

Rapport annuel de gestion 2010-2011

La réadaptation

Une voie vers la participation sociale

Déficiences physiques
Moteur
Auditif
Visuel
Langage

QUÉBEC | PORTNEUF | CHARLEVOIX | EST DU QUÉBEC



Institut de réadaptation
en déficience physique
de Québec
Institut universitaire

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	5
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ.....	6
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
3.1 Mission.....	7
3.2 Caractéristiques de la population de son territoire	7
3.2.1 Statistiques – clientèle.....	7
3.2.2 Statistiques – aides techniques	9
3.2.3 Statistiques – Région de la Capitale-Nationale.....	12
3.2.4 Statistiques – MRC de Portneuf	14
3.2.5 Statistiques – MRC de Charlevoix	16
3.3 Organigramme	18
3.4 Contexte et faits saillants de l'établissement.....	19
4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	
4.1 Description des services offerts	19
4.2 Principales modifications et faits saillants des directions.....	19
4.2.1 Direction des services à la clientèle des enfants et adolescents	19
4.2.2 Direction des services à la clientèle des adultes et des aînés.....	20
4.2.3 Direction des programmes multiciëntèles et des aides techniques..	21
4.2.4 Direction des services professionnels.....	22
4.2.5 Direction de l'enseignement et du soutien scientifique	22
4.2.6 Direction des ressources humaines.....	24
4.2.7 Direction de l'administration	26
4.3 Objectifs organisationnels et priorités d'action 2011-2012	27
4.4 Objectifs, résultats, commentaires	30
4.4.1 Relativement à l'entente de gestion et d'imputabilité de l'établissement.....	30
4.4.2 Relativement à l'agrément	33
4.4.3 Relativement à la sécurité des soins et services	34
4.4.4 Relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits .	39

5. CONSEILS ET COMITÉS

5.1	Membres du conseil d'administration	35
5.2	Liste des conseils et comités.....	35
5.2.1	Conseils institués en vertu de la Loi.....	35
5.2.2	Comités du conseil d'administration.....	35
5.2.3	Autres comités.....	35
5.3	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	36
5.3.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	36
5.4	Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	36
5.4.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	36
5.4.2	Améliorations à la qualité/sécurité des services.....	37
5.5	Comité de pharmacologie.....	37
5.5.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	37
5.5.2	Principaux changements de pratique	38
5.6	Conseil multidisciplinaire	38
5.6.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	38
5.7	Comité de vigilance et de la qualité	39
5.7.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	39
5.7.2	Suites apportées par le comité aux recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et retenues par le conseil d'administration.....	40
5.7.3	Autres conclusions du comité et améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration.....	40
5.8	Comité des usagers.....	40
5.8.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	40
5.9	Comité de gestion des risques	41
5.9.1	Faits saillants et suites apportées aux avis	41
5.9.2	Principaux risques d'incidents/accidents.....	41
5.9.3	Infections nosocomiales surveillées et résultats de cette surveillance.....	41
5.9.4	Recommandations et suivis effectués par le comité en rapport avec les priorités de l'établissement.....	42

6. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

6.1	État des revenus et des charges	44
6.2	Bilan au 31 mars 2010	45
6.3	Rapport des vérificateurs	46

7. CENTRE DE RECHERCHE EN RÉADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE	48
8. L'ÉQUIPE BÉNÉVOLE DE L'INSTITUT	49
9. FONDATION ÉLAN	50
10. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	51
<i>Annexe</i>	
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (version complète)	52

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

L'année 2010-2011 se termine par un bilan positif de nombreuses réalisations, sur une note de fierté et de sentiment d'accomplissement pour l'ensemble du personnel de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Les défis ont été de taille et nous les avons réalisés ensemble, chacun dans ce qu'il sait faire de mieux, pour le bien-être des 9000 personnes présentant une déficience physique que nous avons guidées dans leur réadaptation.

En 2011, nous fêtons les 15 années d'existence de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec — nouvelle entité des établissements de réadaptation en déficience physique de la région de Québec ayant fusionné en octobre 1996 — avec ses forces et ses spécificités, dans une dynamique universitaire d'excellence des services offerts aux personnes présentant une déficience physique.

Plusieurs dossiers organisationnels ont mobilisé nos efforts cette année. Nous avons diminué le délai d'attente des usagers pour des services dans la plupart des secteurs et nous avons attaché une importance particulière à la continuité des services, tant entre nos programmes qu'avec nos partenaires du réseau. Nous avons entrepris la quatrième démarche d'agrément avec le nouveau modèle dicté par le Conseil québécois d'agrément. Nous avons consulté le personnel et les partenaires en vue de finaliser notre démarche de planification stratégique. Nous avons mené à terme pas moins de sept projets novateurs d'organisation du travail afin de maximiser les façons de faire. Nous avons élaboré un plan de transition pour rencontrer les nouveaux critères de désignation universitaire du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous avons implanté la première phase du plan d'action ministériel sur le circuit du médicament. Nous avons entamé l'implantation de la politique pour une saine alimentation et avons pris en charge la gestion du casse-croute. Nous avons révisé le processus d'accueil et d'intégration des nouveaux employés. Nous avons élaboré une demande d'avis de reconnaissance des besoins pour le point de service Wilfrid-Hamel.

Le tout s'est effectué en sus des activités régulières des différents programmes, services et directions et sur la trame de fond de l'intégration des mandats universitaires à l'ensemble de ces activités. À ce chapitre, notre Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (la première dans le secteur social) a travaillé à l'élaboration de ses outils méthodologiques, le nombre de stages a augmenté, le nombre de formations et de communications présentées s'est accru, le centre de recherche (le CIRRIIS) a consolidé sa structure et ses productions, d'autres mécanismes ont été mis en place pour faciliter le maillage de la clinique et de la recherche, et les mécanismes de transfert des connaissances continuent de s'améliorer.

L'IRDPO réussit à rencontrer de hauts standards d'excellence parce que les personnes qui y travaillent sont dédiées à ce qu'elles font, sont soucieuses de la qualité sous toutes ses formes et sont convaincues qu'elles contribuent à une mission noble et significative. Merci à tous et à toutes pour votre savoir-faire et votre savoir-être! La bonne humeur et le sourire qui règnent au sein de notre établissement viennent de chacun d'entre vous et se communiquent à la clientèle et aux visiteurs. Bravo pour votre engagement, votre professionnalisme, votre contribution précieuse! Merci à nos bénévoles, à notre fondation Élan, au personnel et aux chercheurs du CIRRIIS! Finalement, merci à nos administrateurs qui investissent temps et effort à notre cause parce qu'ils sont dédiés aux besoins de notre clientèle.

Merci et bravo à tous et à toutes pour avoir contribué à faire de 2010-2011 une année aussi intense en défis et réalisations. Mission accomplie!!!



Claude Lafrance
Président du conseil d'administration



Louise Lavergne
Directrice générale

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

L'information contenue dans ce rapport annuel m'est imputable. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données et des contrôles afférents. Le rapport 2010-2011 de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec décrit fidèlement la mission, les priorités et les principales activités de l'établissement. De plus, il présente des données et des résultats exacts et fiables. Je déclare que ce rapport annuel décrit la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées. Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion. À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ainsi que les contrôles afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

La directrice générale,



Louise Lavergne

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

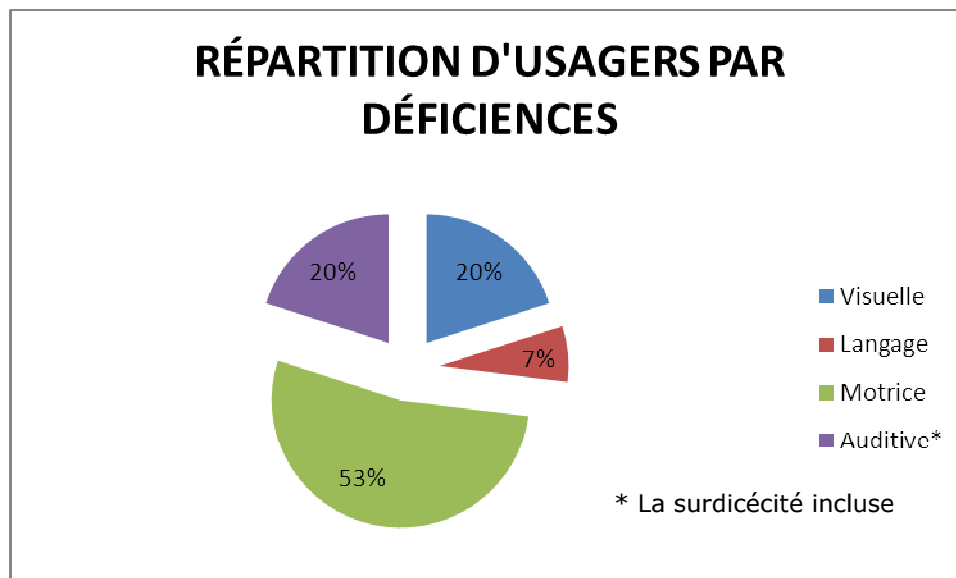
3.1 Mission

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec offre des services d'adaptation, de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale à des personnes de tout âge qui ont des incapacités et qui vivent des situations de handicap en raison de leur déficience auditive, motrice, visuelle ou du langage, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage. L'Institut sert la population de la région de Québec (03) et celle d'autres régions pour des services surspécialisés, nationaux ou supplétifs après entente avec les établissements régionaux de réadaptation. L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec est affilié à l'Université Laval. Depuis 1995, il est désigné institut universitaire en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il est reconnu pour ses expertises de pointe, ses services surspécialisés ainsi que ses activités d'évaluation, d'enseignement, de formation et de recherche.

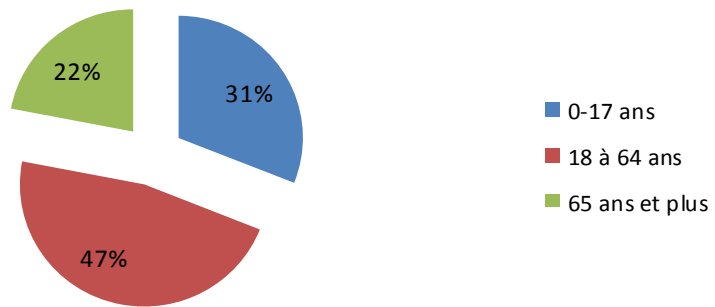
3.2 Caractéristiques de la population de son territoire

3.2.1 Statistiques – clientèles

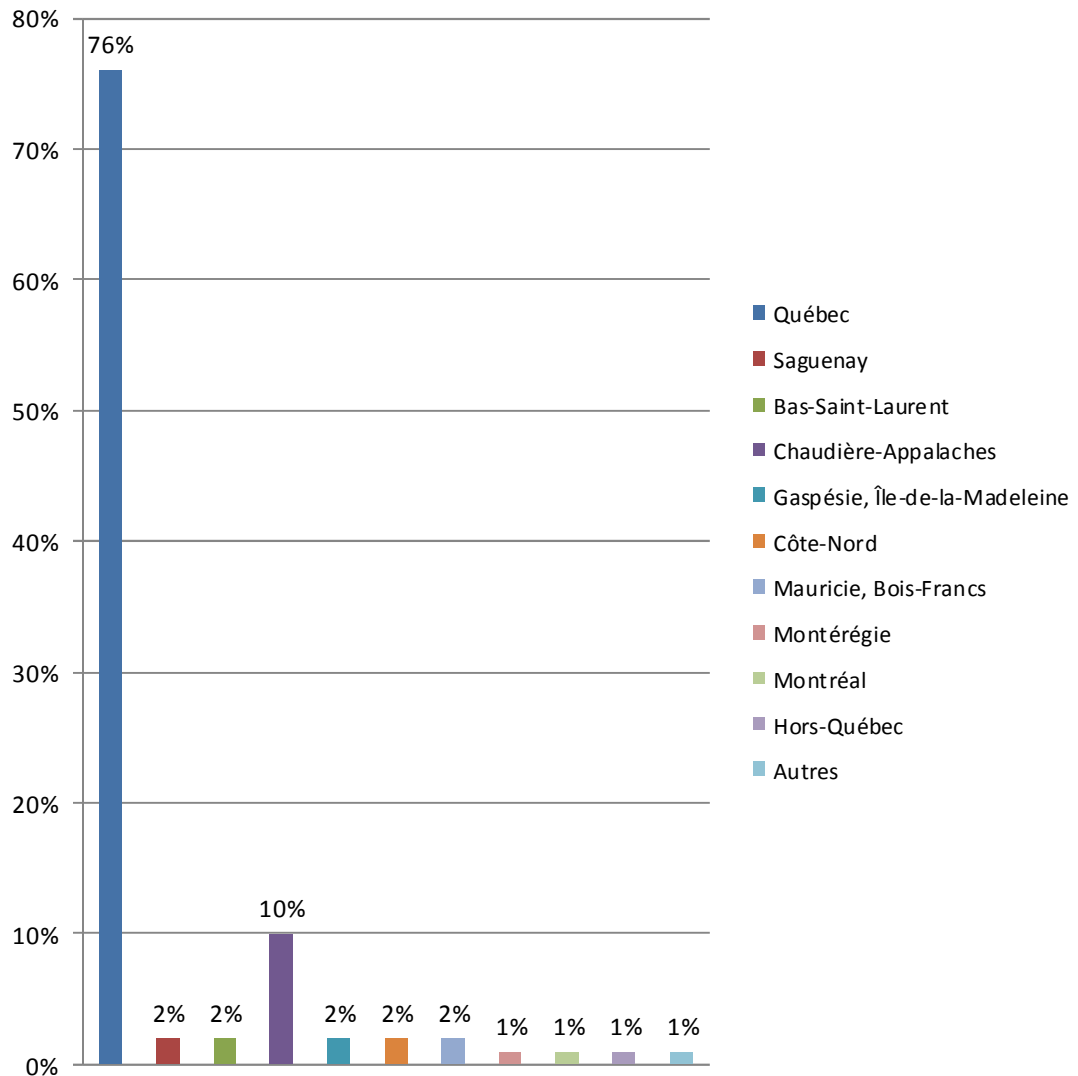
L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec offre ses services aux personnes de tout âge ayant une déficience auditive, motrice, visuelle ou du langage. Voici quelques statistiques sur la répartition de la clientèle par déficiences, par âge et selon la provenance.



