en fonction de l'évolution des besoins des clientèles (suite)	Arrimer notre offre de services en complémentarité à celle de nos partenaires(suite)	Détermination d'un plan d'action global d'amélioration de l'offre de services à la clientèle par l'optimisation clinico-administrative avec le CRLB pouvant mener vers une fusion	I. Plan d'action décidé								
	Impliquer les patients et les conseils professionnels dans nos réflexions pour guider nos actions	Elaboration d'un plan d'action en fonction des résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle coordonné par le comité des usagers	Plan d'action élaboré								
		Nombre de dossier organisationnels prioritaires validés auprès du comité des usagers et des conseils professionnels									

Enjeu 1 – Une offre de service pertinente, de qualité et sécuritaire (suite)

Orientations stratégiques		Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats	Commentaires
Positionner et ajuster notre offre de services en fonction de l'évolution des besoins des clientèles (suite)	Maintenir une culture de sécurité et de qualité	Obtention de l'agrément 2013 pour 4 ans	1. Suivi des sondages PULSE et Sécurité 2. Plan d'action par direction 2013-2015 en lien avec sondage 3. Auto-évaluation des équipes (taux de participation de 30% du personnel pour chaque secteur de normes) 4. Dépôt des rapports préliminaires de conformité (POR) 5. Finalisation des tests de conformité (POR) 6. Complétion des scéances de préparation à la visite d'Agrément 7. Visite d'Agrément 8. Suivi du rapport d'agrément 9. Plan d'action en fonction du rapport d'agrément			Obtention de l'agrément avec mention d'honneur

Enjeu 2 – La disponibilité des compétences requises

Dans un contexte de pénurie et de haute concurrence pour l'acquisition d'une main-d'œuvre compétente et de qualité, l'Institut doit s'inspirer des meilleures pratiques en gestion des ressources humaines pour attirer les talents et retenir le personnel à son emploi. La relève des effectifs médicaux représente un défi important auquel l'Institut devra développer les stratégies pour y répondre.

Orientations stratégiques		Objectifs		Indicateurs		Cibles		Résultats	Commentaires
Créer des conditions favorables à l'attraction et à la rétention des meilleures compétences.	Assurer le développement et la gestion des talents et former la relève	Elaboration d'une politique sur le développement professionnel suite à un forum de concertation avec toutes les parties prenantes, incluant les médecins	100 % des acteurs clefs consultés pour l'élaboration de la politique	Plan d'action quadriennal "être bien au travail" adopté par le CA Politique écrite "être bien au travail"	entre 3,88 à 5				
	Adopter une gestion des ressources humaines axée sur la reconnaissance et la qualité de vie au travail	1. Adoption d'un plan d'action quadriennal "être bien au travail" par le CA 2. Élaboration d'une politique de promotion de la santé 2. Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées							

Enjeu 2 – La disponibilité des compétences requises (suite)

Orientations stratégiques	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats	Commentaires
Créer des conditions favorables à l'attraction et à la rétention des meilleures compétences(suite)	Mettre à jour le plan d'effectifs médicaux	Ratio entre le nombre ETC requis par programme et le nombre ETC réel par programme	1 pour 1		

Enjeu 4 – L'intégration des activités académiques à l'ensemble de la mission de l'Institut

L'Institut entend relever les défis d'excellence et d'innovation en favorisant l'implication des intervenants dans le développement des sujets de recherche, le transfert des connaissances, l'amélioration de la performance, la diffusion des résultats de recherche, la participation des chercheurs à des réseaux de recherche.

Le développement de la recherche clinique devra s'inscrire dans les objectifs de l'Institut. En raison de l'importance stratégique de l'enseignement dans la réalisation de sa mission, l'Institut doit valoriser et soutenir ce secteur d'activités. L'Institut entend développer sa capacité à entreprendre des études d'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

Orientations stratégiques	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats	Commentaires
<p>Poursuivre l'intégration de la recherche dans l'ensemble des activités cliniques, d'enseignement et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention</p>	<p>Favoriser la diffusion et la vulgarisation appliquée des résultats de projets de recherche et d'ETMIS obtenus</p>	<p>Nb de résumés de résultats de projets de recherche diffusés sur le site web de l'IRGLM. Nb de résumés de résultats de projets SAGE diffusés sur le site web de l'IRGLM Nb de projets d'ETMIR diffusés sur le site web de l'IRGLM et de l'INESSS (dont au moins un mode d'intervention)</p>	<p>10 recherches 2 SAGE 2 ETMIR</p>		

