



Rapport annuel de gestion 2014-2015

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION - UN CHEF DE FILE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE
JEWISH REHABILITATION HOSPITAL - A LEADER IN PHYSICAL REHABILITATION

<http://hjr-jrh.qc.ca>

PASSION



CARRIÈRE
STIMULANTE
STIMULATING CAREER



MULTI-
DISCIPLINAIRE
MULTIDISCIPLINARY



ATMOSPHÈRE
CHALEUREUSE
WARM/ENCOURAGING



TABLE DES MATIÈRES

1	MESSAGE DES AUTORITÉS	2
2	DÉCLARATIONS	
2.1	DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES	3
2.2	RAPPORT DE LA DIRECTION	4
3	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
3.1	MISSION ET VALEURS	5
	ORGANIGRAMME	6
3.2	CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	7
3.3	PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LES SERVICES OFFERTS, L'ACQUISITION D'IMMEUBLES, DE TECHNOLOGIES MÉDICALES INFORMATIONNELLES ET FAITS SAILLANTS	8
3.4	DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS	10
4	RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION	
4.1	LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE	14
4.2	LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION	28
4.3	LES RÉSULTATS AU REGARD DU CONTRÔLE DES EFFECTIFS ET CONTRATS DE SERVICE	35
4.4	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU SUJET DE L'AGRÈMENT	36
4.5	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES AU SUJET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES	36
4.6	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU SUJET DE L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	36
5	LES COMITÉS ET CONSEILS DE L'ÉTABLISSEMENT	
5.1	CONSEIL D'ADMINISTRATION	38
5.2	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)	38
5.3	CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)	39
5.4	CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE	40
5.5	COMITÉ DE VÉRIFICATION	41
5.6	COMITÉ DES USAGERS	42
5.7	COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	43
5.8	COMITÉ DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES	44
6	RESSOURCES HUMAINES	46
7	LES ÉTATS FINANCIERS	
7.1	ÉTAT DES RÉSULTATS (ACTIVITÉS PRINCIPALES, ACCESSOIRES ET LES ACTIVITÉS IMMOBILIÈRES)	47
7.2	ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	48
7.3	ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE	49
7.4	ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	50
7.5	ÉTAT DU FLUX DE TRÉSORIE	51
7.6	SOMME OU AVANTAGE DIRECT OU INDIRECT REÇU PAR UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC D'UNE FONDATION	51
7.7	NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS PERTINENTES	51
7.8	RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT	52
8	TABLEAU DE SUIVIS DES RÉSERVES	53
9	CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE	54

1 MESSAGE DES AUTORITÉS

C'est un honneur et un privilège de vous présenter le rapport annuel de gestion de l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) pour l'année 2014-2015.

Bien que l'année 2014-2015 fût remplie de défis, il s'agit également d'une année de développements importants. L'implantation de notre plan de retour à l'équilibre budgétaire nous a permis de recentrer notre mission comme centre de réadaptation en déficience physique pour la région de Laval tout en démontrant un excédent budgétaire pour terminer l'année. De plus, grâce à une allocation budgétaire récurrente de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, l'hôpital a été en mesure d'agrandir et de consolider son programme pédiatrique qui nous permettra d'accroître l'accès et d'améliorer notre intensité de service pour notre jeune clientèle. Finalement, l'inauguration d'une nouvelle ressource intermédiaire (Nova Vita) a donné accès à un nouveau milieu de vie, dans la région, pour les personnes de moins de 65 ans ayant une déficience physique.

En 2015-2016, la mise en œuvre de la Loi 10 modifiera l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. À partir du 1^{er} avril 2015, l'HJR deviendra un établissement regroupé sous la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. L'année 2015 sera aussi l'année où l'HJR célébrera son 60^e anniversaire. Pendant presque 60 ans, l'HJR a gagné la fierté de ses fondateurs en livrant des soins et des services de haute qualité à nos usagers et leurs familles. Avec cette réorganisation, cela ne changera pas. Les valeurs et le caractère unique de l'HJR demeureront toujours les mêmes avec notre approche toujours centrée sur la prestation des meilleurs soins et services.

Il va de soi que la force d'une organisation découle de ses employés et notre réputation d'excellence est la conjugaison des efforts déployés au quotidien par notre personnel. Nos sincères remerciements et appréciations pour votre professionnalisme et votre dévouement acharné au cours de la dernière année. Nous tenons aussi à remercier l'équipe de gestion ainsi que tous les membres du conseil d'administration pour leur direction et leurs judicieux conseils.