RÉPARTITION D'USAGERS PAR GROUPES D'ÂGES



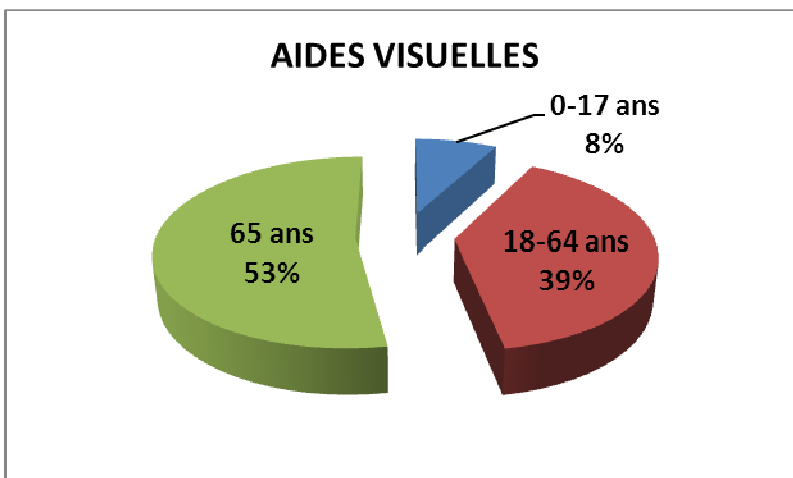
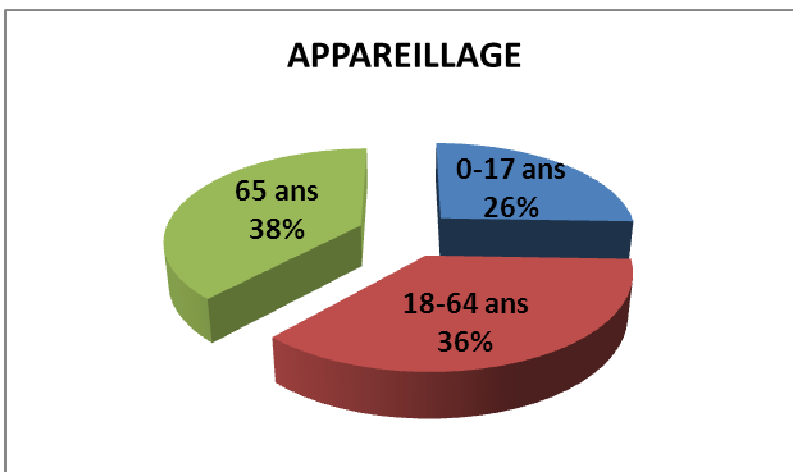
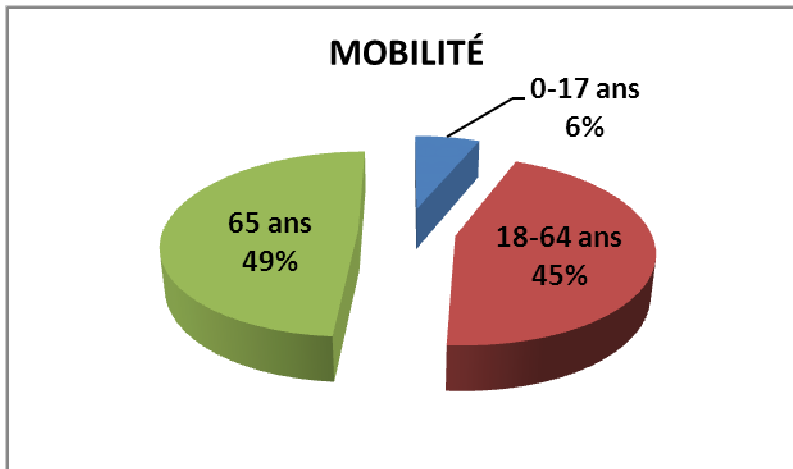
POURCENTAGE D'USAGERS PAR RÉGION



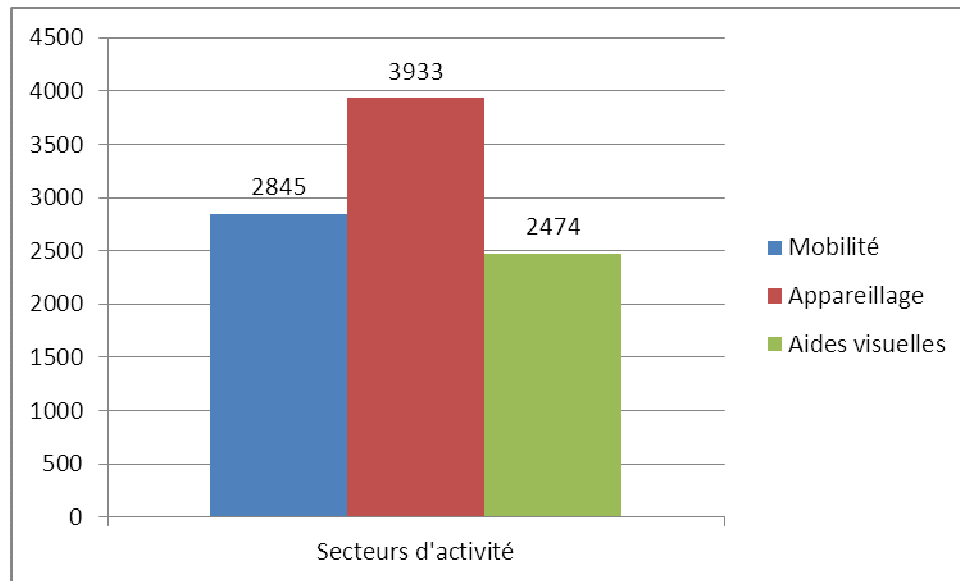
3.2.2 Statistiques – aides techniques

Voici quelques données sur les services d'attribution et de réparation des aides techniques en 2010-2011.

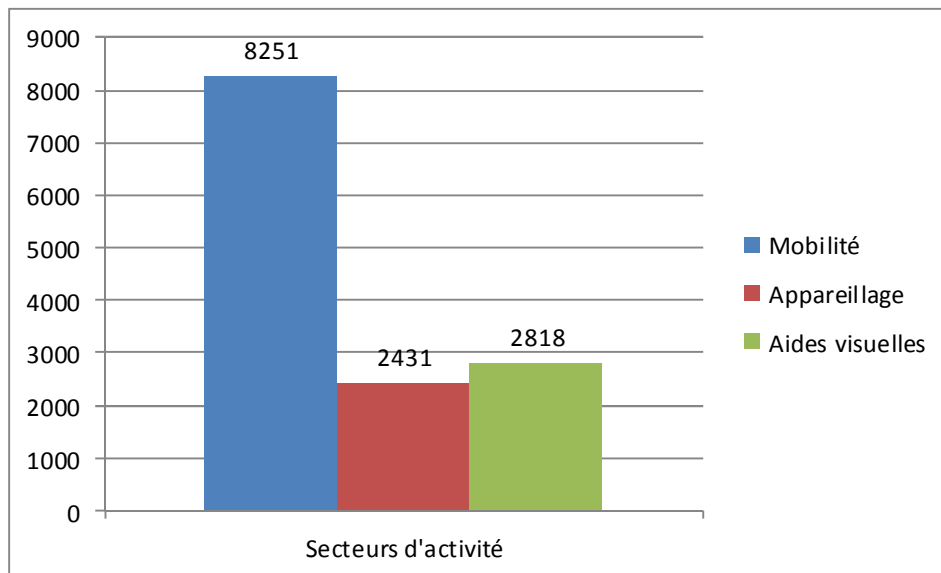
Répartition des usagers ayant reçu un service d'attribution d'une aide technique



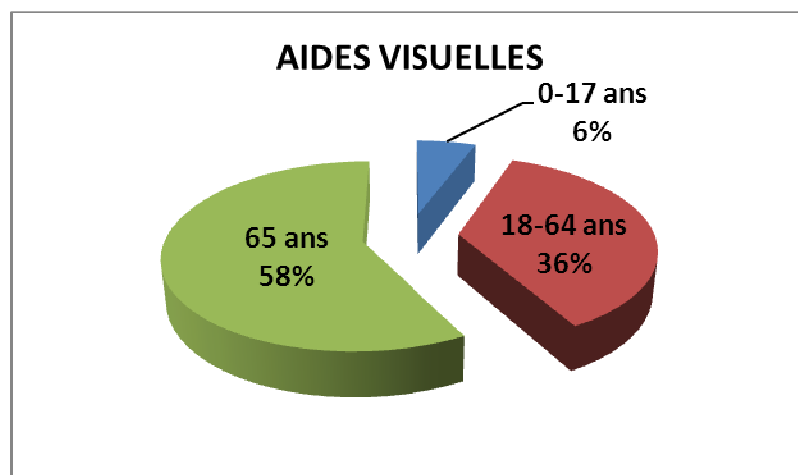
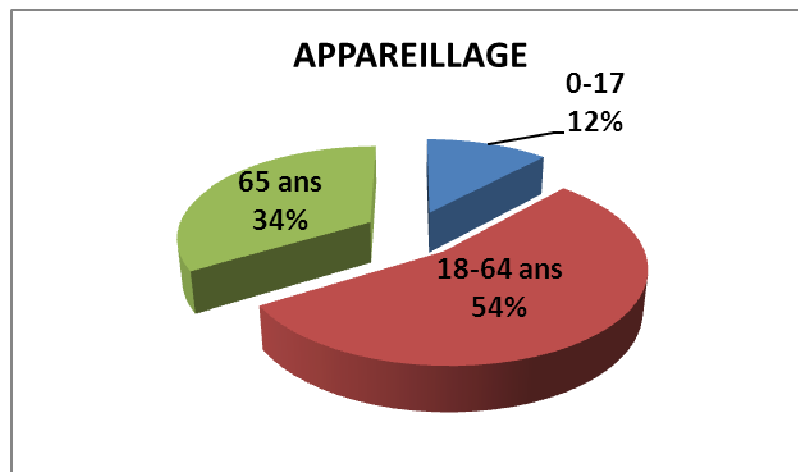
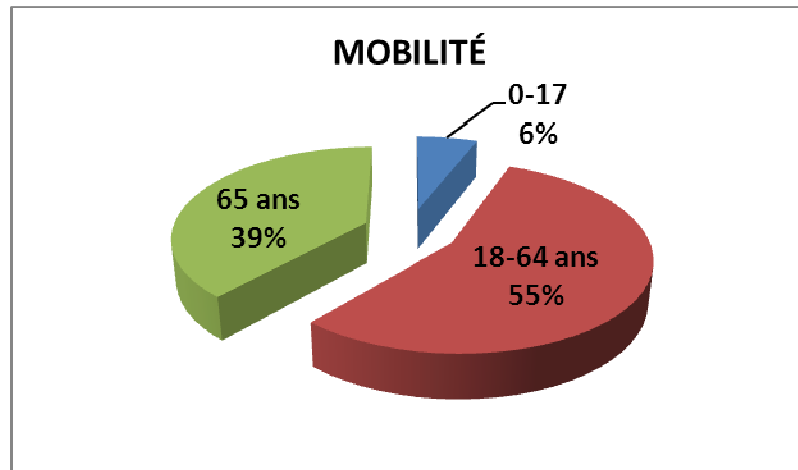
ATTRIBUTION Nombre de services rendus



RÉPARATION Nombre de services rendus



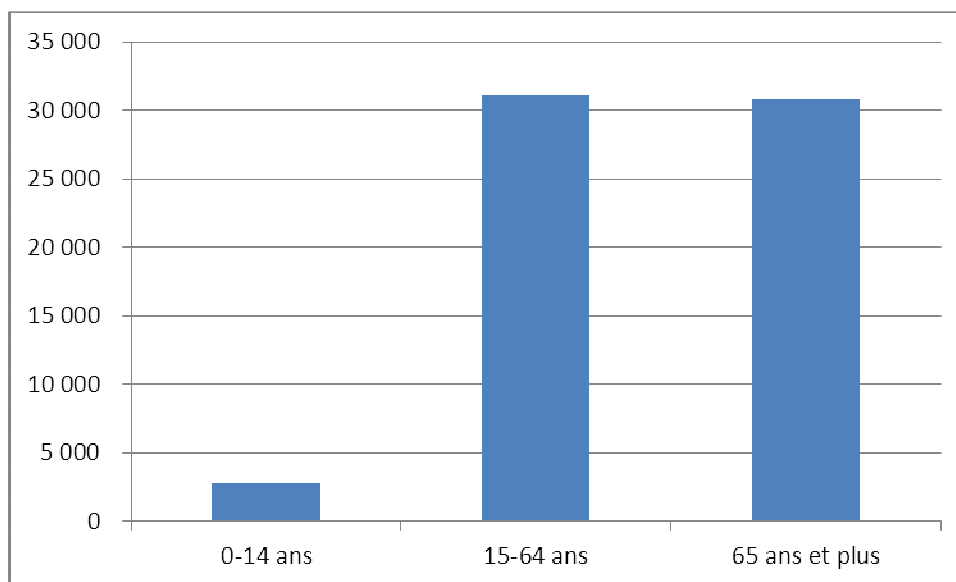
**Répartition des usagers
ayant reçu un service de réparation d'une aide technique**



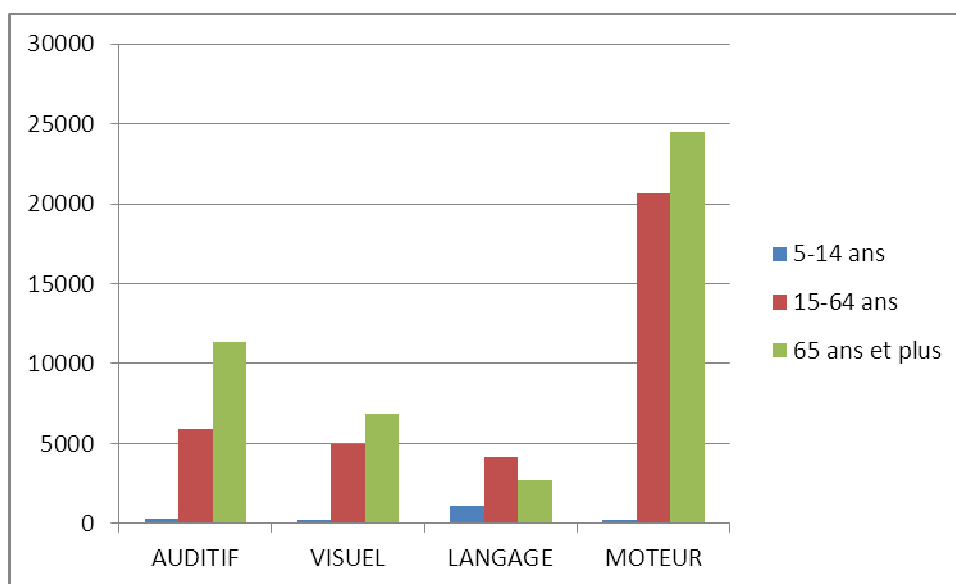
3.2.3 Statistiques - Région de la Capitale-Nationale

En 2010-2011, 76% de nos usagers provenaient de la région de la Capitale-Nationale. Parmi la population totale (661 050 personnes), 10% ont une incapacité, soit 64 730 personnes. Voici quelques données présentant les personnes ayant une incapacité par âge et par déficience.¹

POPULATION DE LA CAPITALE-NATIONALE AVEC INCAPACITÉ, PAR GROUPES D'ÂGE

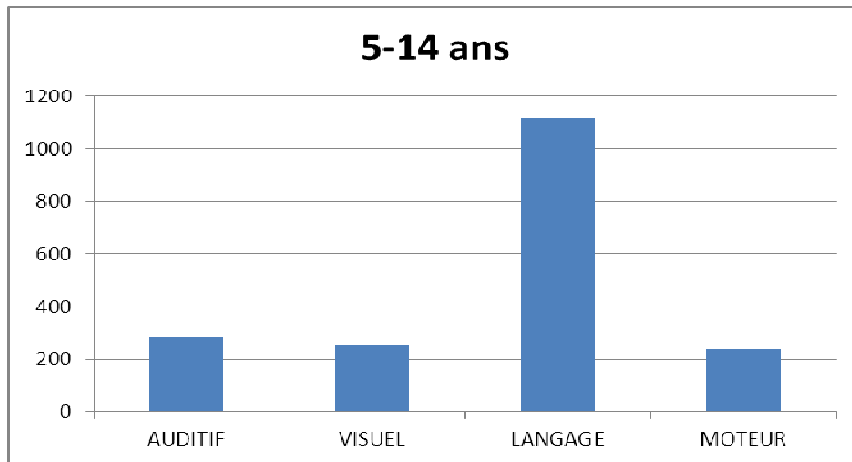


POPULATION DE LA CAPITALE-NATIONALE AVEC INCAPACITÉ PAR GROUPES D'ÂGE ET SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ

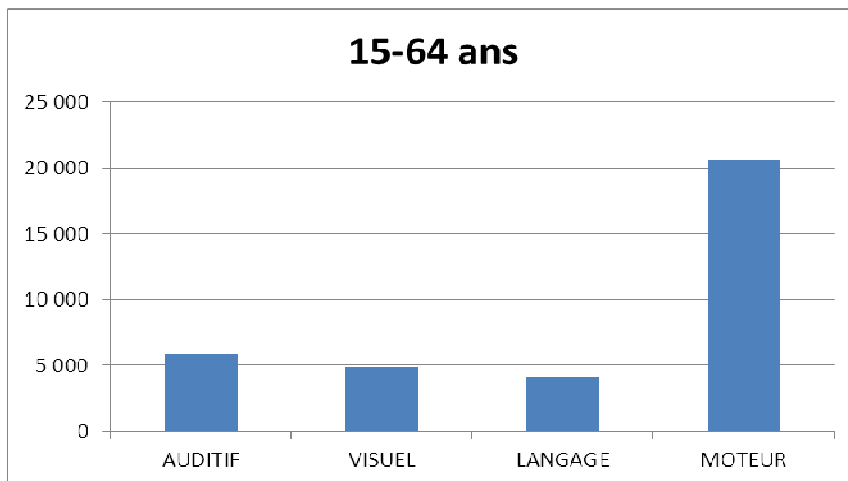


¹ Source : Compendium sur l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Statistique Canada. Recensement de la population de 2006, Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec

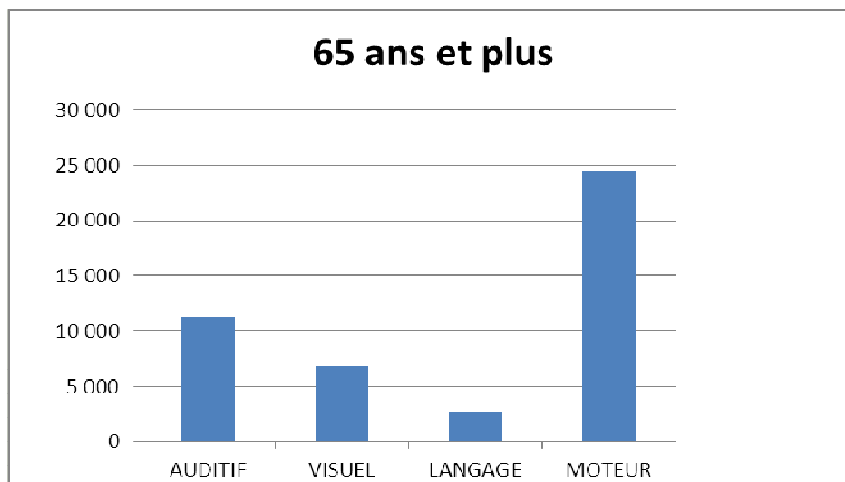
**POPULATION DE 5-14 ANS,
PAR TYPES DE DÉFICIENCE**



**POPULATION DE 15-64 ANS,
PAR TYPES DE DÉFICIENCE**



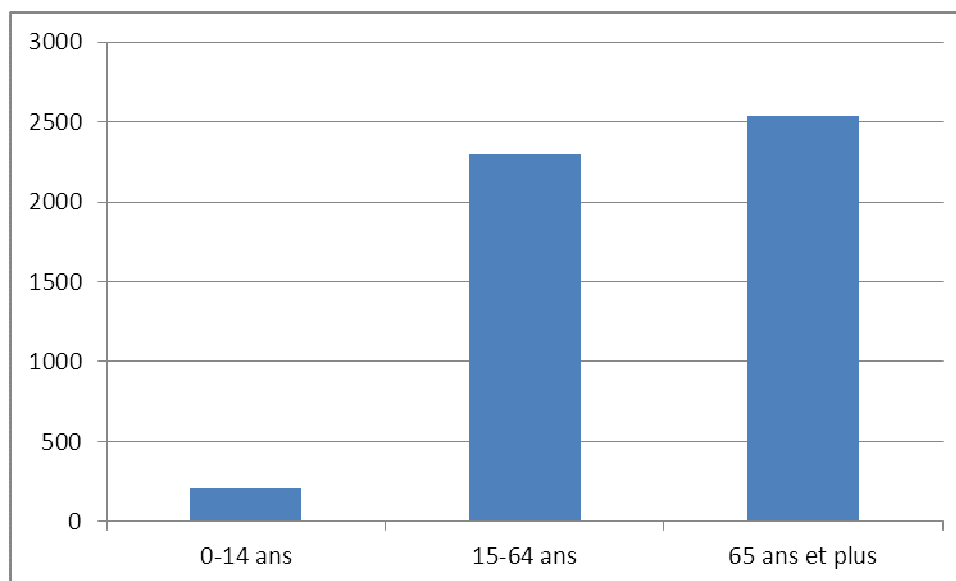
**POPULATION DE 65 ANS ET PLUS
PAR TYPES DE DÉFICIENCE**



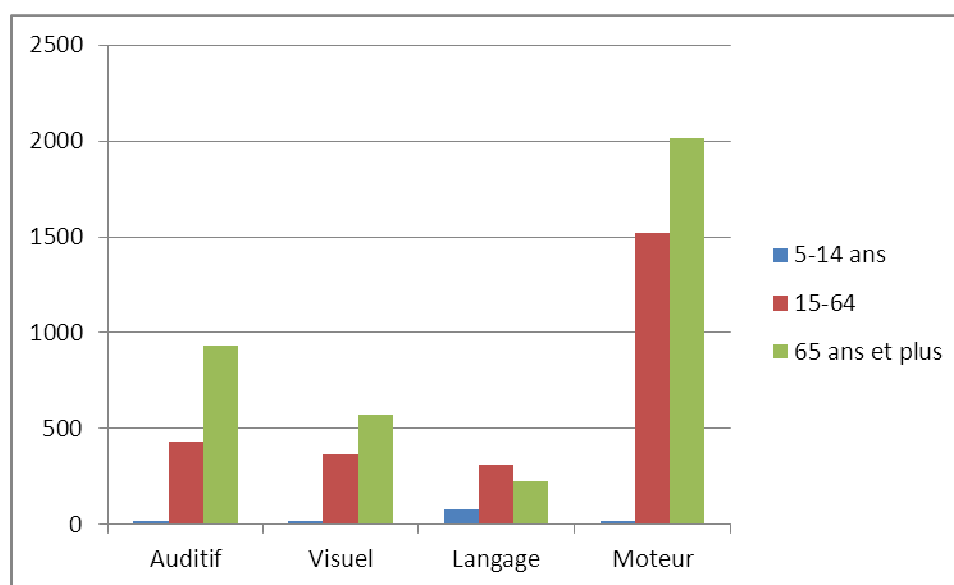
3.2.4 Statistiques – MRC de Portneuf

L'IRD PQ possède un point de service à Portneuf. Il est au service d'une population de 46 500 citoyens. Parmi ces gens, 5 040 vivent avec une incapacité, soit 11% de la population de Portneuf. Voici quelques statistiques les présentant par âge et par déficience.²

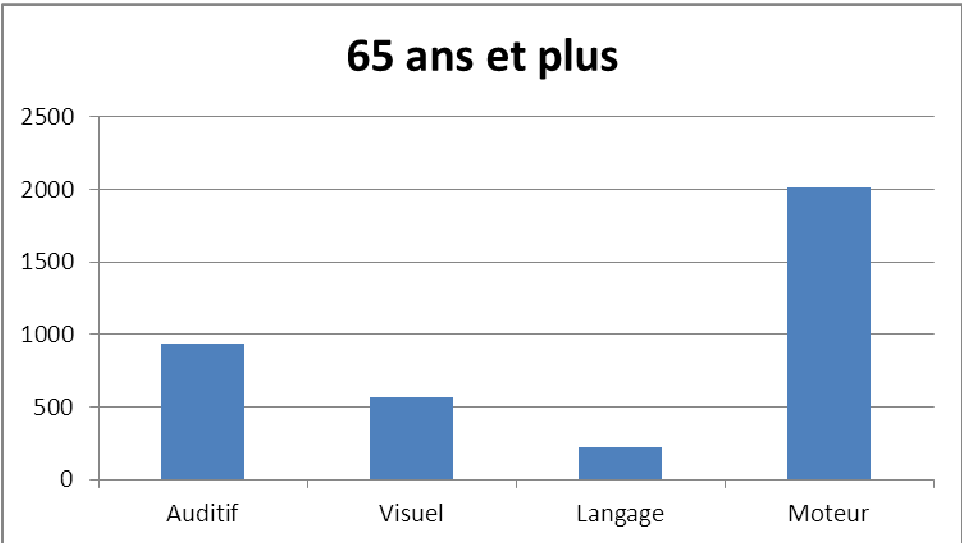
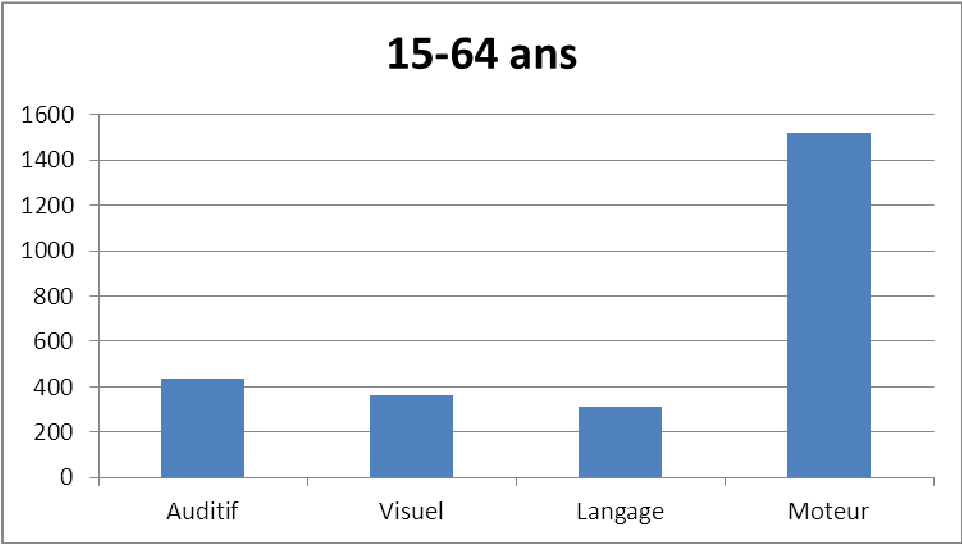
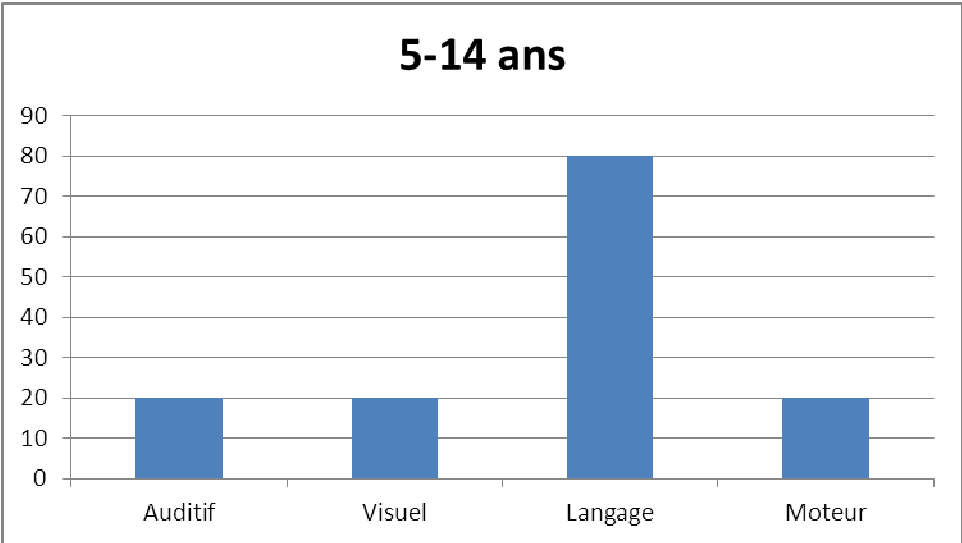
**POPULATION DE LA MRC DE PORTNEUF
AVEC INCAPACITÉ, PAR GROUPES D'ÂGE**



**POPULATION DE LA MRC DE PORTNEUF AVEC INCAPACITÉ
PAR GROUPES D'ÂGE ET SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ**



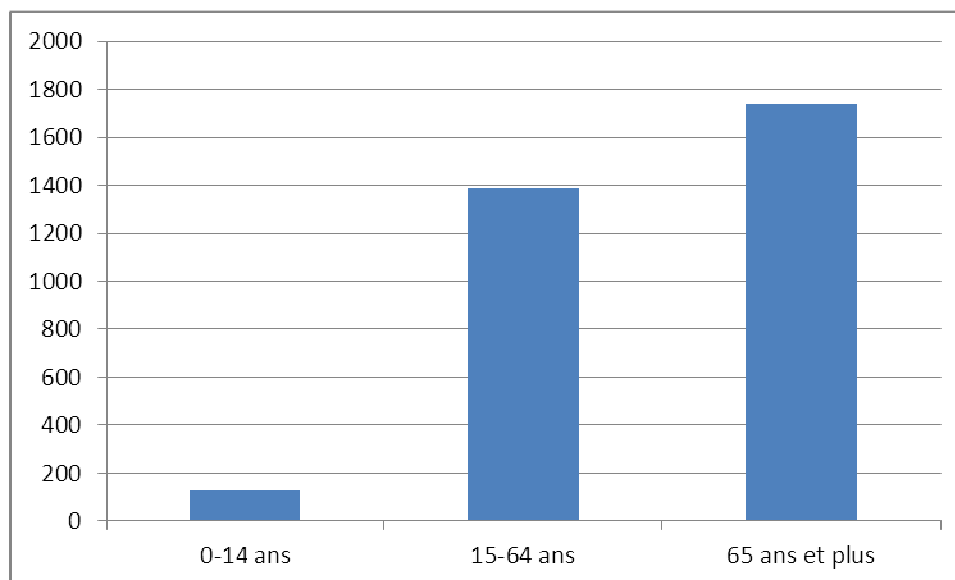
² Source : Compendium sur l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Statistique Canada. Recensement de la population de 2006, Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec



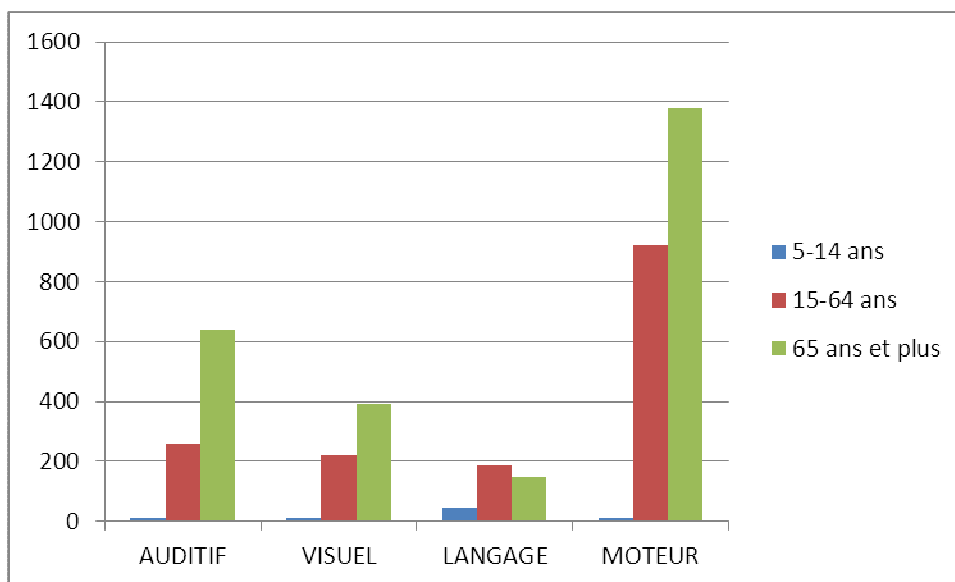
3.2.5 Statistiques – MRC de Charlevoix (Est-Ouest)

L'IRD PQ possède un point de service dans Charlevoix. Il est au service d'une population de 29 555 citoyens. Parmi eux, 11% ont une incapacité, soit 3 250 personnes. Voici quelques données les présentant par âge et par déficience.³