Enjeu 4 - Enjeu 4 – L'intégration des activités académiques à l'ensemble de la mission de l'Institut (suite)

Orientations stratégiques		Objectifs			Indicateurs		Cibles		Résultats		Commentaires		
Poursuivre l'intégration de la recherche dans l'ensemble des activités cliniques, d'enseignement et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (suite)	Se doter d'une infrastructure afin de soutenir et optimiser les activités de l'enseignement et l'offre de stages dans toutes les disciplines	Mise en place d'un comité local de coordination de l'enseignement	3 réunions/année du comité local de coordination de l'enseignement										
	Offrir un environnement propice aux apprentissages (étudiants, intervenants, clients) selon les meilleurs pratiques pédagogiques	Présentation du projet centre d'apprentissage à nos fondations en statuant sur les espaces requis	Dépôt de demande de financement selon date limite des fondations										
	Obtenir le statut d'Institut universitaire en partenariat avec les autres membres du CÉRIU	Transmission de la documentation des activités réalisées à l'IRGLM, nécessaires à la demande de désignation universitaire du PUR	Documentations transmises et jointes à la demande du PUR										

Enjeu 5 – La performance organisationnelle

Le contexte financier exercera une plus grande pression sur la performance organisationnelle. On assiste à une gestion axée sur l'atteinte de résultats cliniques et financiers. L'établissement doit répondre aux cibles fixées à l'entente de gestion. Une gestion efficace et efficiente des ressources contribuera à maintenir une performance attendue. L'accès à une information pertinente et de qualité viendra soutenir le processus décisionnel.

Orientations stratégiques		Objectifs		Indicateurs		Cibles		Résultats		Commentaires	
Développer une culture de la mesure.	Élaborer et actualiser un plan de revue d'utilisation des ressources.	Atteinte de l'équilibre budgétaire et respect des cibles d'optimisation	100%	Réalisation de 3 projets d'optimisation et / ou Lean portant sur des processus clés de l'organisation		Pour les 3 projets, 10/10 pour les étapes 5/5 pour CAPTE					
		Adoption du plan directeur immobilier	Adoption								
	Prévoir et aménager les espaces physiques en fonction des nouveaux besoins.	Élaboration et suivi d'un tableau de bord organisationnel	Présentation au CA 12 juin, 7 oct 2013 27 janv 17 mars 2014								
	Développer et implanter un modèle de gestion axée sur les résultats.										

Enjeu 6 – La modernisation de l'infrastructure technologique et informatique

L'Institut, pour répondre adéquatement aux critères de milieu universitaire et à son énoncé de vision, se doit, entre autres, d'être à la fine pointe des technologies médicales et de réadaptation. Il devra, au cours des prochaines années, investir dans l'acquisition et la mise à niveau de ces technologies.

L'Institut devra se donner une vision quant à la gestion de l'information. La transformation de l'organisation s'appuiera entre autres par une circulation et une utilisation structurée de l'information clinique et de gestion fiable et pertinente. Il devra s'assurer de mettre en place les systèmes informatiques et la plate-forme informatique capables de répondre à cet objectif.

Orientations stratégiques		Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats	Commentaires
Développer une vision organisationnelle relative à la gestion des ressources informationnelles.	Mettre à niveau les technologies médicales et de réadaptation.	Réalisation de la modernisation du service de radiologie	100 % réalisé d'ici décembre 2013	Entente signée avec un autre établissement du RSSS		
		Identification d'un partenaire dans le développement d'un centre d'excellence en urologie	Réalisation de la phase 1 du plan d'informatisation du dossier clinique (OACIS)			50 % de la phase 1 du plan réalisée d'ici mars 2014

Enjeu 7 – La promotion des connaissances et des compétences

Le développement de son expertise doit faire l'objet de diffusion tant à l'interne qu'à l'externe. L'Institut est appelée à jouer un rôle prépondérant dans l'avancement des connaissances et des compétences auprès du réseau.

L'Institut doit réussir à communiquer ce qu'il est et de qu'il veut devenir en se dotant d'outils performants lui permettant de rejoindre tous ses publics cibles et d'accroître sa notoriété.

Orientations stratégiques		Objectifs		Indicateurs		Cibles		Résultats		Commentaires	
Rayonner auprès de la population, de la communauté d'affaires et du réseau de la santé et des services sociaux.	Accroître la notoriété de l'Institut.	Nb de candidatures présentées pour un prix de reconnaissance externe									
	Mettre en valeur l'expertise et les pratiques novatrices présentes à l'Institut.	Développement de la version 2.0 du site WEB		Version 2.0 du site WEB de l'IRGLM fonctionnel d'ici mars 2014							
Contribuer au développement de la réadaptation en déficience physique et santé physique par la diffusion de nos expertises et connaissances auprès des professionnels du réseau et de la population.											