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Caroline Barbir'.

Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

2

DÉCLARATIONS

2.1 DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

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

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités et les activités de l'établissement;
- présente les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

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

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Caroline Barbir', is written over a light blue horizontal line.

Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

DÉCLARATIONS

2.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction de l'Hôpital juif de réadaptation reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers ont été audités par la firme PricewaterhouseCoopers LLP dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme PricewaterhouseCoopers LLP peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale,



Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

Le directeur des ressources financières,



Éric Champagne, CPA, CGA

3

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 MISSION ET VALEURS

L'Hôpital juif de réadaptation (HJR) est un centre hospitalier de services généraux et spécialisés voué à la réadaptation. C'est aussi le centre régional en déficience physique pour les clientèles adultes et pédiatriques de Laval. Il offre, à des clientèles qui présentent des incapacités découlant de problèmes de santé physique, ou de déficience physique, des services spécialisés (de 2^e ligne) d'adaptation, de réadaptation fonctionnelle intensive, d'intégration socioprofessionnelle, socio résidentielle et communautaire ainsi que d'hébergement, dans des ressources résidentielles non institutionnelles. Ces services visent la récupération d'une autonomie optimale, ainsi que l'intégration et la participation sociales des clients.

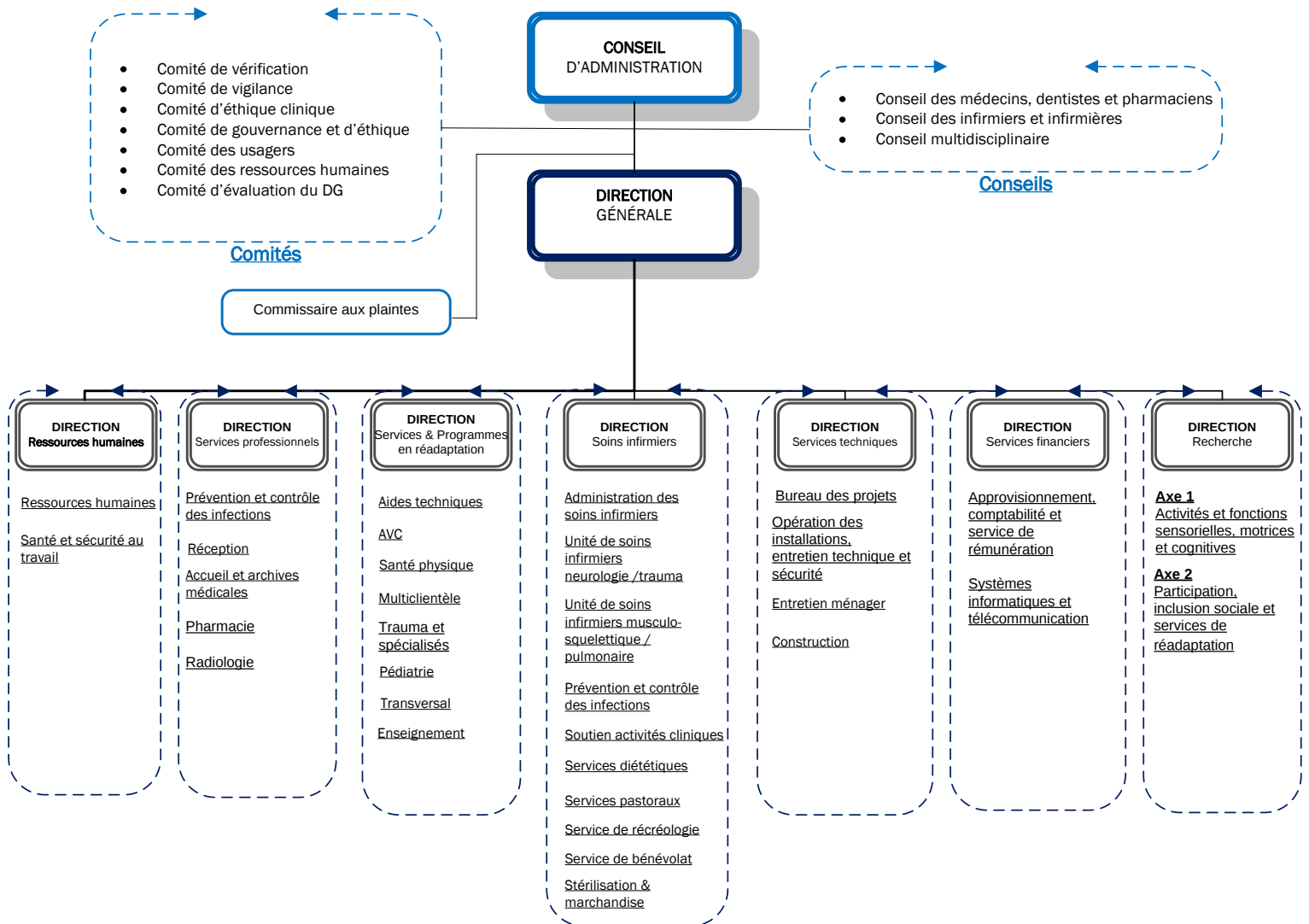
L'HJR est un établissement désigné bilingue, qui accueille une clientèle culturellement diversifiée, en maintenant les liens traditionnels avec sa communauté fondatrice juive. Les équipes interdisciplinaires, regroupant une grande variété de professionnels et de consultants, œuvrent dans un environnement sécuritaire et travaillent à l'amélioration continue de la qualité, voire à l'excellence, des soins et des services. Le personnel bénéficie d'un milieu de travail sain et motivant, qui favorise le développement professionnel.