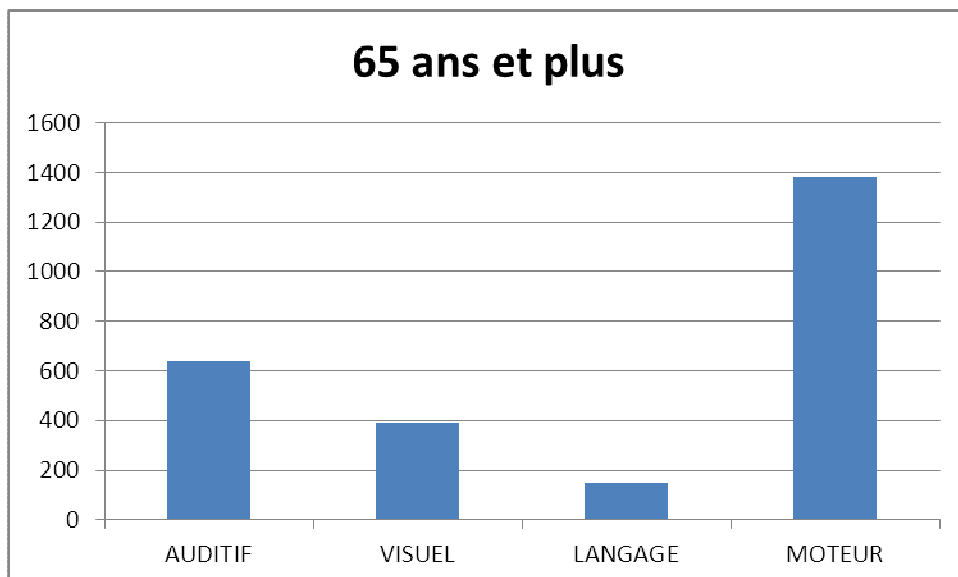
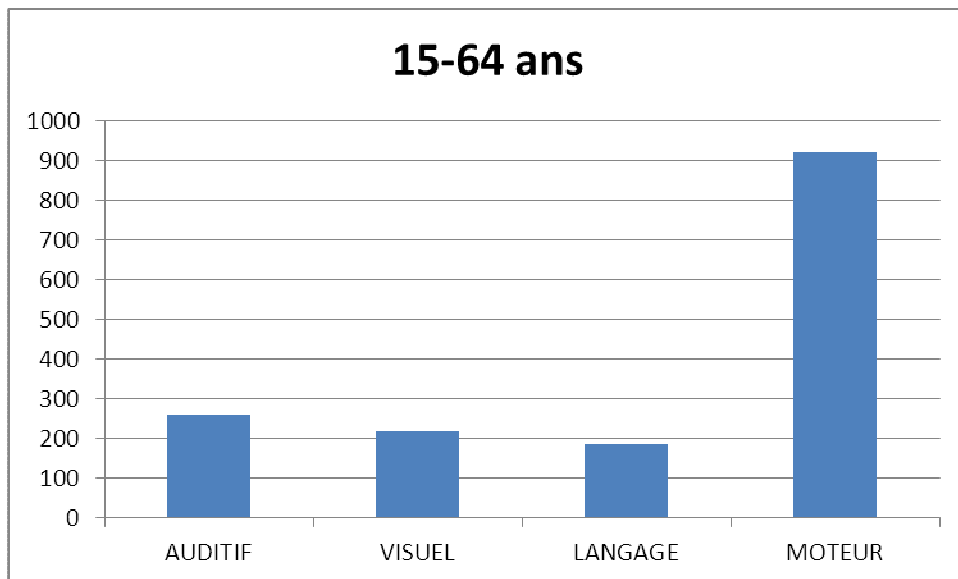
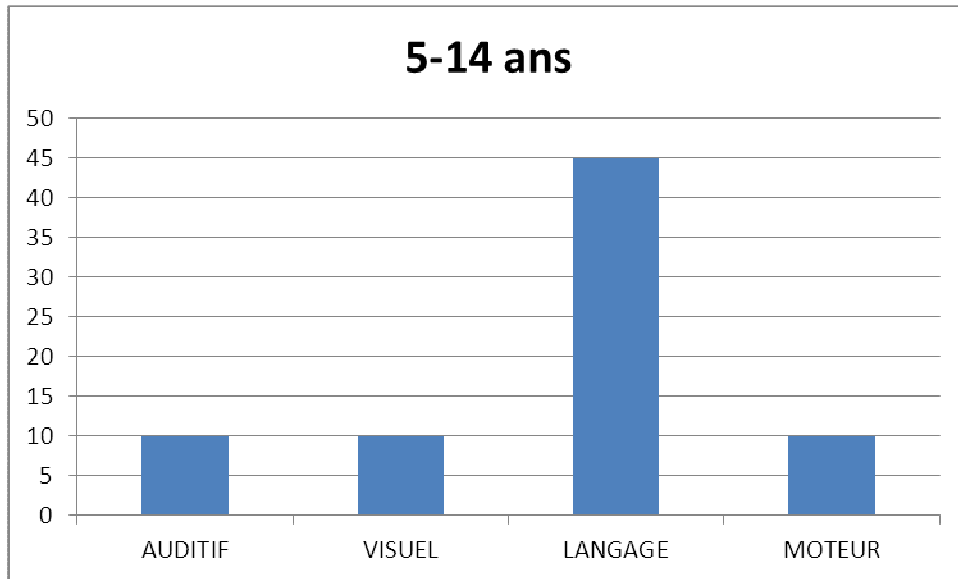
**POPULATION DE LA MRC DE CHARLEVOIX (EST-OUEST)
AVEC INCAPACITÉ, PAR GROUPES D'ÂGE**



**POPULATION DE LA MRC DE CHARLEVOIX (EST-OUEST) AVEC
INCAPACITÉ PAR GROUPES D'ÂGE ET
SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ**



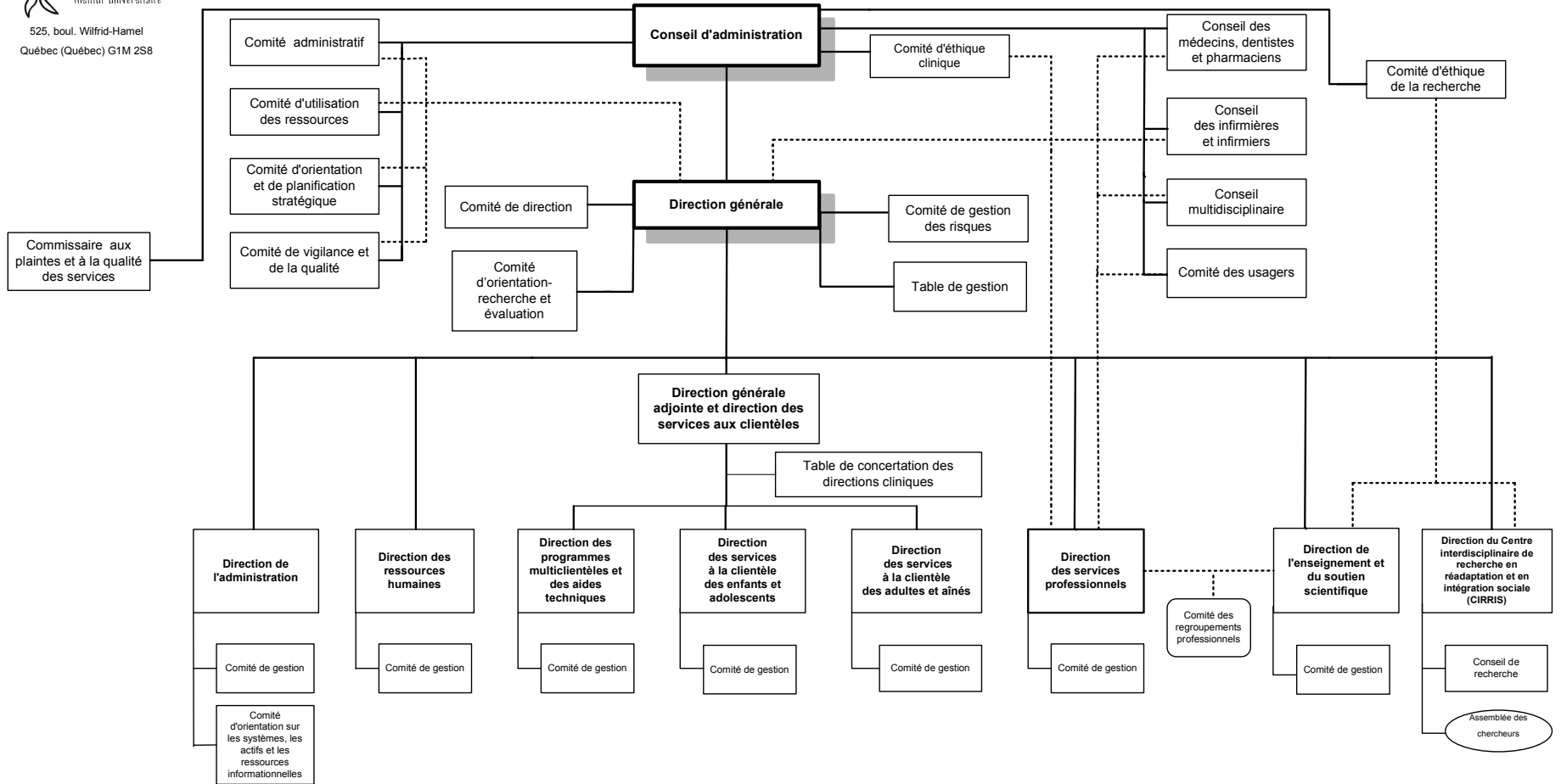
³ Source : Compendium sur l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Statistique Canada. Recensement de la population de 2006, Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec



3.3 Organigramme


 Institut de réadaptation
 en déficience physique
 de Québec.
 Institut universitaire
 525, boul. Wilfrid-Hamel
 Québec (Québec) G1M 2S8

ORGANIGRAMME GÉNÉRAL DE L'INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC



— Lien hiérarchique et opérationnel
 - - - - - Lien fonctionnel

DG/05-2011/jl

3.4 Contexte et faits saillants de l'établissement

Au cours de l'année 2010-2011, l'Institut a tout mis en œuvre pour respecter l'entente de gestion, rendre ses programmes accessibles à ses usagers et garantir une qualité et une continuité de ses services avec l'ensemble de ses partenaires.

Mission accomplie, l'entente de gestion a été respectée et nous avons mis à profit nos compétences et notre énergie dans le but de faire progresser des projets majeurs pour notre clientèle, dont :

- Les travaux régionaux pour consolider l'implantation du centre d'expertise en douleur chronique et les modifications à notre offre de service;
- La poursuite des travaux liés au continuum de service pour les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral;
- L'implantation des résultats de projets novateurs en organisation du travail et particulièrement celui en rapport avec les soins infirmiers de réadaptation;
- Le lancement d'un site Web dédié à l'implant cochléaire;
- Le démarrage du programme de remboursement des frais liés aux chiens d'assistance à la motricité.

Les faits saillants plus spécifiques à chacune des trois directions cliniques sont présentés dans les pages suivantes.

4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 Description des services offerts

L'IRD PQ possède trois directions cliniques : enfants-adolescents, adultes-aînés, multicientèles-aides techniques. Au total, elles regroupent une quarantaine de programmes dédiés aux personnes ayant une déficience motrice, auditive, visuelle ou du langage.

4.2 Principales modifications apportées

4.2.1 Direction des services à la clientèle des enfants et adolescents (DSC-EA)

L'année a été riche en défis à la DSC-EA. Le personnel, avec ses grandes compétences professionnelles et humaines, a contribué à la réalisation de plusieurs projets. Les faits saillants énoncés démontrent notre engagement à offrir des services de qualité à la clientèle et à contribuer à la réalisation de la mission universitaire de l'Institut.

- Création du Programme des atteintes cérébrales émanant de la fusion des programmes des traumatismes cranio-cérébraux et déficience motrice cérébrale;
- Lancement du site Web en implant cochléaire pour les usagers et les professionnels;
- Formalisation de la banque de données en implant cochléaire en cours;
- Organisation du Colloque en implant cochléaire et soutien aux régions concernées par la déconcentration des services;
- Respect du plan d'accès pour toutes les clientèles et équilibrage de ressources vers la déficience du langage (DL) afin de tendre vers les délais d'attente

- prescrits; augmentation conséquente du nombre d'usagers servis dans ce secteur;
- Ajustement de l'offre de service dans les programmes développement de l'enfant (DE) et déficience du langage pour la clientèle de 7 à 17 ans;
 - Présentation des intervenants aux « Affiches-midi » avec les chercheurs du CIRRIIS;
 - Participation à des projets de recherche en déficience du langage, en déficience auditive et en déficience visuelle (DV);
 - Révision de l'offre de service de la clinique médicale spécialisée au Programme des maladies neuromusculaires;
 - Création et implantation de maquettes murales thérapeutiques dans les espaces en ergothérapie;
 - Participation à des comités régionaux : développement de l'enfant, implant cochléaire, déficience visuelle, déficience motrice en milieu scolaire spécialisé;
 - Proposition d'une mise à jour de l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport relative aux services de réadaptation pour la clientèle en déficience du langage et acceptation par les parties;
 - Réalisation de deux camps d'été (DV-DL-DE) et d'un camp d'hiver (DL-DE);
 - Poursuite des travaux avec nos partenaires internes et externes pour favoriser la participation sociale des jeunes et une transition plus facile vers la vie adulte;
 - Réalisation d'un projet novateur en organisation du travail sur la gestion des horaires au Programme en déficience du langage.

4.2.2 Direction des services à la clientèle des adultes et des aînés (DSC-AAI)

Accessibilité, continuité et qualité : voilà qui résume bien ce qui nous guide. En plus de l'ensemble des activités quotidiennes nécessaires à l'atteinte de ces objectifs, les activités suivantes ont marqué l'année dans les différents programmes de la Direction des services à la clientèle des adultes et des aînés :

- Implantation de nouvelles organisations de travail dans plusieurs programmes dans le cadre de projets novateurs;
- Collaboration avec le Service de l'accueil pour l'implantation du guichet unique pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation de la clientèle ayant une déficience sensorielle;
- Participation à différents comités provinciaux et régionaux visant l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité pour la clientèle ayant une déficience physique;
- Organisation du premier Colloque francophone international sur la surdicécité;
- Consolidation et développement de plusieurs postes en soins infirmiers dans un objectif de qualité et de sécurité des services offerts par des équipes stables;
- Poursuite des travaux visant une amélioration de l'organisation des soins infirmiers de réadaptation;
- Implantation d'une équipe dédiée externe pour la clientèle présentant une encéphalopathie et poursuite des travaux avec nos partenaires régionaux en vue d'améliorer la continuité des services pour cette clientèle dans l'ensemble du réseau;
- Collaboration du Programme des myélopathies avec l'Institut Rick-Hansen (IRH) à Vancouver, le Ontario Neurotrauma Foundation (ONF) ainsi que le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) dans plusieurs projets multicentriques de développement de la qualité des soins et services

pour les usagers ayant subi une lésion médullaire. Le Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Est-du-Québec (Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et l'IRD PQ) est également un site officiel du Registre national Rick-Hansen en lésion médullaire;

- Développement d'une offre de service spécifique pour la clientèle ayant subi un traumatisme crânien cérébral grave (stimulation à l'éveil) et participation aux travaux régionaux pour l'offre de service aux personnes ayant subi un TCC léger;
- Écriture d'une programmation intégrée CHA-IRD PQ-Association FLAM pour les victimes de brûlures graves et révision de l'offre de service concernant les vêtements compressifs pour cette même clientèle;
- Participation aux travaux liés à l'implantation du centre d'expertise en douleur chronique.
- Participation à des travaux de recherche en déficience auditive, en surdicécité et en déficience motrice.

4.2.3 Direction des programmes multicientèles et des aides techniques (DPMAT)

Pour la DPMAT, l'année a été riche en nouveautés et en réalisations. Axées sur les besoins des clientèles, les équipes ont travaillé avec rigueur et engagement.