Autres éléments

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats	Commentaires
Réaliser les cibles prévues dans l'Entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 entre l'agence de SSS de Montréal et l'IRGLM	% des délais respectés pour les demandes de services en priorité élevée	90 % des usagers en priorité élevée dans les 90 jours		

Légende



Cible atteinte 91-100 %



Cible partiellement atteinte 50-90 %



Cible non atteinte < 50 %

ANNEXE 3 - ETATS FINANCIERS, ANALYSE DES RÉSULTATS, TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

(SECTIONS 7 ET 8 DU RAPPORT)



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

Les états financiers résumés ci-joints de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, 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'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2015. 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'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

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'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal 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.

Notre opinion sans réserve indique que, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation 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 7 juillet 2015

¹CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A110078

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 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
<i>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</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
Vos travaux d'audit ont-ils permis d'identifier, de relever ou de détecter des cas de non-conformité aux exigences des textes légaux et réglementaires applicables, à caractère financier ayant, ou pas, une incidence significative sur la section audité du rapport financier annuel? L'établissement contrevient à l'article	2012-2013	C	Lors de la préparation budgétaire des exercices à venir, nous prévoyons rembourser cette dette.		PR	

<p>4 de la loi sur l'équilibre budgétaire car il accuse un excédent des charges par rapport aux revenus d'un montant de 2 909 808 \$, pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.(213 612\$ en 2013-2014).</p>						
<p>Vos travaux d'audit relatifs à la section auditée du rapport financier annuel vous ont-ils permis d'identifier, de relever ou de détecter des déficiences du contrôle interne? La procédure de gestion des accès aux applications financières de l'Institut concernant la création, la modification, la suppression et la révision des accès et des privilèges est en cours de finalisation. Ainsi, bien qu'une procédure existe depuis début 2014, les demandes d'accès et/ou de retrait aux applications GRF, GRM et GRH ne sont pas systématiquement documentées, et il n'existe pas de procédure formelle de révisions périodiques des comptes utilisateurs et des privilèges d'accès associés. De plus les accès dans GRM ne sont pas systématiquement désactivés suite au départ des employés. Le fournisseur externe Logibec a un accès permanent aux environnements de production de GRF, GRM et GRH. De plus, les actions posées par les comptes utilisés par Logibec ne sont pas journalisées ni révisées.</p>	<p>2012-2013</p>	<p>C</p>	<p>Nous sommes en accord avec les observations et les recommandations. Voici certaines précisions.</p> <p>Les demandes d'accès et/ou de retrait aux applications GRF, GRM et GRH sont maintenant systématiquement documentés, par l'entremise de la nouvelle tuile « Mouvement des employés ». Celle-ci génère et distribue toutes les demandes de service aux bons départements, au-delà des demandes d'accès, afin qu'un employé ait à sa disposition (ou non) tous les outils, logiciels et accès nécessaires pour sa prestation de travail.</p> <p>L'obligation d'utiliser cette tuile pour toute demande, nous permet d'obtenir les approbations appropriées (gestionnaires) pour les personnes autorisées (personnes déléguées) et ainsi assurer un contrôle rigoureux sur le processus et sur la traçabilité des demandes, des approbations et la chronologie des étapes franchies et par quel intervenant(e).</p> <p>La révision périodique des comptes utilisateurs et des privilèges d'accès associés, s'effectue sur une base biannuelle, avec l'aide d'une alerte dans la boîte de courriel du pilote (S. Géronimo), qui veille au suivi des écarts entre les personnes autorisées ou non.</p>	<p>PR</p>		