L'établissement contribue au développement et à la mise en œuvre des continuums régionaux et interrégionaux de services par un travail de partenariat soutenu avec les réseaux publics, privés et communautaires.

Affilié à l'Université McGill, l'HJR se donne aussi l'objectif de contribuer à la recherche, à l'enseignement et à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en milieu clinique. L'HJR tend à demeurer un établissement innovateur, à la fine pointe de la technologie, qui se situe parmi les chefs de file dans le domaine de la réadaptation physique. Il travaille, avec d'autres établissements, à s'assurer un statut d'institut universitaire.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU 31 MARS 2015



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.2 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La région de Laval est l'une des régions les plus peuplées du Québec et, en 2014, elle comptait 420 870 résidents (source : Institut de la statistique Québec). Les trois aspects sociodémographiques suivants définissent bien la région : la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'importance grandissante des communautés culturelles.

LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

La région de Laval connaît une croissance démographique plus vive que celle du Québec. De 2006 à 2011, la population de la région a augmenté de 8,9 % (par rapport à 5,9 % pour l'ensemble du Québec). Cette croissance est appelée à se poursuivre. De 2011 à 2036, la croissance démographique projetée est de 31 % par rapport à une croissance globale de 18,3 % pour l'ensemble du Québec.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Laval sera touchée par le vieillissement de sa population, mais dans une plus faible proportion que celle observée pour l'ensemble du Québec. Entre 2011 et 2031, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 16,2 % à 22,7 % à Laval (par rapport à 26 % au Québec).

IMPORTANCE GRANDISSANTE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

La région de Laval constitue le troisième pôle d'attraction des nouveaux arrivants, après Montréal et la Montérégie. De 2001 à 2011, la proportion d'immigrants de la région a augmenté considérablement, passant de 15,5 % à 24,6 %. Depuis 2011, plus de 50 % des naissances sont issues de familles dont au moins un des parents est immigrant.

Laval connaît aussi une augmentation du nombre de personnes parlant une langue autre que le français ou l'anglais. En 2011, environ 16 % de la population lavalloise parlait le plus souvent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison, comparativement à 7,3 % dans l'ensemble du Québec. Dix ans plus tôt (2001), la proportion lavalloise était d'environ 10 %.

LA RÉTENTION ET LE RAPATRIEMENT DE LA CLIENTÈLE

La proximité de Montréal et l'historique de consommation des services dans cette grande cité, dans un contexte d'évolution vers l'autonomie régionale, présentent pour la jeune région autonome de Laval le défi particulier de développer les services requis par sa population dans la région même.