- Organisation du premier Challenge hivernal avec l'organisme communautaire Adaptavie, en collaboration avec les gens du Défi sportif, intégrant quatre activités sportives hivernales : ski paranordique, hockey sur luge, ski para-alpin et curling en fauteuil roulant;
- Mise en place d'un projet pilote avec l'organisme communautaire Adaptavie pour la prise en charge par ce dernier d'une clientèle très vulnérable en déficience motrice qui a des besoins spécifiques d'accompagnement pour participer à ses activités physiques adaptées;
- Collaboration avec la Ville de Québec et le Réseau de transport de la Capitale à différents projets dans le cadre de nos activités de soutien à la collectivité;
- Début de la mise en place du centre d'expertise en douleur chronique — volet surspécialisé — et de son offre de service, sous la responsabilité du Programme de réadaptation socioprofessionnelle;
- Collaboration avec l'organisme Moelle épinière et motricité Québec pour la mise en application de la vignette d'accompagnement touristique et de loisir (VATL) dans la région de la Capitale-Nationale;
- Organisation à Québec du 8^e Atelier canadien de réadaptation à la conduite automobile (en collaboration avec la conférence canadienne NMEDA);
- Implantation du programme ministériel de remboursement des frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité à titre de fiduciaire pour l'Est-du-Québec;
- Mise en place d'un projet novateur d'organisation du travail de préceptorat et du tutorat dans le secteur de l'appareillage pour la clientèle adulte-ainée et des aides techniques à la motricité pour la clientèle enfant-adolescent.
- Réalisation de la phase II du projet avec l'école Samuel-de-Champlain pour la clientèle dysphasique dans le cadre de la transition de l'école vers une vie active (TEVA);
- Lancement de la programmation de soutien à l'intégration sociale et implantation de la nouvelle offre de service;
- Poursuite de la consolidation de l'offre de service au point de service de Charlevoix, à Baie-Saint-Paul, en collaboration avec le CSSS de Charlevoix.

4.2.4 Direction des services professionnels (DSP)

Tout au long de l'année, la Direction des services professionnels a assuré la coordination de divers comités, à savoir :

- le comité d'éthique clinique;
- le comité portant sur les mesures de contrôle et la prévention des chutes;
- les comités exécutifs des quatre conseils professionnels : CMDP, CII, CM et CPP;
- la table des conseillers des regroupements professionnels;
- le comité de prévention des infections nosocomiales;
- le comité des plans d'intervention interdisciplinaire;
- le comité sur le médicament.

Tous ces comités ont assumé leurs responsabilités, fait des suivis et donné leurs recommandations.

La consolidation des effectifs médicaux au sein de nos unités de réadaptation fonctionnelle intensive a été réalisée de manière positive au cours de l'année. Par ailleurs, nous sommes toujours attentifs au recrutement d'effectifs médicaux afin de mieux pourvoir les composantes externes de nos programmations cliniques qui, pour plusieurs, présentent des difficultés à ce chapitre.

Soulignons que la pharmacie a profité d'un nouvel aménagement de ses locaux visant à les rendre davantage fonctionnels. La phase deux de la gestion du projet SARDEM (système automatisé et robotisé de distribution des médicaments) s'est déroulée selon l'échéancier prévu. La collaboration de tout le personnel concerné par la préparation et la distribution sécuritaire des médicaments a été étroitement sollicitée au cours de cette même période.

Le fonctionnement quotidien du Service de l'accueil, des archives et de la liaison a été revu. Une relève a aussi été assurée de façon intérimaire au niveau de la gestion de ce secteur, afin de consolider la valorisation de l'ensemble de son personnel et d'assurer une excellente communication quotidienne entre tous les intervenants concernés et les responsables de la gestion.

4.2.5 Direction de l'enseignement et du soutien scientifique (DESS)

À la suite de l'adoption par le MSSS de nouveaux critères de désignation des instituts universitaires dans le secteur social, le directeur de la DESS a présidé un comité de transition pour leur actualisation à l'Institut dès 2011-2012. Tout en s'inscrivant dans la continuité du soutien à l'excellence des services à la clientèle, cette réflexion de toutes les directions a permis de préciser les attentes organisationnelles pour répondre aux exigences des divers mandats de l'institut universitaire.

Les faits saillants des différents services de la DESS sont présentés ici.

Le Service de gestion des connaissances

- Participation de près de 1250 personnes à 105 activités de formation dont 80 % ont été mises sur pied en réponse aux besoins spécifiques de partenaires (ex. : formation sur mesure ou stage en cours d'emploi);
- Soutien dans l'élaboration de six documents de référence et une quinzaine de communications à portée locale, régionale, provinciale ou internationale;
- Organisation de trois colloques thématiques sur la physiothérapie pédiatrique, la conduite automobile et l'implant cochléaire, une conférence grand public et une journée d'échange et de partage à l'Institut réunissant près de 500 personnes;
- Réponse à 12 504 demandes de service par le Centre intégré de gestion de l'information. Le nombre croissant de demandes et les nombreux témoignages de satisfaction démontrent que le CIGI répond à sa mission première d'accessibilité en matière de documentation spécialisée.

Le Service du développement intégré des pratiques et de l'évaluation

- Élaboration de quatre projets de recherche par des cliniciens;
- Réalisation d'une vidéo promotionnelle, en collaboration avec les différentes parties prenantes, afin de souligner les retombées du programme de soutien aux cliniciens pour la recherche;
- Soutien à l'élaboration et au dépôt de deux programmations cliniques dans le secteur de l'évaluation;
- Début des travaux d'écriture ou de réécriture de programmation par deux équipes, ce qui porte à 27 le nombre de programmations écrites ou en cours d'écriture. Soutien à une quinzaine de programmes cliniques pour la réalisation d'une étude évaluative;
- Implication dans plusieurs mandats d'établissement dont l'agrément, le questionnaire interne de satisfaction des usagers et les projets novateurs en organisation du travail;
- Élaboration et dépôt au comité de direction d'un document de réflexion sur le concept d'innovation;
- Production par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UÉTMISS) d'une première note brève sur les vêtements compressifs dans le traitement et la réadaptation des grands brûlés. Le recueil des besoins auprès des gestionnaires et directeurs a permis d'amorcer des travaux sur trois autres sujets;
- Début des activités du comité scientifique de l'UÉTMISS et élaboration d'un guide méthodologique;
- Élaboration du document d'orientation de l'établissement au regard de la transition vers les nouveaux critères de désignation d'institut universitaire.

La coordination de l'enseignement

- Révision de la Politique interne de stage d'enseignement pratique à l'IRDPO;
- Proposition du plan d'action 2010-2012 vers un repositionnement de la réalisation du mandat d'enseignement dans la pratique des professionnels et dans la gestion organisationnelle à l'IRDPO;
- Accueil de 855 stagiaires pour 12 220 jours de stage (de ce nombre, 400 provenaient de l'université Laval pour 6400 jours de stage, soit 52 % du nombre total de jours);

- Collaboration à l'enseignement avec 63 établissements (17 de niveau universitaire, 15 de niveau collégial, 21 de niveau secondaire et 10 du secteur de l'enseignement professionnel);
- Offre de stages pratiques dans 24 disciplines cliniques et 15 disciplines paracliniques;
- Accueil d'étudiants de 2^e et 3^e cycle universitaire, pour un total de 2500 jours de stage (21 % du nombre total de jours);
- Accueil de 17 étudiants pour 680 jours de stage provenant des établissements hors Québec;
- Obtention d'une très haute cote de satisfaction des étudiants au regard de leur stage à l'Institut. Au total, 99 % des stagiaires ont évalué leur stage comme étant très satisfaisant et satisfaisant;
- Réalisation de 30 formations dans le cadre du calendrier d'activités d'enseignement interdisciplinaire avec une participation moyenne de 20 étudiants;
- Offre à nos partenaires de l'Est-du-Québec de cinq activités d'enseignement, présentées par visioconférence, tirées du calendrier d'activités d'enseignement interdisciplinaire.

4.2.6 Direction des ressources humaines (DRH)

- Réorganisation du travail de l'équipe du secteur de la rémunération par directions (répondant-clientèle). Implantation d'un système de téléréponse unique;
- Prise en charge du soutien administratif pour la production de la paie du personnel du CIRRIIS;
- Implantation d'un système téléphonique dans le secteur de la liste de rappel avec une boîte vocale d'urgence pour un meilleur service à la clientèle;
- Organisation d'activités de développement du personnel d'encadrement : une approche de communauté de pratiques a été privilégiée sous la forme de « petits déjeuners ». Le premier avait pour thème « L'exercice du droit de gérance »;
- Finalisation des travaux préparatoires à l'implantation de la feuille de temps électronique;
- Réalisation de tous les travaux relatifs à l'équité salariale pour le personnel d'encadrement et le maintien de l'équité pour le personnel;
- Élaboration de la politique de formation scolaire;
- Début des travaux de mise à jour de l'évaluation de rendement du personnel et des cadres;
- Révision du processus de probation;
- Collaboration étroite pour les projets novateurs en organisation du travail;
- Soutien dans les travaux reliés au transfert des activités de déficience visuelle vers la région 12;
- Refonte du programme d'accueil et d'intégration;
- Travaux en santé et sécurité au travail ayant permis d'améliorer la performance cible de 4,69 % en assurance salaire de l'entente de gestion à un taux de 4,26 %.

Statistiques

- Embauches : 127
- Affichages de postes : 125
- Départs : 84, dont 30 à la retraite

Années de service

- 10 ans : 20
- 20 ans : 15
- 25 ans : 20

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Voici les principaux renseignements relatifs aux ressources qui sont à l'emploi.

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres (en date du 31 mars 2011)		
- Temps complet..... (sans les personnes en stabilité d'emploi)	47	49
Les employés réguliers (en date du 31 mars 2011)		
- Nombre d'équivalents travaillant à temps complet..... (sans les personnes en sécurité d'emploi)	503	510
- Nombre de personnes : équivalent temps complet (a)..... (sans les personnes en sécurité d'emploi)	109	109
Les occasionnels		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.....	594,092	645,767
- Équivalent temps complet (b)	322	344

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail, divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

4.2.7 Direction de l'administration (DA)

- Mise en place d'un comité de gestion des ressources informationnelles, appuyé par un bureau de projets, dans un souci d'optimisation des investissements alloués aux projets en ressources informationnelles et de soutien auprès des gestionnaires. Cette nouvelle structure de gouvernance dédiée aux projets de ressources informationnelles produit une information axée sur la gestion des risques associés aux projets;
- Début en juin 2009 d'un projet pilote de soutien en informatique clinique auprès du personnel et des usagers. Les clientèles visées étaient dans le secteur de la communication adaptée du Programme en déficience visuelle (clientèle adulte), le programme d'aides techniques visuelles et le programme des aides au contrôle de l'environnement et à la communication. L'évaluation des résultats effectuée au début de 2011 démontre une grande satisfaction de tous les partenaires associés au projet et recommande le déploiement de ces services à d'autres programmes;
- Prise en charge par la DA des activités du casse-croûte et début d'une démarche d'analyse de réaménagement de la cafétéria dans un souci constant d'amélioration continue de la qualité de l'alimentation et des espaces dévolus à la consommation des repas;
- Mise en place d'un système qui permet aux usagers, lors de leur admission, de demander des menus personnalisés;
- Réalisation de plusieurs travaux ayant comme objectifs la sécurité du personnel et des usagers, la fiabilité des équipements et la protection des infrastructures physiques. Mentionnons la caractérisation des matériaux susceptibles de contenir de l'amiante, l'identification des zones sensibles en hygiène et salubrité, la détermination des mesures de base pour améliorer la prévention des infections, la mise aux normes des issues en rapport avec la sécurité, le remplacement d'équipements désuets tels que le lave-vaisselle et l'évaluation du niveau de risque associé aux équipements utilisés par le personnel;
- Dépôt en septembre 2010 à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale d'un plan de réduction de la taille des effectifs et des dépenses de fonctionnement de nature administrative, conformément aux exigences de la Loi 100, et réalisation de toutes les mesures prévues grâce à la collaboration de toute l'équipe de gestion dans la mise en œuvre de projets de révision des processus. À la Direction de l'administration, l'organisation du travail et l'offre de service ont été revues dans les secteurs du transport adapté des usagers, de la reprographie et de la messagerie;
- Poursuite des travaux par le comité d'hygiène et salubrité concernant la définition des activités essentielles dans les zones à risque pour assurer de façon efficace le nettoyage et la désinfection des équipements, et l'élaboration des mesures particulières à respecter en présence d'un usager. On prévoit une implantation progressive des pratiques de façon à éliminer les situations les plus à risque.

4.3 Objectifs organisationnels et priorités d'action 2011-2012

À l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, le personnel est engagé dans la réalisation de la mission. Tous les efforts sont déployés afin d'offrir aux personnes qui présentent une déficience physique les services qu'elles requièrent pour réaliser une participation sociale optimale. Adaptation, réadaptation, soutien à l'intégration sociale, soutien aux proches et soutien à la collectivité constituent des regroupements d'activités orientées à cette fin. Que les employés y contribuent directement ou indirectement, tous ont le plus grand respect pour la mission de l'établissement et s'y investissent avec cœur, engagement et expertise.

L'année 2011-2012 s'annonce riche en défis : visite d'agrément, planification stratégique, transition vers les nouveaux critères de désignation d'institut universitaire, projets d'optimisation, développement de l'offre de service, plan d'amélioration global et spécifique à certains secteurs et plus encore.

Chaque année, des objectifs organisationnels sont déterminés par la direction afin de canaliser les efforts vers l'atteinte de résultats qui contribueront à la réalisation de la mission. Les objectifs sont choisis en fonction des besoins de la clientèle, des situations de force et de zones de précarité de l'établissement, des exigences des instances de coordination et de gouverne que sont l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et le ministère de la Santé et des Services sociaux, et des conditions d'influence externes à l'établissement, qu'elles soient favorables ou défavorables. L'analyse de tous ces facteurs a mené au choix des objectifs qui suivent.

1) Réaliser la portion 2011-2012 du plan intégré d'amélioration découlant des démarches d'agrément et de planification stratégique

Le plan élaboré à la suite de la démarche d'agrément et de celle de la planification stratégique couvre une période de quatre ans. Il comportera plusieurs objectifs à réaliser dans chacune des directions cliniques et de soutien. Il vise à la fois l'amélioration continue des services à la clientèle et le positionnement de l'établissement dans un environnement en mouvement constant.

2) Réaliser la portion 2011-2012 des travaux en vue de la transition vers les nouveaux critères de désignation d'institut universitaire

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a revu ses critères de désignation des instituts universitaires dans le secteur des services sociaux. Cette nouvelle façon de voir a exigé la révision de notre structure actuelle de programmes universitaires et l'élaboration d'un modèle de transition. Les travaux prévus doivent s'actualiser cette année et l'an prochain, la visite de désignation étant prévue pour l'automne 2013.

3) Mettre en place l'organisation de services en douleur chronique dans le cadre de notre mandat de centre d'expertise en douleur chronique

Le MSSS a désigné quatre centres d'expertise au Québec en douleur chronique, un pour chaque territoire de RUIS. L'IRDPO est désigné avec le CHUQ, le CHAU-Hôtel-Dieu de Lévis et le CHAU-Hôpital de l'Enfant-Jésus comme centre d'expertise pour le RUIS-Université Laval. Tout en mettant en place les ententes de trajectoires de la clientèle ayant une douleur

chronique, nous avons commencé et devons poursuivre la révision de notre propre offre de service pour assurer la hiérarchisation des services tant spécialisés que surspécialisés.

4) Effectuer des représentations pour faire avancer les dossiers d'immobilisations :

- Obtenir l'avis d'exécution pour le point de service du chemin Saint-Louis
- Obtenir l'autorisation d'élaboration du programme fonctionnel et technique pour le point de service du boulevard Wilfrid-Hamel

Les plans et devis préliminaires du projet d'agrandissement et de réaménagement du point de service du chemin Saint-Louis sont déposés depuis avril 2010. Nous avons été avisés qu'aucune enveloppe pour de nouvelles initiatives ne serait allouée au Plan quinquennal d'investissement (PQI) du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2010-2011, et qu'aucun projet ne serait autorisé pour l'année 2011-2012. Des représentations ont déjà été effectuées et doivent se poursuivre pour obtenir l'autorisation d'exécution pour l'année 2012-2013.

Au point de service du boulevard Wilfrid-Hamel, le dossier pour obtenir l'avis de reconnaissance des besoins a été déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Il faut maintenant obtenir l'autorisation d'élaborer un programme fonctionnel et technique ayant comme objet l'agrandissement dudit point de service.