			<p>La procédure de la gestion des accès a été diffusée au début de juin, à tout le personnel de l'IRGLM, et les responsables du traitement des demandes sont avisés que toute demande doit être faite par le biais de la tuile de Mouvement des employés. Ce cadre de gestion des accès permettra ainsi une journalisation des transactions.</p> <p>Enfin, la gestion plus restrictive de l'accès au fournisseur de Logibec sera déployée très prochainement afin de rencontrer les risques à la sécurité de nos systèmes et afin de se conformer à votre recommandation.</p>			
<p>Vos travaux d'audit vous ont-ils permis d'identifier, de relever ou de détecter des anomalies significatives non corrigées? Les anomalies non corrigées comprennent les lacunes suivantes : - à la page 204, ligne 09, les frais reportés liés aux dettes devraient être présentés en diminution de la dette à long terme. - la valeur comptable nette, au début et à la fin de l'exercice, par grandes catégories d'immobilisations n'est pas présentée.</p>	2012-2013	C	<p>Nous sommes en accord avec les observations et les recommandations. La lacune du point 1 est encore à travailler et sera repris par le CIUSSS pour 2015-2016 tandis le point 2 a été réglé.</p>			PR
<p>Vos travaux d'audit vous ont-ils permis d'identifier, de relever ou de détecter des anomalies importantes non corrigées? Anomalies non corrigées au 31 mars 2015 : Sur-évaluation probable de la charge d'amortissement (310 000) \$</p>	2014-2015	C	<p>Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016</p>			NR
<p>Sous-évaluation probable des immobilisations 310 000 \$</p>	2014-2015	C	<p>Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016</p>			NR

Sur-évaluation probable de la subvention Agence et MSSS 310 000 \$	2014-2015	C	Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016			NR
Sous-évaluation probable du compte à recevoir MSSS (310 000) \$	2014-2015	C	Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016			NR
Sur-évaluation probable des immobilisations (147 000)\$	2014-2015	C	Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016			NR
Sur-évaluation probable des passifs 147 000\$	2014-2015	C	Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016			NR
Sur-évaluation des autres créditeurs à payer 449 137\$	2014-2015	C	Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016			NR
Sous-évaluation des passifs aux titres d'avantages futures page 363 (449 137)\$	2014-2015	C	Les anomalies seront prises en charges par le CIUSSS en 2015-2016			NR
Rapport à la gouvernance						
Constatation : Une analyse permet de déterminer si la règle du 90% lui permettant de réclamer la totalité de la taxe qu'elle paye à l'égard de ses dépenses à titre de remboursements partiels de 83% en TPS et de 51,5% en TVQ est respectée n'a pas été effectuée depuis un certain temps.	2013-2014	C	Nous prévoyons faire l'analyse en 2015-2016			NR
Constatation : Les 3 rapports signés de l'auditeur indépendant se retrouvent dans le rapport annuel de gestion de l'Établissement alors que ces rapports ne peuvent qu'accompagner le rapport financier annuel AS-471	2013-2014	C	Le rapport financier annuel de 2014 comprenait le rapport de l'auditeur sur les états financiers résumés.	R		
Constatation : Une analyse de l'application de la TPS-TVQ à ses fournitures d'aires de stationnement n'a pas été effectuée suite aux mesures législatives proposées le 24 janvier 2014.	2013-2014	C	L'analyse a été faite 2014 et nous sommes conformes.	R		
-Les dispositions d'immobilisations ne font pas l'objet d'une radiation des coûts et de l'amortissement cumulé correspondant. La direction devrait faire une analyse lors de l'achat de nouvelles immobilisations afin d'identifier le coût à	2014-2015	C	Cette recommandation devra faire l'objet d'un suivi en fonction des critères de comptabilisation qui seront édictés par la direction du CIUSSS.			NR

radier des livres s'il y a lieu pour éviter une surévaluation des coûts et de l'amortissement cumulés dans le rapport financier. Voir anomalies non corrigées à la question 8.						
-Le fichier sommaire des immobilisations détenues au 1 ^{er} avril 2008 compilé par le MSSS n'est pas à jour. Une demande de modification de ce fichier devrait être faite au MSSS afin que le montant d'amortissement annuel des immobilisations détenues au 1 ^{er} avril 2008 soit exempt d'anomalies pour les années à venir et pour éviter qu'une conciliation soit nécessaire par la personne responsable.	2014-2015	C	Cette recommandation devra faire l'objet d'un suivi au cours de l'année 2015-16 par la direction des Finances .			NR
-Une conciliation entre les acquisitions d'immobilisations de l'année, la cédule de continuité des immobilisations et la balance de vérification n'a pas été effectuée, ce qui a entraîné des écarts non-réconciliés dans le rapport financier annuel.	2014-2015	C	Cette recommandation devra faire l'objet d'un suivi au cours de l'année 2015-16 par la direction des finances.			NR
- Les éléments probants afin de faire notre audit ne nous ont pas été remis dans un délai raisonnable avant la présentation à la présidente-directrice-générale. De plus, le AS471 complété en entier ne nous a pas été remis avant le 12 juin, ce qui laisse un délai déraisonnable pour effectuer l'audit et la revue de la présentation. De plus, plusieurs corrections et ajustements ont été nécessaires à la suite de la réception du AS471, ce qui alourdit le processus d'audit.	2014-2015	C	La présente situation était tout à fait hors de contrôle de la part de la direction. L'absence invalidité de la directrice des finances ainsi que le départ de la chef des finances ont eu un impact majeur sur la préparation du dossier de vérification. Ceci a grandement impacté les travaux de vérification mais également le personnel interne et externe qui ont eu à préparer ce dossier dans un contexte très difficile.	R		