LA PRÉSENCE SIGNIFICATIVE DE MALADIES CHRONIQUES

Les maladies chroniques sont une source importante de consommation de soins ambulatoires, mais aussi d'hospitalisations. On observe une croissance des cas de cancer.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.3 PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LES SERVICES OFFERTS, L'ACQUISITION D'IMMEUBLES, DE TECHNOLOGIES MÉDICALES ET INFORMATIONNELLES ET FAITS SAILLANTS

Les six premières périodes de l'année 2014-2015 furent marquées par la consolidation des changements initiés dans l'année précédente, notamment:

- La cessation des activités du programme de gériatrie;
- L'intégration des programmes de traumatologie et spécialisés;
- L'intégration du programme de neurologie au programme multiclientèle;
- L'intégration du programme de conduite automobile au programme des aides techniques;
- La fermeture de six lits en accident vasculaire cérébral (AVC).

Au courant de l'année, d'autres révisions de services se sont imposées. Depuis décembre 2014, le Programme d'intervention concerté (PIC) en enfance a mis un terme à de nouvelles inscriptions à la suite d'un repositionnement régional de l'offre de service. À partir d'avril 2015, le sous-programme Programme d'évaluation du développement et de l'intégration professionnelle (PÉDIP) a cessé d'offrir des services à la clientèle de blessé léger de la SAAQ en raison d'une trop faible volumétrie ne permettant pas de maintenir des effectifs dédiés à cette activité.

L'année 2014-2015 a également été une année où deux programmes ont vu une expansion de leurs services:

DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME PÉDIATRIE

En début d'année 2015, l'HJR a obtenu du financement récurrent pour améliorer les services à la clientèle pédiatrique. Depuis des années, le programme fait face à une volumétrie croissante qui a remis en question notre capacité de répondre au temps d'accès dans les délais prescrits par le MSSS. Cette injection d'argent nous permettra d'accroître l'accès et d'améliorer notre intensité de service par un ajout de 10,5, équivalents temps complet (ETC) professionnels et techniciens. Avec l'ajout des ressources mentionnées ci-dessus, nous avons profité de l'opportunité de consolider tous nos services pédiatriques au deuxième étage de l'hôpital en utilisant les espaces récemment libérés suite à la fermeture de l'unité de soins.

DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME DE RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (RNIDP)

L'HJR a conclu une entente avec une nouvelle ressource intermédiaire dédiée à une clientèle de moins de 65 ans ayant une déficience physique. La résidence Nova Vita est située à Chomedey et peut accueillir 16 usagers. Douze places sont désignées pour une clientèle ayant des incapacités importantes dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes et qui seraient normalement orientées en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Les usagers ont intégré progressivement la ressource depuis le 25 novembre 2014. Le programme a également reçu un financement pour un ajout de cinq places en ressources non institutionnelles (RNI) [deux ressources institutionnelles (RI) et trois appartements supervisés] ainsi que huit places dans un projet de chambre et pension.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.3 PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LES SERVICES OFFERTS, L'ACQUISITION D'IMMEUBLES, DE TECHNOLOGIES MÉDICALES ET INFORMATIONNELLES ET FAITS SAILLANTS

Plusieurs autres changements ont eu lieu au cours de l'année par rapport à l'infrastructure physique et technologique de l'hôpital. Ceux-ci comprennent :

REMPLACEMENT DU SYSTÈME DE CLOCHE D'APPEL

Un projet de remplacement du système de cloche d'appel a commencé au cours de l'exercice financier. Un des objectifs principaux de ce projet est d'améliorer la gestion de l'information des appels afin de rejoindre, sans tarder, le personnel approprié pour ainsi favoriser la priorisation des interventions. Le nouveau système sera opérationnel au début juin 2015.

PROJET DE DISTRIBUTION D'OXYGÈNE

Un projet de construction qui modifiera le système de distribution d'oxygène a également commencé durant l'année 2014-2015. Le système actuel demande beaucoup de manipulations de bouteilles qui pèsent plus de 50 livres et doivent être changées régulièrement. Ce nouveau projet prévoit l'installation d'un réservoir d'oxygène qui sera situé à l'extérieur de l'hôpital et alimentera directement notre système de distribution et éliminera le transport et la manipulation des bouteilles au sein de l'hôpital.

RÉNOVATION DE LA PHARMACIE ET DE SALLES DE MÉDICAMENTS

Deux projets de rénovation ont eu lieu durant l'année afin d'améliorer les pratiques sécuritaires pour la médication. Des rénovations importantes ont été apportées aux espaces occupés par le département de pharmacie et deux nouvelles salles de médicaments sur les unités de soins ont été créées. Ce nouvel environnement favorisera un entreposage sécuritaire des médicaments et des équipements connexes. De plus, les salles de médicaments contribueront grandement à améliorer une partie importante du processus de distribution spécifiquement dans le transfert des médicaments par la pharmacie aux chariots.