5) Procéder à la tenue des élections au conseil d'administration

Le projet de loi 127, visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, a été sanctionné par le gouvernement du Québec le 13 juin 2011. Ce projet de loi introduit des modifications à la composition des conseils d'administration des établissements, bien que le nombre de membres soit sensiblement le même. Les procédures d'élection, de désignation et de cooptation devront être entreprises à compter de l'automne 2011 de manière à ce que les nouveaux administrateurs entrent tous en poste le 1^{er} février 2012. D'ici là, il est prévu que les administrateurs actuels continuent d'exercer leurs fonctions.

6) Atteindre les cibles de l'entente de gestion

Chaque année, comme le prévoit la loi, nous devons conclure une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Cette entente contient de nombreuses cibles que l'établissement est tenu d'atteindre, ce qui dicte des priorités à nos actions.

7) Maintenir l'équilibre budgétaire tout en appliquant les mesures de compression indiquées par le MSSS

Le gouvernement a déjà annoncé sa volonté de retour à l'équilibre budgétaire pour l'année 2013-2014 et de forte participation des différents ministères à cet effort collectif. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a conséquemment émis des cibles de compressions budgétaires qui s'actualiseront notamment par des mesures d'optimisation dans ses établissements. Nous devons donc comprimer les dépenses de l'établissement selon les directives reçues. Ces compressions ne doivent pas affecter les services à la clientèle, tant dans le nombre d'usagers à servir que dans l'intensité des services offerts, et nous avons l'obligation légale de terminer l'exercice financier en équilibre budgétaire.

8) Participer aux mesures d'optimisation nationales et régionales

Ainsi que le sujet précédent en fait état, plusieurs mesures d'optimisation nationales et régionales sont présentement à l'étude. Nous contribuons déjà aux réflexions sur les mesures d'optimisation régionales. Nous serons appelés éventuellement à donner notre avis et à mettre en œuvre les mesures choisies par la collectivité.

9) Développer des projets Lean et des projets d'optimisation dans l'établissement

Afin de faire face aux compressions budgétaires de l'année 2011-2012 et à celles des prochaines années, et pour maintenir, voire même développer, notre offre de service, il faut revoir certains processus et les optimiser.

10) Mettre en œuvre le plan d'action relatif au personnel des soins infirmiers de réadaptation

Le sondage de mobilisation du personnel effectué dans le cadre de la démarche d'agrément a révélé chez les employés des soins infirmiers de réadaptation un taux inférieur à celui des autres secteurs d'activités. De plus, un projet novateur d'organisation du travail en soins, présentement en implantation dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive, nous indique certaines pistes d'amélioration à poursuivre. Un plan d'amélioration a été élaboré et sera mis en œuvre.

11) Documenter les éléments des ententes locales à revoir

Les conventions collectives nationales ont été négociées et signées vers la fin de l'année 2010-2011. L'IRDPOQ devra voir à leur application dans l'établissement et à l'impact qu'elles ont sur les ententes locales existantes. Le cas échéant, il faudra réécrire certaines clauses et convenir de nouvelles ententes.

12) Revoir l'organisation de l'accueil de l'établissement

L'activité « accueil » dans l'établissement varie selon l'historique de sa mise en place et chacun des points de service. Le personnel qui y est rattaché relève de différentes directions. Une réflexion sur ce sujet vise une meilleure intégration des objectifs, des façons de faire et des règles de conduite. Une modalité de gestion devra être déterminée et sa mise en place entamée.

4.4 Objectifs, résultats et commentaires

4.4.1 Relativement à l'entente de gestion et d'imputabilité de l'établissement

RESSOURCES HUMAINES	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5 %	4,67 %	4,69 %	4,26 %	Des suivis importants ont été faits pour la prévention et la réintégration au travail.
Nombre d'étudiants inscrits dans les programmes de santé et services sociaux employés dans le réseau	--	--	3	6	Embauche d'étudiants finissants dans différentes disciplines.
Taux de roulement des employés ayant moins de 5 ans d'ancienneté	--	--	14,88 %	9,3 %	Ce résultat montre la capacité d'attraction et de rétention de l'organisation.

DÉFICIENCE PHYSIQUE	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
Nombre de personnes ayant une déficience MOTRICE qui reçoivent des services spécialisés de réadaptation	4664	4530	5239	5357	Cible atteinte.
Nombre de personnes ayant une déficience VISUELLE qui reçoivent des services spécialisés de réadaptation	1740	1697	1765	1755	Des efforts importants au niveau de l'organisation du travail ont été faits dans les équipes visuelles. Cependant, l'absence en SRDV, qui a duré toute l'année, a malheureusement limité les résultats (-10).
Nombre de personnes ayant une déficience AUDITIVE qui reçoivent des services spécialisés de réadaptation	1771	1752	1771	1651	Un repositionnement des trajectoires de services entre la première ligne et la deuxième ligne a modifié le nombre de personnes reçues dans nos services. Les usagers reçus maintenant correspondent à la mission et à l'offre de service.

Nombre de personnes ayant une déficience de la PAROLE et du LANGAGE qui reçoivent des services spécialisés de réadaptation	525	579	525	611	Cible atteinte.
TOTAL (toutes déficiences physiques)	8700	8558	9300	9374	Cible atteinte. Un addenda à l'entente concernant une réallocation provenant de la SAAQ nous demande 75 usagers additionnels. 74 personnes de plus ont été reçues dans nos services.

PLAN D'ACCÈS (MSSS)	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
Respect du délai d'accès aux services pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est au niveau de priorité ÉLEVÉ	90 %	63 %	90 %	DSCEA : 59 % DPMAT : 55 %	De manière très générale, le standard attendu est respecté dans les programmes de la DSCEA et de la DPMAT pour les jeunes de moins de 6 ans. Cependant, la pression des nouvelles demandes de service en déficience du langage a eu pour conséquence d'augmenter le délai d'attente, malgré la très bonne performance du nombre de jeunes vus (86 jeunes de plus que ce qui était prévu en déficience du langage).
Respect du délai d'accès aux services pour les personnes de tous âges dont la demande est au niveau de priorité ÉLEVÉ	-	-	90 %	DSCEA : 92 % DSCAA : 94 % DPMAT : 89 %	Délai respecté.
Respect du délai d'accès aux services pour les personnes de tous âges dont la demande est au niveau de priorité URGENT	75 %	-	90 %	-	Dans notre contexte de réadaptation, nous ne rencontrons pas de situation de priorité « urgent ».

ATTENTES RÉGIONALES	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
Nombre moyen d'heures pour des services spécialisés – déficience MOTRICE	52,40	57,90	52,40	51,95	Résultat dans la moyenne de ce qui est attendu.
Nombre moyen d'heures pour des services spécialisés – déficience VISUELLE	17,70	20,20	17,70	18,86	Résultat dans la moyenne de ce qui est attendu.
Nombre moyen d'heures pour des services spécialisés – déficience AUDITIVE	31,00	30,80	31,00	33,11	Résultat dans la moyenne de ce qui est attendu. La légère augmentation correspond à la prise en charge d'une clientèle qui correspond plus à la mission de l'organisation.
Nombre moyen d'heures pour des services spécialisés – déficience PAROLE et LANGAGE	74,40	57,70	74,40	55,77	Cet écart s'explique par une modification à la structure des programmes concernés, en regroupant les activités de réadaptation en milieu scolaire dans un autre centre d'activités que celui de la déficience du langage.

SANTÉ PUBLIQUE	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
Nombre d'infirmières en poste pour atteindre les ratios	1	1	1	1	Cible atteinte.

MISSION UNIVERSITAIRE	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
L'Agence et l'établissement s'engagent à mener des travaux visant à approfondir l'analyse du rapport entre les enjeux de service à la clientèle et ceux de la mission universitaire	-	-	- une rencontre - suivi au MSSS par l'Agence	- rencontre tenue	Dossier en cours à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE ET RESPECT DES RÈGLES	Cible 2009-2010	Résultats 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultats 2010-2011	Commentaires sur l'écart
L'établissement s'engage à atteindre l'équilibre budgétaire	Atteindre l'équilibre	Équilibre budgétaire atteint	Atteindre l'équilibre	Équilibre budgétaire atteint	

4.4.2 Relativement à l'agrément

Recommandations de l'agrément	Suivis apportés à ces recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Colliger et traiter les informations et établir des liens entre le traitement de ces insatisfactions, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que le comité de vigilance. Cette manière vise à détecter et corriger de façon proactive les situations structurelles d'insatisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé 2010
<ul style="list-style-type: none"> • Adopter au conseil d'administration un règlement portant sur la révision annuelle de la répartition des lits dans l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé 2009
<ul style="list-style-type: none"> • Adopter au conseil d'administration un règlement sur la détermination des examens de dépistage exigés lors de l'admission ou de l'inscription de certains usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé 2009
<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser le plan de repositionnement de la Direction des ressources humaines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé à 80 %
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre, en donnant la priorité aux titres d'emploi pour lesquels il y a rareté de candidat ou pénurie de personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé 2011
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la sécurité physique des lieux à l'IRD PQ, sur la rue Saint-Viateur, par la mise à jour des mesures d'urgence, l'entretien de la signalisation lumineuse d'urgence et la formation du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé 2009

4.4.3 Relativement à la sécurité des soins et services

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents

- Deux formations annuelles sont offertes à chaque année au personnel.
- La formation est disponible auprès des gestionnaires pour les nouveaux employés.
- Un état de situation est réalisé régulièrement à la table de gestion sur le nombre d'événements, le type et la gravité.

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1)

- Cette année, nous avons eu recours aux services privés de façon plus importante surtout pour la clientèle TCC, car le profil des usagers nécessitait ce type de surveillance. Nous avons dû revoir l'utilisation du registre des contentions, car le mouvement de main-d'œuvre avait provoqué une perte d'uniformité dans la manière d'enregistrer les contentions.

Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Recommandations du coroner	Correctifs mis en place
<ul style="list-style-type: none">• Aucun avis du coroner n'a touché nos services cette année.	<ul style="list-style-type: none">• N/A

4.4.4 Relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits

Au cours de l'exercice, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a traité 95 dossiers dont 50 plaintes portant sur 51 objets. Parmi les 50 plaintes, 22 se sont avérées non fondées, 22 fondées, 2 abandonnées et 4 rejetées.

Les 50 plaintes reçues par la commissaire accusent une augmentation de 12 plaintes par rapport au nombre de l'année antérieure. Les 5 interventions traitées représentent quant à elles une diminution de 3. Il est heureux de constater, encore cette année, une légère diminution des plaintes et des interventions concernant les relations interpersonnelles. Cependant, en ce qui a trait à l'accessibilité, les délais d'attente se manifestent de plus en plus au-delà des règles du plan d'accès, et ce, plus spécifiquement auprès de la jeune clientèle (enfants). Force est de déplorer nos limites en ressources devant l'augmentation de la demande de services.

Motifs des plaintes
Accessibilité - 26
Relations interpersonnelles - 14
Soins et services - 7
Aspects financiers - 3
Organisation du milieu et ressources matérielles - 1

Le lecteur peut accéder à l'information sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits dans le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, disponible sur le site Internet de l'établissement (www.irdpq.qc.ca), section « Services à la clientèle ».

5. CONSEILS ET COMITÉS

5.1 Membres du conseil d'administration

COLLARD, M. Sébastien
COTÉ, M. Claude H.
DUBÉ, M. Louis-Pierre
DUCHESNE, Mme Lily
DUMONT, M. Serge (démission : 2010-09-01)
DUSSAULT, Mme Caroline (démission : 2010-05-26)
GAGNON, Mme Annie
GIRARD, M. André
GIRARD, Mme Nancy
GUILBAULT, M. Paul
HALLÉ, M. André
IMBEAU, M. Danny (désignation : 2010-10-20)
JOBIN, Mme Louise
LAFRANCE, M. Claude, président
LAVERGNE, Mme Louise, directrice générale et secrétaire
MONTAMBAULT, M. Pierre, vice-président
ROBILLARD, M. Pierre
TENDLAND, M. Martin
VEILLEUX, M. Pierre-Paul
VÉZINA, Mme Aline (désignation : 2010-10-20)

5.2 Liste des conseils et comités

5.2.1 Conseils institués en vertu de la Loi

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Comité des usagers
- Comité de gestion des risques (voir section « Prestation sécuritaire de services »)
- Comité de vigilance et de la qualité (voir section « Prestation sécuritaire de services »)

5.2.2 Comités institués par le conseil d'administration

- 5.2.2.1 Comité administratif
- 5.2.2.2 Comité d'orientation et de planification stratégique
- 5.2.2.3 Comité sur l'utilisation des ressources
- 5.2.2.4 Comité de vigilance et de la qualité

5.2.3 Autres comités

- 5.2.3.1 Comité d'éthique clinique
- 5.2.3.2 Comité d'éthique de la recherche
- 5.2.3.3 Conseil du personnel paraclinique
- 5.2.3.4 Comité d'orientation recherche et évaluation

5.3 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

5.3.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2010-2011 du CMDP	Formulation d'avis au CA ou à la DG	Suivis apportés à cet avis
<ul style="list-style-type: none"> Nomination de 13 nouveaux membres : 4 omnipraticiens, 2 internistes, 2 pédiatres, 1 urologue, 2 psychiatres, 1 pédopsychiatre et 1 pharmacienne 	<ul style="list-style-type: none"> Oui 	<ul style="list-style-type: none"> Nominations adoptées
<ul style="list-style-type: none"> Départ d'un seul membre : 1 omnipraticien 	<ul style="list-style-type: none"> Oui 	<ul style="list-style-type: none"> Démission adoptée
<ul style="list-style-type: none"> Nomination d'un omnipraticien au comité directeur d'agrément 	<ul style="list-style-type: none"> Oui 	<ul style="list-style-type: none"> Participation du médecin au comité directeur de l'agrément
<ul style="list-style-type: none"> Nomination d'une omnipraticienne et d'un physiatre au comité de révision des plaintes concernant un médecin 	<ul style="list-style-type: none"> Oui 	<ul style="list-style-type: none"> Révision d'une plainte sollicitée pendant l'année
<ul style="list-style-type: none"> Correction de l'ordonnance collective sur le bilan préparatoire aux suivis urologiques 	<ul style="list-style-type: none"> Non 	<ul style="list-style-type: none"> Application de l'ordonnance collective, telle que corrigée
<ul style="list-style-type: none"> Décision par rapport à l'impression de nouveaux blocs-notes à prescriptions individualisés pour minimiser la reproduction par des faussaires 	<ul style="list-style-type: none"> non 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des nouveaux blocs-notes

5.4 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

5.4.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2009-2010	Formulation d'avis au CA ou à la DG
<ul style="list-style-type: none"> Recomposition du comité de l'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et du comité de pharmacologie 	<ul style="list-style-type: none"> Comité formé

5.4.2 Améliorations à la qualité/sécurité des services (notamment celles liées à l'étude des complications et des décès)

Améliorations	Complications	Décès
• Formation obligatoire des médecins omnipraticiens sur le BCLS en 2011		X
• Formation obligatoire des médecins omnipraticiens sur l'ACLS en 2011		X
• Formation sur l'anticoagulothérapie des médecins omnipraticiens en 2011		X
• Formulaire de niveau de soins à remplir chez tout patient à risque d'arrêt cardiorespiratoire		X
• Évaluation par un test d'effort au programme LEAPA de toute personne à risque de malaises cardiaques dès le début des traitements en physiothérapie		X
• Décision de privilégier l'échographie rénale pour le suivi urologique de nos patients myélopathes à la place de la pyélographie intraveineuse	X	
• Décision de faire un protocole pouvant circonscrire les complications survenant lors d'une pyélographie intraveineuse, soit l'extravasation, l'urticaire et le choc anaphylactique	X	

5.5 Comité de pharmacologie

5.5.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2009-2010	Formulation d'avis au CA ou à la DG
• Acceptation d'une règle de substitution pour les corticoïdes topiques et les inhibiteurs de pompe à proton	• Aucun
• Modification des algorithmes suivants : dextrose 10 %, Glucagon, hypoglycémie	• Aucun
• Décision par rapport aux ordonnances verbales faites durant les congés fériés ou les fins de semaine	• Aucun