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	35 386 494	31 273 311	4 209 083	35 482 394	37 694 711
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	5 180 274	4 141 730	XXXX	4 141 730	5 078 699
Ventes de services et recouvrements	4	624 015	1 289 486	XXXX	1 289 486	1 053 376
Donations (FI:P294)	5			157 738	157 738	532 986
Revenus de placement (FI:P302)	6	25 881	30 798	4 650	35 446	32 729
Revenus de type commercial	7	183 709	252 521	XXXX	252 521	216 754
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	14 387 355	12 541 548	1 317 254	13 858 802	13 584 823
TOTAL (L.01 à L.11)	12	55 788 628	49 629 392	5 688 725	55 218 117	58 194 078
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	38 216 684	40 187 419	XXXX	40 187 419	39 189 187
Medicaments	14	569 000	452 414	XXXX	452 414	506 945
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	451 780	475 759	XXXX	475 759	512 672
Denrées alimentaires	17	577 900	467 968	XXXX	467 968	399 113
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325)	19	1 287 592		1 275 564	1 275 564	1 287 592
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	546 147	601 732		601 732	673 399
Créances douteuses	21		75 450	XXXX	75 450	
Loyers	22			XXXX		
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	2 828 128	XXXX	3 157 221	3 157 221	2 828 128
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	12 795 725	10 178 458	1 255 950	11 434 408	13 010 654
TOTAL (L.13 à L.27)	28	57 272 956	52 439 200	5 688 725	58 127 925	58 407 690
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(1 484 328)	(2 909 808)	0	(2 909 808)	(213 612)

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

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(354 911)	203 862	(151 049)	62 563	
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	(354 911)	203 862	(151 049)	62 563	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(2 909 808)		(2 909 808)	(213 612)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
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					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(3 264 719)	203 862	(3 060 857)	(151 049)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	87 789	87 789	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(3 148 646)	(238 838)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(3 060 857)	(151 049)	

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	2 195 557	3 657 672	5 853 129	2 264 244
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	1 015 509	391 403	1 406 912	6 702 417
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	2 910 880		2 910 880	3 108 436
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	1 567 247	(1 567 247)	0	
Subvention à recevoir (perçe d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	3 888 222	5 506 733	9 394 955	5 173 776
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	150 899	150 899	78 519
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	247 875		247 875	100 347
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	11 825 290	8 139 360	19 964 650	17 427 739
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		1 193 480	1 193 480	9 053 965
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 962 928		6 962 928	7 868 639
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	3 929 483	3 929 483	3 863 634
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		391 403	391 403	315 201
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	5 385 084	4 049 316	9 434 400	6 830 527
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	37 424 410	37 424 410	25 800 522
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	4 195 752	XXXX	4 195 752	4 184 927
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25				
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	16 543 764	46 988 092	63 531 856	57 917 415
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(4 718 474)	(38 848 732)	(43 567 206)	(40 489 676)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	39 052 594	39 052 594	38 835 026
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 342 426	XXXX	1 342 426	1 350 510
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	111 329		111 329	153 091
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1 453 755	39 052 594	40 506 349	40 338 627
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULES (L.27 + L.31 - L.32)	33	(3 264 719)	203 862	(3 060 857)	(151 049)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (636-01 et 636-02)