VIRTUALISATION DES POSTES DE TRAVAIL/VIRTUALISATION DES APPLICATIONS.

La virtualisation des postes de travail qui faisait partie des principales orientations du MSSS est une des grandes avancées des ressources informationnelles de l'Hôpital juif de réadaptation au cours de la dernière année financière. En résumé, la virtualisation des postes de travail consiste à permettre d'afficher ou d'exécuter, sur un ou plusieurs postes physiques, une image virtuelle du poste utilisateur qui est en fait réellement exécutée sur un serveur distant. À ce titre, nous avons mis à niveau près de la moitié de notre parc de postes de travail avec une combinaison de clients légers/postes de travail.

MIGRATION DES POSTES DE TRAVAIL WINDOWS XP VERS WINDOWS 7

À la suite du retrait du moratoire par le MSSS empêchant les établissements de déployer Windows 7, nous avons amorcé immédiatement le projet de migration des postes de travail vers un système d'exploitation, qui est en occurrence, Windows 7. Nous avons aujourd'hui près de 55 % du parc qui fonctionne sous Windows 7 et continuons ce projet afin que l'ensemble de notre parc soit sous Windows 7, d'ici le 31 décembre 2015.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.4 DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

ORGANISATION DES PROGRAMMES

L'Hôpital juif de réadaptation offre une grande diversité de programmations cliniques qui sont regroupées sous six programmes de réadaptation/adaptation et intégration sociale pour une clientèle avec déficience motrice, déficience langagière et une clientèle de santé physique. De plus, l'établissement offre les services pour la déficience sensorielle par le biais d'une entente de services supplétifs avec l'Institut Nazareth et Louis-Braille, l'Institut Raymond-Dewar et MAB-Mackay.

PROGRAMME DES AIDES TECHNIQUES

Ce programme regroupe trois sous-programmations cliniques :

A) Service des aides technique

Services interdisciplinaires d'évaluation, recommandations et attribution d'aides à la mobilité et à la locomotion tels que fauteuils roulants, poussettes, orthèses/prothèses, aide à la posture et chaussures orthétiques pour usagers avec déficience physique ou motrice.

B) Programme des aides à la communication

Services interdisciplinaires d'évaluation, recommandations et attribution d'aides à la communication orale et non orale, accès à l'ordinateur, téléphonie et contrôle de l'environnement pour usagers avec déficience motrice/intellectuelle ou un trouble du langage ou de la parole ayant une incapacité significative et persistante à communiquer de façon fonctionnelle ou à contrôler l'environnement.

C) Sous-programme de conduite automobile

Le sous-programme comporte un double mandat : le premier consiste à évaluer les habiletés de conduite de personnes présentant une déficience physique alors que le deuxième consiste à recommander des solutions afin qu'un véhicule puisse être adapté aux besoins de cette clientèle, qu'elle soit au volant ou passagère.

PROGRAMME ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

Ce programme offre des services à la population adulte nécessitant une réadaptation intensive pour des déficiences et des incapacités dues à un accident vasculaire cérébral (ou autres pathologies qui entraînent des déficiences similaires, telles que des hémorragies intracrâniennes).

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

Le programme de santé physique regroupe deux sous-programmes cliniques:

A) Sous-programme orthopédique

Ce sous-programme offre des services de haute qualité en réadaptation aux usagers présentant des incapacités fonctionnelles et physiques. Ces incapacités résultent d'un trouble musculo-squelettique et/ou en rhumatologie, d'une amputation d'un membre inférieur.

B) Sous-programme en pneumologie

Le sous-programme accueille en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et en externe, des adultes avec maladie obstructive chronique nécessitant de la réadaptation pulmonaire pour réduire la consommation d'oxygène et accroître l'autonomie aux habitudes de vie.

PROGRAMME MULTI-CLIENTÈLE

Ce programme regroupe quatre sous-programmes cliniques :

A) Ressources non institutionnelles en déficience physique (RNIDP)

Le sous-programme RNIDP offre un réseau d'hébergement dans la communauté, au sein de ressources de type familial et de ressources intermédiaires. Ces ressources se présentent sous différentes formes et sont en partenariat avec l'Hôpital.