5.5.2 Principaux changements de pratique

Principaux changements de pratique qui découlent de la revue d'utilisation des médicaments
<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation d'une règle de substitution pour les corticoïdes topiques et les IPP
<ul style="list-style-type: none"> • Modification des algorithmes suivants : dextrose 10 %, Glucagon, hypoglycémie
<ul style="list-style-type: none"> • Décision par rapport aux ordonnances verbales faites durant les congés fériés ou les fins de semaine

5.6 Conseil multidisciplinaire (CM)

5.6.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2010-2011	Formulation d'avis au CA ou à la DG	Suivis apportés à cet avis
<ul style="list-style-type: none"> • Demande d'avis de la Direction générale sur les nouvelles propositions de l'établissement pour répondre à la problématique des bris de service. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'exécutif a donné deux avis unanimes et favorables à ces propositions. Dans le respect de son mandat et des limites imparties à son jugement, l'exécutif a fait remarquer que « les propositions permettent d'offrir des réponses aux bris de service, ont des incidences positives sur la qualité des conditions des professionnels qui ont à mettre en œuvre les traitements » (c.f. CR mai 2010 et janvier 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> • La Direction des ressources humaines travaille à la mise sur pied des recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Demande d'avis de la Direction générale sur le bilan du plan d'amélioration, an 2 : 2009-2010 	<ul style="list-style-type: none"> • L'exécutif a donné son appui à la démarche de l'établissement. Nous avons tout particulièrement relevé les efforts et les résultats obtenus par la Direction des ressources humaines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la démarche d'agrément (la 4^e de l'IRDPO), demande d'avis de la Direction générale. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'exécutif a souligné son intérêt à participer à la démarche d'agrément, notamment en rencontrant les représentants du CQA. L'ensemble des membres du CM ont également été invités à participer activement à l'agrément en donnant un portrait juste de leur pratique et de leur situation, cela tout en étant conscients de participer activement à la recherche de solutions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation d'un représentant du CM au comité directeur d'agrément

Faits saillants du rapport annuel 2010-2011	Formulation d'avis au CA ou à la DG	Suivis apportés à cet avis
<ul style="list-style-type: none"> Ressources d'hébergement adaptées 	<ul style="list-style-type: none"> Appui du CM aux démarches de notre établissement visant à permettre à nos usagers d'avoir accès à des ressources d'hébergement répondant à leurs besoins spécifiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Avis formulé à l'Agence sur le besoin de ressources d'hébergement adaptées aux besoins des personnes ayant une déficience physique
<ul style="list-style-type: none"> Travaux dans l'établissement et consultation des acteurs concernés 	<ul style="list-style-type: none"> L'exécutif recommande d'informer et de recourir systématiquement aux spécialistes en orientation et mobilité de même qu'aux ergothérapeutes en déficience motrice lors des travaux effectués dans l'établissement, pour s'assurer de la conformité et de la sécurité de ceux-ci en relation avec les besoins de nos usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> Comité sur l'accessibilité universelle sera mis sur pied à l'automne 2011
<ul style="list-style-type: none"> Sécurité des déplacements des véhicules électriques dans l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> L'exécutif recommande la formation d'un comité qui verrait à mettre en place les mesures nécessaires pour réduire la vitesse des véhicules électriques dans l'établissement et améliorer la sécurité relative à leur utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Comité sur la sécurité de déplacement des véhicules électriques dans l'établissement sera mis sur pied à l'automne

5.7 Comité de vigilance et de la qualité

5.7.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2010-2011	Formulation d'avis au CA ou à la DG
<p>Le comité de vigilance et de la qualité a tenu 3 réunions. À chacune de ces rencontres, un rapport d'étape concernant le traitement des plaintes et des interventions est présenté. Pour chaque direction et programme sont traités :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le ou les motifs de la plainte ou de l'intervention; Les mesures correctives ou les recommandations transmises au programme concerné; Le suivi accordé aux mesures correctives ou recommandations actualisées. 	<p>Voir le point 5.7.2</p>

5.7.2 Suites apportées par le comité aux recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et retenues par le conseil d'administration

Principales recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et retenues par le conseil d'administration (art. 181.0.1)	Suivis apportés à ces recommandations
<ul style="list-style-type: none"> Aucune recommandation systémique n'a été formulée au conseil d'administration 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun

5.7.3 Autres conclusions du comité et améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration

Conclusions du comité concernant les autres rapports et recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus qu'il a examinés	Suivis ou améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration en conséquence de ces conclusions
<ul style="list-style-type: none"> Voir comité de gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> Voir comité de gestion des risques

5.8 Comité des usagers

5.8.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2010-2011	Formulation d'avis au CA ou à la DG
<p>Le comité des usagers a officialisé lors de son assemblée générale annuelle sa nouvelle structure par l'adoption de ses statuts et règlements. Il a analysé les statistiques relatives aux listes d'attente et aux divers services à la clientèle, et il a donné plusieurs avis sur divers projets en cours (ex. : agrandissement du point de service du chemin Saint-Louis, cafétéria, services d'aides techniques). Des représentations ont été faites auprès des gestionnaires afin d'améliorer les services. D'autres représentations ont été faites lors de notre participation à différents comités internes. Enfin, le système de suivi des plaintes et commentaires reçus a été bonifié et une évaluation annuelle du nombre de plaintes et commentaires est présentée dans le rapport annuel du comité des usagers.</p>	<p>Aucun avis n'a été fait formellement auprès de la Direction générale et du conseil d'administration. Toutefois, le comité a rencontré la directrice générale et le directeur général adjoint pour échanger sur divers sujets dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fonctionnement du plan d'accès; - Le transfert de la clientèle ayant une déficience visuelle vers la région 12; - La démarche sur les valeurs et la planification stratégique ; - La mise en place d'un local pour les besoins d'intimité des usagers à l'interne. Une lettre a été transmise au directeur général adjoint sur ce dernier sujet.

5.9 Comité de gestion des risques

5.9.1 Faits saillants et suites apportées aux avis donnés au conseil d'administration et à la Direction générale

Faits saillants du rapport annuel 2010-2011	Formulation d'avis au CA ou à la DG
Le comité de gestion des risques a tenu 5 rencontres. À chacune de ces rencontres, un rapport d'étape est présenté et concerne la gestion des risques ainsi que tous les autres rapports sur la qualité.	Voir le point 5.9.4

5.9.2 Principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance (art. 183.2)

• Erreurs de médicaments
• Chutes
• Sorties de contention

5.9.3 Infections nosocomiales surveillées et résultats de cette surveillance

Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique	Principaux résultats de cette surveillance
<ul style="list-style-type: none"> <i>Staphylococcus Aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) 	<p>25 usagers porteurs SARM ont circulé à l'IRDPO, clientèle admise :</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 cas étaient déjà présents à la première période financière; 22 nouveaux cas au cours de l'année financière : 18 admissions, dont 13 usagers admis porteurs de SARM, 2 usagers infectés au SARM dans les plaies, 3 usagers porteurs de SARM-AC (SARM-acquis en communauté) et 4 cas nosocomiaux; Le taux moyen d'acquisition de SARM nosocomial par 10 000 jours/présence pour l'année financière 2010-2011 est de 1.1. Il était de 2.0 en 2009-2010 et de 3.2 en 2008-2009. Nous connaissons une amélioration marquée depuis les dernières années au niveau de la prévention et du contrôle du SARM.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Acinetobacter Baumannii</i> multirésistant 	<ul style="list-style-type: none"> Un cas porteur était présent à la première période financière et a quitté à la même période. Le dépistage massif après son départ révèle qu'il n'y a eu aucune transmission nosocomiale.

<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> (DACD) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 nouveaux cas diagnostiqués sans complication et 3 récurrences qui découlaient de l'épisode de DACD en courte durée. Les 7 nouveaux cas ont tous de nombreux facteurs de risques (ex. : âge, antibiotiques, chirurgies, longue hospitalisation en milieu de courte durée, etc.). • Le taux moyen d'acquisition de DACD nosocomial par 10 000 jours/présence pour l'année financière 2010-2011 est de 1,8. Il était de 0.8 en 2009-2010, de 0.3 en 2008-2009 et de 1.5 en 2007-2008. Il a augmenté comparativement aux dernières années; toutefois, ce ne sont pas des cas de transmission de personne à personne car il n'y a aucun lien entre les cas, mais cela est plutôt dû aux facteurs de risques.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entérocoques</i> résistants à la vancomycine 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 cas connus porteurs ont été admis au cours de l'année pour de courtes périodes de réadaptation. Les dépistages ont été rehaussés en ce qui concerne les admissions de certains centres de courte durée en considérant la situation régionale. Aucun cas nosocomial à l'IRDQP.
<ul style="list-style-type: none"> • Influenza 	<ul style="list-style-type: none"> • 75 usagers admis ont été vaccinés contre l'influenza. • Cette saison : 2 cas de syndrome d'allure grippale.
<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérite 	<ul style="list-style-type: none"> • Une éclosion de Norwalk probable à l'Unité interne de réadaptation, point de service du chemin Saint-Louis, du 19 au 24 janvier 2011, 8 usagers et 4 employés ont été malades. • Une éclosion de Norwalk probable à l'unité des myélopathies, du 8 au 18 avril 2011, 3 usagers et 8 employés ont été malades.

5.9.4 Recommandations et suivis effectués par le comité en rapport avec les priorités de l'établissement

Gestion des risques d'incidents/accidents

Recommandations	Suivis
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour le plan d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé
<ul style="list-style-type: none"> • Former les agents de sécurité et le personnel sur le plan d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer d'un mécanisme de transfert des connaissances dans le cadre de la retraite du responsable des installations matérielles et techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour le système d'entretien préventif des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé
<ul style="list-style-type: none"> • Former les gestionnaires pour l'analyse des événements 	<ul style="list-style-type: none"> • Débuté
<ul style="list-style-type: none"> • Remettre en marche le comité 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé

Programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires	
<ul style="list-style-type: none"> Revoir la formation sur les contentions 	<ul style="list-style-type: none"> Débuté (participation à un comité régional)

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Recommandation	Suivis
<ul style="list-style-type: none"> Instaurer un programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales (2006-2007) 	<ul style="list-style-type: none"> Le programme instauré en 2006-2007 porte fruit et continue d'évoluer.
<ul style="list-style-type: none"> Des recommandations sont faites pour la clientèle des grands brûlés. 	<ul style="list-style-type: none"> En 2011, l'application des recommandations fera l'objet d'un suivi de la part des gestionnaires concernés. De plus, l'application de mesures rigoureuses sera à l'essai en 2011 pour les clients porteurs de bactéries multirésistantes.
<ul style="list-style-type: none"> Des recommandations sont établies afin d'améliorer la communication et l'application des mesures pour les porteurs de bactéries multirésistantes en ce qui concerne la clientèle externe. 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi nécessaire au cours de l'année 2011.
<ul style="list-style-type: none"> Le produit d'hygiène des mains (solution antiseptique sans eau) doit être remplacé pour éviter les éclaboussures. Des démarches sont en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> Le changement sera effectué en 2011.
<ul style="list-style-type: none"> Recommandations afin d'améliorer l'entretien des appareils d'intervention (zones grises). 	<ul style="list-style-type: none"> Un suivi rigoureux du comité de pilotage P4 sera effectué en 2011.

REVENUS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Revenus et des charges : Exercice se terminant le 31 mars 2010 - Ces renseignements financiers sont extraits du rapport vérifié par Mallette, s.e.n.c.r.l., comptables agréés, dont vous pouvez obtenir copie auprès de l'établissement.

		FONDS D'EXPLOITATION				
ACTIVITÉS PRINCIPALES		ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
		2010	2011	REVENUS	2010	2011
S		56 620 740	57 574 036	Recherche	1 796 586	1 579 802
		1 233 796	685 325	Enseignement	565 253	534 139
		6 919 548	7 767 166	Aides techniques	11 410 548	10 713 703
		2 660 762	3 587 955	Stationnement	159 810	164 471
		686 526	821 084	Services alimentaires	53 668	49 553
		1 667 410	1 251 955	Location de téléviseurs	30 286	27 536
				Autres activités complémentaires	947 141	1 003 014
				Revenus non répartis - réforme comptable	(4 691)	6 893
		<u>69 788 782</u>	<u>71 687 521</u>		<u>14 958 601</u>	<u>14 079 111</u>
				CHARGES		
		9 106 575	9 302 305	Recherche	1 676 219	1 471 713
adaptation DM		24 346 259	24 606 987	Enseignement	565 253	534 139
adaptation DV		2 946 024	2 798 842	Aides techniques	11 445 300	10 833 598
adaptation DA		4 774 262	4 796 063	Stationnement	26 237	86 978
adaptation DLP		2 525 721	2 495 217	Services alimentaires	45 058	41 779
migration		1 124 738	987 363	Location de téléviseurs	26 925	27 283
programmes et services usagers et soutien aux		3 200 025	3 401 127	Autres activités complémentaires	1 045 344	1 044 148
		11 493 217	11 713 575			
		8 750 971	9 949 538			
		417 483	389 616			
		<u>68 685 275</u>	<u>70 440 633</u>		<u>14 830 336</u>	<u>14 039 638</u>
revenus sur les		<u>1 103 507</u>	<u>1 246 888</u>	Excédent des revenus sur les charges	<u>128 265</u>	<u>39 473</u>

6.2 Bilan au 31 mars 2010

FONDS D'EXPLOITATION			FONDS D'IMMOBILISATIONS		
ACTIF			ACTIF		
COURT TERME			COURT TERME		
	2010	2011		2010	2011
Encaisse	1 839 521	6 018 799	Placement temporaire	2 758 621	2 875 863
Placement temporaire	4 138 400	4 314 282	Créances interfonds	1 756 450	2 539 484
Débiteurs	6 402 665	5 879 306	Autres éléments	175 977	178 927
Charges payées d'avance	253 264	170 859		4 691 048	5 594 274
Stocks	1 235 857	1 083 058	
	<u>13 869 707</u>	<u>17 466 304</u>			
LONG TERME			LONG TERME		
Subvention à recevoir - réforme comptable	6 774 935	6 853 541	Immobilisations	11 076 916	11 567 818
Autres éléments	996 620	1 132 108	Subvention à recevoir - réforme comptable	8 382 741	12 193 378
TOTAL DE L'ACTIF	<u>21 641 262</u>	<u>25 451 953</u>	Autres éléments	801 375	724 439
			TOTAL DE L'ACTIF	<u>24 952 080</u>	<u>30 079 909</u>
PASSIF			PASSIF		
COURT TERME			COURT TERME		
Créditeurs	6 173 565	7 447 476	Intérêts courus à payer	109 769	190 768
Provision pour avantages sociaux généraux	6 820 201	6 959 412	
Créances interfonds	1 847 606	2 749 038			
Revenus reportés	2 958 563	3 556 760			
	<u>17 799 935</u>	<u>20 712 686</u>			
LONG TERME			LONG TERME		
Autres éléments	1 442 391	1 243 180	Revenus reportés	26 980	24 140
TOTAL DU PASSIF	<u>19 242 326</u>	<u>21 955 866</u>	Dette à long terme	24 646 491	29 696 161
SOLDE DE FONDS	<u>2 398 936</u>	<u>3 496 087</u>		24 673 471	29 720 301
			TOTAL DU PASSIF	<u>24 783 240</u>	<u>29 911 069</u>
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	<u>21 641 262</u>	<u>25 451 953</u>	SOLDE DE FONDS	<u>168 840</u>	<u>168 840</u>
			TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	<u>24 952 080</u>	<u>30 079 909</u>
			FONDS AFFECTÉS		
			ACTIF		
			Créances interfonds	91 156	209 555
			PASSIF		
			Fonds affectés non attribués	91 156	209 554

6.3 RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration de
L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec,

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état résumé des revenus et des charges des activités principales et des activités accessoires du fonds d'exploitation et les bilans résumés des fonds d'exploitation, d'immobilisations et affectés au 31 mars 2011, sont tirés des états financiers audités de **L'INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC** pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2011.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Institut.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités. La direction présente l'état résumé des revenus et des charges des activités principales et des activités accessoires du fonds d'exploitation et les bilans résumés des fonds d'exploitation, d'immobilisations et affectés au 31 mars 2011. Les notes complémentaires ne sont pas reproduites.