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

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	(1 858 512)	(38 631 164)	(40 489 676)	(37 779 862)
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	(1 858 512)	(38 631 164)	(40 489 676)	(37 779 862)
SURPLUS (DEFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(2 909 808)		(2 909 808)	(213 612)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (Fi:P421)	6	XXXX	(3 374 789)	(3 374 789)	(5 609 423)
Amortissement de l'exercice (Fi:P422)	7	XXXX	3 157 221	3 157 221	2 828 128
(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	(217 568)	(217 568)	(2 781 295)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	15	(2 183 941)	(2 076 489)	(2 076 489)	(2 183 941)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(153 091)	(111 329)	(111 329)	(153 091)
Utilisation de stocks de fournitures	17	2 541 084	2 084 573	2 084 573	2 541 084
Utilisation de frais payés d'avance	18	81 041	153 091	153 091	81 041
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	285 093	49 846	49 846	285 093
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20				
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	285 093	(2 859 962)	(3 077 530)	(2 709 814)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	285 093	(4 718 474)	(43 567 206)	(40 489 676)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(2 909 808)	(213 612)
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	49 846	285 093
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		
- Autres	7	2 619 291	(248 029)
Amortissement des immobilisations	8	3 157 221	2 626 128
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	18 777	19 628
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(4 241 076)	(1 131 859)
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	1 604 059	1 752 061
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	4 506 020	2 873 812
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	3 200 271	4 413 161
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(3 374 789)	(5 609 423)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(3 374 789)	(5 609 423)
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	14 024 550	
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(1 066 832)	(4 033 180)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 333 830)	(1 566 163)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		(1 096 540)
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	6 225 438	7 358 316
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(61 373)	(58 130)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(14 024 550)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	3 783 403	604 323
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	3 588 885	(591 939)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	2 264 244	2 856 183
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	5 853 129	2 264 244
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	5 853 129	2 264 244
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	5 853 129	2 264 244

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 6 295 505	(1 960 257)
Autres débiteurs	2 197 556	1 326 476
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3 19 897	
Frais reportés liés aux dettes	4 (91 157)	
Autres éléments d'actifs	5 (147 528)	(98 127)
Créditeurs - Agence et MSSS	6	
Autres créditeurs et autres charges à payer	7 (905 711)	940 595
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8 65 849	2 488 897
Intérêts courus à payer	9 76 202	13 776
Revenus reportés	10 (15 418)	93 663
Passifs environnementaux	11	
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12 10 825	68 789
Autres éléments de passifs	13	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14 4 506 020	2 873 812
AUTRES RENSEIGNEMENTS:		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	
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 35 446	15 426
Intérêts encaissés (revenus)	19 35 446	15 426
Intérêts débiteurs (dépenses)	20 1 266 777	1 267 963
Intérêts déboursés (dépenses)	21 1 155 157	1 262 424
Placements temporaires:		
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:		
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22	
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23	
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

STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a pour mandat d'offrir des soins et des services de réadaptation sécuritaires et de qualité, aux adultes, en vue d'optimiser le potentiel d'autonomie et participer à l'avancement et au partage des connaissances par l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

Le siège social du centre est situé au 6363 chemin Hudson, Montréal. 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'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal est fusionné avec le CIUSSS du Centre-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 Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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 (perçue d'avance) – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation .

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.

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. Charges de transfert

Les charges 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 évaluer 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 5.

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

Les emprunts temporaires, 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 et le découvert bancaire le cas échéant.

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. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs 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 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.

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 du personnel d'encadrement (RRPE) ou au régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS). 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.

n. 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 ans
Bâtiments et améliorations majeures aux 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.

o. 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.

p. Stock de fournitures

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 de l'épuisement successif.

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

q. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. 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;

r. Prêts interfonds

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

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

s. 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.

t. 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.

u. 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.

v. 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. 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 terminé le 31 mars 2015 l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Le déficit total de l'exercice est de 2 909 808\$.

4. 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 aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

5. INSTRUMENTS FINANCIERS

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.

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 effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

6. DETTES À LONG TERME (P204 L21 C02)

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme B01-1249091803 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 4 460 084\$, à un taux moyen pondéré de 6,374 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 178 403\$, échéant en 2023 (Hôpital de Réadaptation Lindsay)	2 140 840	2 319 243
Billet à terme B01-1281934803 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 4 929 500\$, à un taux moyen pondéré de 6,542 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 197 180\$, échéant en 2023 (IRM)	2 168 980	2 366 160
Billet à terme B02-1249091803 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 1 481 711\$, à un taux moyen pondéré de 4,079 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 59 268\$, échéant en 2014. (Hôpital de Réadaptation Lindsay)	-	1 126 101
Billet à terme B01-1104474003 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 9 159 393 \$, à un taux moyen pondéré de 5,09 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 366 376 \$, échéant en 2016.	7 693 890	8 060 266
Billet à terme B02-1104474003 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 3 155 747\$, à un taux moyen pondéré de 3,038 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 126 230\$, échéant 02/06/2016.	2 650 827	2 777 057
Billet à terme B03-1104474003 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 3 951 193\$, à un taux moyen pondéré de 2,428 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 175 094\$, échéant en 2018.	3 425 911	3 601 005
Billet à terme B04-110447003 contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 5 781 968\$, à un taux moyen pondéré de 2,123 %.	5 319 411	5 550 689

garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 231 279\$ échéant en 2018.		
Billet à terme B05-1104474003 contracté auprès du Fonds de l'investissement pour un montant total de 2 603 793\$, à un taux moyen pondéré de 3,138%, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 137 042\$, 1er versement dû 01.09.2015, échéant en 2024.	2 603 793	-
Billet à terme B06-110447003 contracté auprès du Fonds de Financement pour un montant total de 4 533 227\$, à un taux moyen pondéré de 23,971 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 219 445\$, échéant en 2024.	4 533 227	-
Billet à terme B07-1104474003 contracté auprès du Fonds de Financement pour un montant total de 5 820 698\$, à un taux moyen pondéré de 3,058 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 232 828\$, échéant en 2024.	5 820 698	-
Billet à terme B08-1104474003 contracté auprès du Fonds de Financement pour un montant total de 1 066 833\$, à un taux moyen pondéré de 2,904%, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement de 59 268\$, échéant en 2024.	1 066 833	-
	37 424 410	25 800 521

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	1 923 145
2016-2017	4 321 513
2017-2018	1 796 916
2018-2019	8 916 746
2019-2020	1 390 543
2020-2021 et subséquents	19 075 547
Total	37 424 410

7. 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 courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	3 555 921	2 843 459	2 838 545	3 560 835	3 555 921
Charges Sociales	477 290	967 507	936 068	508 753	477 290
Provision pour maladie	151 716	1 059 042	1 084 594	126 164	151 716
Droits parentaux	-	157 065	157 065	-	-
Allocation rétention hors-cadre	-	21 976	21 976	-	-
Total	4 184 927	5 049 049	5 038 224	4 195 752	4 184 927

8. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrains	203 862	-	203 862	203 862
Aménagement des terrains	467 582	243 010	224 572	249 034
Bâtiments	38 082 974	18 125 555	19 957 419	20 944 140
Améliorations majeures aux bâtiments	13 846 794	1 003 624	12 843 170	10 672 932
Construction et développement en cours	263 158	-	263 158	254 948
Équipement informatique	452 513	366 764	85 749	153 956
Mobilier et équipement de bureau	332 538	181 893	150 645	210 088
Autres matériel et	4 798 512	3 482 990	1 315 522	1 316 006

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
équipements				
Ameublement de chambre	1 031 234	610 853	420 381	471 282
Équipement médical	13 097 496	9 632 206	3 465 290	4 224 370
Matériel roulant	98 684	-	98 684	98 684
Réseau de télécommunication	180 238	156 096	24 142	35 724
Total	72 855 585	33 802 991	39 052 594	38 835 026

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.

9. AFFECTATIONS

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

10. 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, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs et la subvention à recevoir - réforme comptable. 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)	5 853 129	2 264 244
Débiteurs - Agences et MSSS	1 406 912	6 702 417
Autres débiteurs	2 910 880	3 108 436
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	9 394 955	5 173 776
Total	19 565 876	17 248 873

Le risque de crédit lié à l'encaisse est réduit au minimum.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -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. Ces sommes sont principalement reçues dans les mois suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'établissements du Réseau de la Santé et des Services Sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, de l'agence du revenu du Canada, de l'agence de revenu du Québec et de la Fondation de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal 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 un avocat. 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 78% du montant total recouvrable (73% au 31 mars 2014).

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	-	-
Autres débiteurs en souffrance :	-	-
Moins de 30 jours	1 651 968	1 324 576
De 30 à 59 jours	455 585	476 945
De 60 à 89 jours	348 635	211 274
De 90 jours et plus	527 095	1 097 610
Sous-total	2 983 283	3 110 405
Provision pour créances douteuses	(72 403)	(2 158)
Total des autres débiteurs	2 910 880	3 108 247

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:	2 158	2 158
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	70 245	-
Montants recouverts	-	-
Radiations au cours de l'exercice	-	-
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	72 403	2 158

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 autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée et sans taux d'intérêt. 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 créditeurs 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 créditeurs et autres charges à payer sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	6 869 923	7 863 624
De 6 mois à 1 an :	91 862	5 015
De 1 à 3 ans :	1 143	-
De 3 à 5 ans :	-	-
De plus de 5 ans :	-	-
Total des autres créditeurs et autres charges à payer	6 962 928	7 868 639

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 :

i. Risque de change

L'établissement n'est pas exposé au risque de change car il ne réalise pas d'opération en devise.

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	1 193 480	9 053 965
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	3 929 483	3 863 634
Dettes à long terme	37 424 410	25 800 522

Le montant des emprunts temporaires totalisant 1 193 480\$, représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'agence. Le risque de taux d'intérêt sur ses emprunts est nul.