B) Équipe régionale en intervention complexe (ÉRIC)

L'équipe régionale en intervention complexe a été conçue pour appuyer les équipes impliquées auprès de clients présentant un trouble grave du comportement associé à une déficience physique. Son mandat couvre l'ensemble du territoire lavallois, quel que soit le milieu de vie de la personne.

C) Sous-programme en neurologie

Le sous-programme accueille, en URFI et en externe, les adultes présentant une atteinte neurologique qui requiert de la réadaptation fonctionnelle intensive. Il y a deux types de clientèle, soit celle présentant une maladie à nature dégénérative (ex. : Parkinson, sclérose en plaques, dystrophie musculaire) ou celle avec une déficience physique secondaire à une maladie (ex. Guillain Barré). Pour la clientèle à nature dégénérative, le programme offre des services à la suite d'une détérioration nécessitant de la réadaptation pour atteindre le niveau fonctionnel antérieur. La réintégration socioprofessionnelle peut être adressée au sein du programme ou aux programmes spécialisés selon le besoin ou non du plateau technique.

D) Sous-programme de soutien à l'intégration

Ce sous-programme vise une clientèle adolescente / jeune adulte avec une déficience de naissance ou acquise pendant l'enfance. Les services visent l'intégration, socio communautaire, socio résidentielle et socioprofessionnelle du jeune portant sur son projet de vie.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PROGRAMME PÉDIATRIE

Le programme de pédiatrie est subdivisé en deux sous-programmes:

A) Sous-programme de la déficience du langage

Ce sous-programme est subdivisé en 3 volets. La grande majorité des activités de réadaptation est dédiée à la clientèle âgée entre 2 et 5 ans présentant des troubles primaires du langage. Pour les enfants à la prématernelle et la maternelle, l'HJR a une entente avec la commission scolaire pour intervenir dans les classes de langage. Le deuxième volet est dédié à une clientèle âgée entre 2 et 18 ans présentant un bégaiement. Finalement, le sous-programme en déficience du langage offre des services aux enfants âgés de 5 à 7 ans présentant un trouble primaire du langage avec une dyspraxie verbale.

B) Programme de déficience motrice

Ce sous-programme de pédiatrie accueille principalement les enfants présentant une déficience motrice cérébrale ainsi que les enfants présentant un retard global du développement avec une composante motrice primaire. De plus, les enfants atteints du syndrome de Down et nécessitant des interventions d'un physiothérapeute sont rencontrés en partenariat avec le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED).

PROGRAMMES SPÉCIALISÉS/TRAUMATOLOGIE

Le programme regroupe deux volets :

1. VOLET SPÉCIALISÉ

A) Programme d'évaluation, de développement et de l'intégration professionnelle

Ce sous-programme vise le retour au travail pour une clientèle externe ayant généralement une problématique musculo-squelettique. On peut aussi y retrouver d'autres types de clientèles (neurologiques, oncologiques et amputations) qui ont besoin d'interventions interdisciplinaires pour retourner au travail.

B) Programme d'adaptation à la douleur chronique

Ce sous-programme vise une clientèle présentant une douleur liée à une problématique physique sous-jacente, persistant au moins trois mois au-delà du délai normal de guérison. La personne doit présenter des incapacités significatives et persistantes et avoir un pronostic favorable pour apprendre à gérer activement sa douleur et son énergie dans les différentes activités quotidiennes.

C) Vestibulaire

Services de physiothérapie offerts aux clients ayant des étourdissements ou des problèmes d'équilibre découlant d'une déficience de l'oreille interne entraînant un impact sur les performances fonctionnelles de la vie quotidienne.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

2. VOLET TRAUMATOLOGIE

A) Traumatisme craniocérébral (TCC) modéré grave

Nous accueillons les usagers ayant subi un TCC modéré ou un TCC grave. Ces usagers peuvent également avoir de multiples fractures ou des blessures internes. Ces traumatismes sont le résultat d'un accident de voiture, de travail, d'une chute ou d'une agression. Les usagers hospitalisés ont un diagnostic de TCC modéré ou grave et dans des cas exceptionnels, de TCC léger complexe.