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 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 en déficience physique de Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères énoncés dans le paragraphe sur la responsabilité de la direction pour les états financiers résumés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire et aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.

Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, conformément à la note d'orientation n° 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette ⁴

Mallette
SENCRL
Comptables agréés

Québec, Canada
Le 14 juin 2011

⁴ CA auditeur permis n° 8305

7. CENTRE DE RECHERCHE EN RÉADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE (CIRRIS)

Le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) est le centre de recherche de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ), reconnu institut universitaire à caractère social.

Le CIRRIS a poursuivi sa mission de promouvoir la recherche interdisciplinaire dans les domaines de l'adaptation, de la réadaptation et du soutien à l'intégration sociale, dans le but de développer les connaissances et ainsi de favoriser la pleine participation sociale des personnes vivant avec des incapacités physiques.

Avec plus de trente chercheurs réguliers, nous étudions des problématiques de recherche complexes en intégrant les approches biomédicale, fonctionnelle et sociale dans un contexte multidisciplinaire.

- Les projets de l'axe 1 visent principalement la caractérisation des mécanismes explicatifs des déficiences et leurs liens avec les incapacités et le développement d'interventions pour optimiser les apprentissages ou la récupération fonctionnelle.
- Les projets de l'axe 2 visent l'évaluation et la documentation des conséquences sociales et leurs déterminants environnementaux dans le contexte du modèle conceptuel du *Processus de production du handicap* (PPH).

Nos thématiques de recherche portent sur les « Déterminants personnels et environnementaux » qui favorisent la participation sociale des personnes ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle. Cette programmation s'inscrit dans trois des huit grands thèmes privilégiés par l'Université Laval dans son plan de développement de la recherche : 1) Culture, Société et Éducation, 2) Environnement et Développement durable et 3) Vie et Santé. Nos professeurs-chercheurs encadrent des étudiants dans 11 programmes gradués regroupés dans 7 facultés de l'Université Laval.

Le CIRRIS compte plus de 35 professeurs/chercheurs provenant de discipline variées et associés à plusieurs facultés de l'Université Laval : médecine, sciences sociales, sciences et génie, foresterie et géomatique, sciences infirmières. Ces chercheurs dirigent les travaux de plus de 60 étudiants aux études supérieures.

L'infrastructure du CIRRIS est subventionnée par le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Université Laval, tandis que les travaux des chercheurs le sont par divers organismes subventionnaires fédéraux, provinciaux et des fondations.

Soulignons que le rapport des activités du CIRRIS est disponible sur www.cirris.ulaval.ca. Entre autres, ce rapport fait état des nombreux articles scientifiques et rapports de recherche publiés par les chercheurs.

8. L'ÉQUIPE BÉNÉVOLE DE L'INSTITUT

Les personnes bénévoles ne font pas à la place des autres, elles font avec d'autres. Elles apportent une autre dimension au quotidien des usagers. Le bénévole est un partenaire dans le cheminement de la réadaptation. Le bénévole apporte son aide et son savoir en suivant, selon la situation, les directives des intervenants, lesquels travaillent à atteindre les objectifs préétablis de réadaptation. Dans cette optique, l'établissement offre de nombreuses formations aux bénévoles afin de développer leurs connaissances par rapport à la clientèle de l'Institut.

Le bilan des réalisations de l'année 2010 est très positif et cela est dû à l'implication de 213 bénévoles. Le dévouement et la disponibilité des bénévoles envers les usagers sont impressionnants. Ils ont gracieusement offert 30 120 heures. Ils offrent leur temps, leur savoir-faire et leur savoir-être pour répondre aux attentes des usagers et des intervenants de l'Institut. Les bénévoles ont effectué 819 accompagnements pour la clientèle adultes-aînés, ils ont donné 690 heures pour la clientèle enfants-adolescents et ont poursuivi les activités de divertissement pour l'animation du milieu de vie pour les usagers admis au point de service Hamel. Ils ont réalisé 206 activités de soir, 30 activités de fins de semaine et 143 activités de jour. Ces activités sont réalisées, animées et payées par la corporation de l'Équipe bénévole.

En 2010, l'Équipe bénévole a travaillé à l'égard des priorités suivantes :

- Diffuser la nouvelle offre de service de l'équipe bénévole
- Présenter le rapport de recherche « L'action bénévole à l'IRD PQ : ses fondements, ses fonctions, son espace d'intervention »
- Appuyer les différents sites pour la fête de Noël

Défi pour 2011 : La qualité et la stabilité des services offerts sont une priorité. Ainsi, l'accent est mis sur le recrutement de nouveaux bénévoles, la satisfaction des bénévoles afin d'assurer leur rétention et sur le transfert des connaissances. Les étudiants représentent 15 % de nos bénévoles. Cette relève permet de répondre plus adéquatement aux besoins des usagers âgés entre 18 à 35 ans. Les bénévoles d'expérience transfèrent leur savoir à cette relève. Ce faisant, notre corporation est heureuse de participer à la formation des futurs professionnels et de contribuer ainsi à la mission universitaire de l'Institut.

9. FONDATION ÉLAN

Notre mission : appuyer l'Institut!

En dépit d'un contexte économique difficile, 2010-2011 a été une année de consolidation puisqu'elle s'est avérée riche de réalisations pour l'Institut et ses usagers. Que ce soit en organisant des activités-bénéfices qui ont généré des revenus nets records, en poursuivant ses efforts de sollicitation auprès de généreux donateurs ou encore en multipliant les efforts de sensibilisation auprès des employés de l'Institut, la Fondation n'a cessé de se mobiliser dans le but d'appuyer l'Institut dans sa mission.

Les résultats obtenus nous donnent l'Élan nécessaire dans la poursuite de notre objectif : être bien plus qu'un partenaire de l'Institut, être un véritable levier dans l'optimisation de la qualité de l'offre de service pour l'ensemble des usagers. La Fondation est fière d'avoir augmenté ses revenus nets d'activités de financement de 65 % depuis sa création, en 4 ans seulement. Ces résultats sont le fruit du travail d'une équipe passionnée, de l'engagement de la communauté d'affaires et du soutien indéfectible de fidèles donateurs et membres du personnel de l'Institut.

Pour l'année 2010-2011, la Fondation Élan a remis un total de 259 501 \$ en contributions. La dernière année a été marquée par un octroi majeur de 76 000 \$ destiné au réaménagement de l'aire de thérapie en ergothérapie pour la jeune clientèle du point de service du chemin Saint-Louis. Ce réaménagement vise à dynamiser et à améliorer le milieu thérapeutique de la clientèle, bref, à en faire un milieu dynamique, coloré et stimulant afin de favoriser la réadaptation. Ce projet s'inscrit entièrement dans le cadre de la mission de la Fondation et représente un tremplin pour la réalisation d'autres projets d'envergure pour l'Institut.

L'arrivée du Dr Luc Noreau à la direction du centre de recherche de l'Institut a aussi apporté un souffle nouveau au partenariat qui s'est établi entre le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) et la Fondation. Le conseil d'administration de la Fondation s'est engagé à apporter un soutien financier de 30 000 \$ au CIRRIS dans le but de soutenir le développement de la recherche et des technologies dans les domaines de l'adaptation, de la réadaptation et de la participation sociale. La Fondation Élan reconnaît la nécessité de soutenir l'équipe de recherche du CIRRIS puisque « l'utilisateur » est au cœur des préoccupations de l'établissement, et l'essor de la recherche permet de lui offrir des services de qualité à la fine pointe des connaissances.

Au cours de la dernière année, la Fondation Élan a contribué à l'acquisition d'équipements, a soutenu les programmes clientèles et a répondu à de nombreuses demandes d'aide financière d'utilisateurs de l'Institut. En voici quelques exemples :

Environnement propice à la réadaptation et au soutien à la recherche

- Réaménagement et acquisition de matériel pour l'aire de thérapie en ergothérapie des jeunes usagers de l'Institut.
- Chien de thérapie diplômé Mira pour assister les intervenants dans leur approche thérapeutique auprès des jeunes usagers de l'Institut.
- Équipement pour la salle multisensorielle de l'école Madeleine-Bergeron.
- Soutien au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) de l'Institut.

Soutien à l'intégration sociale et à l'épanouissement dans la communauté

- Nombreux projets d'activités culturelles, sportives, artistiques ou éducatives visant l'intégration sociale des usagers et leur offrant des occasions de réaliser certaines habitudes de vie et d'exercer leurs rôles sociaux.
- Achat de pare-chocs adaptés pour le basketball en fauteuil roulant dans le but de favoriser la participation à des compétitions locales et provinciales pour usagers de tous âges.

Équipements spécialisés pour accélérer ou faciliter la réadaptation ou encore pour permettre le retour à la maison, au travail, aux études ou à la garderie

- Vélo adapté permettant à l'ensemble des usagers d'emprunter la piste cyclable aux abords de l'Institut.
- Appui financier aux usagers pour l'acquisition d'aides techniques telles que des prothèses auditives, des aides visuelles, des orthèses, des chaussures adaptées, de même que pour l'aménagement adapté du domicile.
- Jeux variés sonores ou tactiles pour aider les enfants à développer des habiletés de motricité globale et fine, afin de faciliter entre autres l'apprentissage du braille.
- Matériel et jeux adaptés pour la joujouthèque des points de service du chemin Saint-Louis et de Portneuf.

Soutien financier auprès des usagers de nombreux programmes de l'Institut

- Camps d'été et d'hiver pour de nombreux groupes de jeunes usagers de l'Institut.
- Réadaptation en milieu scolaire, programme d'intégration sociale pour des jeunes fréquentant l'école Madeleine-Bergeron.

Nous remercions nos donateurs, nos bénévoles ainsi que nos plus fidèles et proches collaborateurs, car leur apport est remarquable et mérite d'être souligné. Nous remercions également les professionnels de l'Institut qui nous donnent l'Élan nécessaire pour poursuivre notre mission; leur expertise, leur professionnalisme, leur passion et leur dévouement exceptionnel nous incitent à aller encore plus loin dans l'accomplissement de notre mission auprès des usagers.

10. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs a été adopté par le conseil d'administration le 17 juin 1998. Ce code est respecté par les administrateurs et présenté en annexe.

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Introduction

La Loi modifiant la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie (L.Q., 1997,c.6) — ci-après désignée la « Loi » — prévoit que les membres des conseils d'administration des établissements publics de la santé et des services sociaux devraient, à compter du 1^{er} janvier 1998, établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable.

Par ailleurs, l'administration d'un établissement public présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique se doit donc d'être une préoccupation constante de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec pour garantir à la population une gestion intègre des fonds publics.

Dans le respect de ses valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec adhèrent.

Définitions

Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes utilisés signifient :

- « **Administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;
- « **Conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- « **Entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;
- « **Proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère ou la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment, ainsi que l'associé de l'administrateur.

Valeurs

Les valeurs énoncées sont celles qui prédominent au sein du conseil d'administration de l'IRDQP depuis son avènement en octobre 1996.

- **Engagement au service de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et de sa clientèle**
Adhésion au conseil d'administration pour collaborer à la gestion de l'établissement et des services aux personnes ayant une déficience physique et non pour satisfaire des intérêts personnels.
- **Respect des droits et des personnes**
Prise en compte des droits des individus et des groupes dans les décisions et respect des personnes dans les échanges et le processus décisionnel.

- **Équité dans les décisions**
Comportement impartial et juste dans des prises de décision basées sur les éléments similaires et sur les différences, incluant la répartition équitable des ressources en fonction.
- **Efficacité et efficience**
Jugement des projets et des actions en fonction des résultats attendus et recherche d'une utilisation optimale des ressources.**28**
- **Transparence et discrétion**
Communication claire des informations, questions et opinions et attitude discrète concernant les faits et les données qui ont été communiqués.

Devoirs et obligations de l'administrateur

Outre le respect des lois et règlements inhérents à l'établissement, l'administrateur doit s'acquitter de ses devoirs et obligations « en bon père de famille ».

- **Agit dans l'intérêt de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et de la population servie**
Respecter les pouvoirs conférés aux administrateurs et ceux dévolus au directeur général par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- **Agit avec soin, prudence, diligence et compétence**
S'informer, s'ouvrir aux divers points de vue, demander conseil et prendre les moyens pour assumer avec compétence ses responsabilités et devoirs.
- **Agit avec honnêteté et loyauté**
Agir dans l'intérêt de l'établissement et de la population, en toute bonne foi, sans abus de confiance ou de droit et en évitant les conflits d'intérêts.

Conflit d'intérêts

La notion de conflit d'intérêts ou de conflit de rôles, telle que définie au présent code, s'appuie sur les paramètres suivants :

- Avantage personnel qu'apporte une décision à laquelle prend part un administrateur. Pour qu'il y ait acte répréhensible, l'administrateur doit, sciemment, poser une action qui le place en situation de conflit d'intérêts.
- Participation de l'administrateur au processus décisionnel lorsque ses intérêts ou ceux de ses proches sont concernés. Il doit s'agir d'intérêts de particulier et non d'intérêts de groupe tel que le personnel ou les usagers.
- Sollicitation et acceptation d'un avantage en rapport avec sa fonction d'administrateur. Un avantage significatif peut entacher l'impartialité de l'administrateur et influencer ses décisions.
- Utilisation ou communication d'informations privilégiées considérées comme confidentielles.
- Utilisation, autrement que selon les modalités applicables à tous, des liens, ressources ou services de l'établissement.
- Intervention dans le processus d'embauche du personnel et ingérence indue dans le fonctionnement interne de l'établissement.

Mesures préventives

Afin d'éviter toute situation ambiguë, les mesures préventives suivantes s'appliquent :

- Déclaration concernant les intérêts pécuniaires détenus dans des entreprises commerciales en relation contractuelle avec l'établissement ou susceptibles de le devenir. Le lien d'employé ou d'administrateur d'une entreprise ou d'un organisme susceptible de contracter avec l'établissement doit aussi être déclaré par l'administrateur de l'établissement.

- Chaque administrateur doit remplir sa déclaration d'intérêts selon la formule annexée dans les soixante (60) jours suivant son élection ou sa nomination.
- L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts doit dénoncer son intérêt au conseil et s'abstenir de siéger et de participer au processus décisionnel relatif à toute question où cet intérêt est en cause.

Rémunération des administrateurs

L'administrateur agit comme un citoyen engagé qui n'attend aucun avantage pécuniaire ou autre de son statut.

- Les administrateurs ne peuvent recevoir de rémunération à ce titre, tel que déjà stipulé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Seules les dépenses inhérentes à la fonction d'administrateur peuvent faire l'objet d'un remboursement selon les règles édictées par le gouvernement.

Comité d'éthique et de déontologie

Le conseil d'administration peut constituer un comité d'éthique et de déontologie afin de veiller à l'application du présent code.

- Le comité d'éthique et de déontologie est constitué de trois membres qui sont choisis parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement ou en dehors de celui-ci.
- Le mandat du comité est de promouvoir l'application du code d'éthique et de déontologie, d'enquêter sur toute situation de manquement aux règles et de proposer les mesures appropriées.

Références

Pour l'application du présent code, le comité d'éthique et de déontologie pourra se référer aux documents suivants :

- **Code d'éthique et de déontologie** des membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux – GUIDE, AHQ, 1997.
- **Code d'éthique et de déontologie**, guide à l'intention des administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux, Confédération québécoise des centres d'hébergement et de réadaptation et Fédération des CLSC du Québec, décembre 1997.
- **Loi sur le ministère du Conseil exécutif.**
- **Loi sur les services de santé et les services sociaux.**
- **Code civil du Québec.**

Déclaration des intérêts et engagement de l'administrateur (disponible sur demande).