Le montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 41 353 893\$, représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'agence. Le risque de taux d'intérêt sur ses emprunts est nul.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse 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.

11. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

a) périmètres comptables

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.

Comme le prévoit la loi, deux des membres du conseil d'administration de l'établissement sont nommés par la

Fondation.

Au 31 mars 2015, les soldes de fonds de la Fondation totalisent 3 146 926\$ \$ (3 042 237\$ au 31 mars 2014).

12. GRIEFS

L'évaluation du coût des griefs déposés par les syndicats advenant le cas où le l'établissement perdrait tous les recours et toutes les contestations s'élève à 105 000\$. De ce montant, 105 000\$ représentant le montant estimatif de règlement de ces griefs, ont été comptabilisé à la dépense et dans les créditeurs

13. ÉVENTUALITÉS

L'établissement est engagé dans des poursuites judiciaires. La direction est d'avis qu'il est présentement impossible de prédire avec certitude l'issue définitive de ces poursuites et que les résultats n'auront pas d'incidences défavorables importantes sur la situation financière de l'établissement. Des dossiers sont inscrits au fonds des assureurs et les déboursés seront assumés par ceux-ci.

14. CHIFFRES COMPARATIFS

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

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	30 630 491	31 273 311	31 273 311	33 186 737
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2				
Contributions des usagers (P301)	3	5 180 274	4 141 730	4 141 730	5 078 699
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	624 915	1 289 486	1 289 486	1 053 376
Donations (C2:P290/C3:P291)	5				284 957
Revenus de placement (P302)	6	10 455	30 796	30 796	17 303
Revenus de type commercial (P351)	7	183 709	XXXX	252 521	216 754
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	13 628 191	496 073	12 045 475	12 825 659
TOTAL (L.01 à L.11)	12	50 258 035	37 231 396	49 529 392	52 663 485
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	38 216 684	34 724 527	40 187 419	39 189 187
Médicaments (P750)	14	569 000	452 414	452 414	506 945
Produits sanguins	15				
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	451 780	475 759	475 759	512 672
Denrées alimentaires	17	577 900	467 968	467 968	399 113
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18				
Frais financiers (P325)	19				
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	546 147	601 732	601 732	673 399
Créances douteuses (C2:P301)	21		75 450	75 450	
Loyers	22				
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	11 380 852	3 372 459	10 178 458	11 595 781
TOTAL (L.13 à L.24)	25	51 742 363	40 170 309	52 439 200	52 877 097
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(1 484 328)	(2 938 913)	(2 909 808)	(213 612)

Tableau global d'analyse du contrôle des effectifs

Analyse du contrôle des effectifs		
Heures rémunérées		
Janvier à mars 2014	Janvier à mars 2015	Variation
301 632	288 954	(4,2 %)

La cible d'effectifs fixée par le ministre en janvier dernier a été atteinte.

Contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er 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	1	30 292 \$ avant taxes
Total des contrats de services	1	30 292 \$ avant taxes

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.

ABBREVIATIONS ET SIGLES

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AVC	Accident vasculaire cérébral
BOG	Blessures orthopédiques graves
CCLSCMU	Comité de coordination locale de sécurité civile et de mesures d'urgence
CD	Clostridium difficile
CEBMOQ	Centre d'expertise des blessés médullaires de l'Ouest du Québec
CECII	Comité exécutif des infirmiers et infirmières
CECMDP	Comité exécutif du CMDP
CERIU	Consortium des établissements de réadaptation exploitant un institut universitaire
CGR	Comité de gestion de risques
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
CRIDEAT	Centre régional d'information, de démonstration et d'évaluation des aides techniques
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAM	Direction des affaires médicales
DTR	Direction des technologies de réadaptation
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC	Équivalent temps complet

ÉT MIR	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en réadaptation
FIM	<i>Functional Independance Measure</i>
HEC	Hautes études commerciales
HSC	Hôpital du Sacré-Coeur
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IRD	Institut Raymond-Dewar
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OACIS	<i>Open architecture clinical information system</i>
OQLF	Office québécois de la langue française
PACS	<i>Picture archiving and communication system</i>
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAGE	Spécialistes de l'application et de la généralisation de l'expertise
SARCA	Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SIMDUT	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
TCC	Traumatisme crânio-cérébral
TVA	Tétraplégique ventilo-assisté

Le CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, une nouvelle organisation avec une couleur et une personnalité uniques...



Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest-Verdun



Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance



**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**



depuis le 1^{er} avril 2015, ...désormais NOTRE CIUSSS

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l' le-de-Montréal**