B) Traumatisme craniocérébral léger

Deux profils d'usagers, avec TCC léger, sont confiés à l'HJR. Premièrement, il y a ceux qui nécessitent un dépistage et une intervention précoce. Il y a aussi ceux qui présentent des difficultés persistantes secondaires au TCC léger qui nécessitent de la réadaptation.

C) Blessure orthopédique grave (BOG)

Les usagers BOG sont suivis en interne et à l'externe. Ces usagers ont des multiples blessures orthopédiques et/ou blessures internes résultant d'un accident de voiture, de travail ou d'une chute. Les usagers démontrent des problèmes fonctionnels importants et sont dans l'incapacité de retourner à domicile. Ils sont pris en charge par un ou plusieurs membres pendant plusieurs semaines. Les usagers peuvent également présenter un diagnostic de TCC léger.

D) Blessé médullaire (BM)

Les usagers BM reçoivent des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale sur une base externe.

E) Victimes de brûlures graves (VBG)

Les usagers VBG reçoivent des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale sur une base externe.

4

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015.

Orientation 2.2 - Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) En collaboration avec le CSSS de Laval et l'Agence.	Niveau de planification et d'implantation d'un modèle régional de suivi systématique des MPOC.	Modèle régional déterminé pour le 31 mars 2013.	L'HJR a participé aux travaux d'évaluation. Le rapport n'a jamais été déposé par l'Agence. Les travaux ont été suspendus depuis le printemps 2013.
			Plan d'opération établi pour le 31 mars 2013.	
			Modèle régional implanté pour le 31 mars 2015.	
	Cancer	Une offre de services révisée de façon à s'inscrire dans les continuums lavallois et montréalais de services intégrés en oncologie.	Offre de services révisée déposée pour le 31 mars 2013. Rattachement en continu de l'offre de services de l'HJR au programme régional de lutte contre le cancer.	L'HJR a fermé son programme spécifique de réadaptation oncologique. Il accueille la clientèle ayant une déficience physique secondaire à un cancer, au sein du programme neurologique ou orthopédique.
		Taux de participation au comité régional pour le programme de lutte contre le cancer.	100 % de participation.	

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015.

Orientation 2.2 - Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers
Axe d'intervention: Les personnes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou (PTH-PTG)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
	Mettre en place un suivi systématique en PTH-PTG pour la clientèle élective. En collaboration avec le CSSS de Laval et l'Agence.		Modèle régional déterminé pour le 31 mars 2013.	L'HJR offre maintenant que les services de thérapeute en réadaptation physique en mode ambulatoire.
			Plan d'opérationnalisation établi pour le 31 mars 2013.	
			Modèle régional implanté pour le 31 mars 2015.	

Orientation 2.2 - Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers
Axe d'intervention : Les personnes ayant une déficience et leur famille

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille.	Participer aux travaux régionaux entrepris au comité des gestionnaires d'accès pour favoriser la continuité des services et collaborer aux attentes prévues au Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC 2).	Taux de participation aux rencontres du comité.	100 % de participation pour chaque année.	Conforme
	Participer à la formation Régionale sur le plan de services individualisés (PSI).	Niveau de participation.	Participation maximale, selon le personnel concerné.	La formation n'a pas encore eu lieu. Révision du cadre de référence à venir avant formation à l'adulte.
	Augmentation du nombre de PSI réalisés.	Augmentation.	Augmentation de 10 % par année (dépendamment de la pertinence de recourir à cet outil).	Poursuite de l'engagement de l'HJR à réaliser les PSI lorsque la situation l'exige.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015.

Orientation 2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités
Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres).	Participer, sous l'égide de l'Agence, à l'élaboration d'une vision régionale en matière de hiérarchisation des services d'hébergement pour la clientèle en déficience physique.	Vision déterminée.	Rapport déposé. Échéancier selon l'Agence.	Travaux non initiés régionalement
	Contribuer aux travaux des comités de travail dans le cadre de la démarche régionale d'organisation hiérarchisée d'options résidentielles adaptées pour les cas multiproblématiques, complexes ou non.	État d'avancement des travaux.	Portrait de la clientèle établi. Offre de service hiérarchisée déterminée. Échéancier selon l'Agence.	Participation au comité régional qui a déposé ses recommandations à l'automne 2012
			Rapport sur le volume des usagers pouvant être considérés, comme des cas multiproblématiques Échéancier selon l'Agence.	Réalisé
	Développer de nouvelles places pour la clientèle nécessitant plus de 3 h de soins par jour.	Nombre de places développées.	10 nouvelles places d'ici le 31 mars 2013.	Ouverture de la Ressource Nova Vita en décembre 2015 (16 places).
	Développer l'offre de services du programme des ressources résidentielles en précisant : le mandat, les mécanismes d'accès et la collaboration attendue ainsi que les rôles et responsabilités des intervenants du programme des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et ressources alternatives.	Cadre de référence.	Cadre de référence élaboré en fonction des orientations régionales retenues, d'ici mars 2015.	Guide descriptif élaboré.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités
Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie *(suite)*

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
	Diffuser l'offre de service du programme des ressources résidentielles de proximité.	Système d'information efficace en place.	Feuillet descriptif des services d'hébergement réalisé pour mars 2015.	Réalisé
	S'assurer d'une bonne connaissance, par les instances concernées, de la gamme des ressources résidentielles en déficience physique, des mandats, modalités d'accès, de programmation et tout autre élément y afférent.		Plan de communication établi d'ici au 31 mars 2015.	Partenaires informés.
			Mise à jour continue du site web de l'HJR, portion RI-RTF.	Révision du site web à venir.

Orientation 3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables
Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les échéances établies : - Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours - Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation - Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an	Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les échéances établies par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.	Taux de respect des délais prévus.	Pour 2012-2013 : 90 % des demandes de priorité urgente et élevée sont traitées selon les échéances 75 % des demandes de priorité modérée sont traitées selon les délais. Pour 2013-2014-2015 : 90 % de toutes les demandes sont traitées selon les échéances.	Suivi périodique.
	Participer aux travaux prévus au PRAAC pour chacune des années couvertes par le présent plan stratégique.	Taux de participation aux réunions du comité régional des gestionnaires d'accès place.	100 % de participation, en continu.	Conforme

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Axe d'intervention :

Contrôle des infections nosocomiales

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieure ou égale aux seuils établis.	Maintenir la performance de l'HJR avec des taux d'infections nosocomiales inférieurs aux seuils établis.	Taux d'infections nosocomiales	En continu : Veiller à l'application rigoureuse des politiques et procédures à cet effet.	Données (C-diff) transmises à l'INSPQ. Taux inférieurs aux seuils. 2012-13: 12 cas, taux = 2,76/jour présence 2013-14: 11 cas, taux = 2,85/jour présence 2014-2015: 5 cas, taux = 1,5 /jour présence Les politiques et procédures sont appliquées et en cours de révision. 2013/2014: 12 sessions de formation PCI 2 séances d'hygiène des mains 2014/2015: 9 séances de formation PCI 8 séances d'hygiène des mains
			Poursuivre les activités de sensibilisation et de rappel (nombre).	
			Effectuer régulièrement la formation des nouveaux employés (nombre de formations).	

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention :

Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre à niveau local et régional de façon à établir et mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.	Mettre à jour le plan de main-d'œuvre.	Mise à jour du plan de main-d'œuvre.	Plan de main-d'œuvre mis à jour à chaque année.	Fait en septembre 2014.
	Participer au comité régional.	Taux de participation	100 % de participation.	HJR participe au comité et aux travaux régionaux.
	Assurer les effectifs requis à l'HJR.	Augmentation des effectifs, lorsque requis.	Effectifs augmentés en fonction des besoins.	Les postes sont pourvus dans les délais raisonnables.
	Viser l'augmentation des stagiaires en fonction des capacités d'accueil.	Augmentation du nombre de stagiaires.	Nombre de stagiaires augmenté.	La réduction de nombre de lits n'a pas permis d'augmenter le nombre de stagiaires et le fait d'avoir vécu une réduction dans les effectifs en soins infirmiers à mener à une réduction de nombre de stagiaires aux soins infirmiers. Malgré la réduction de nombre de stagiaires en soins infirmiers, le nombre de stages total a réduit de seulement 10 % et le nombre d'heures de stages a réduit de seulement 3 %.
	Assurer une bonne coordination des stages.	Poste de coordonnateur	Poste de coordonnateur maintenu	Maintenu
	Poursuivre la stratégie de main-d'œuvre.	Éléments de la stratégie réalisés.	Réalisation des activités de stratégie prévues au plan, pour chaque année	Il y a une stabilité dans tous les programmes cette année, sauf le programme de pédiatrie où l'attribution de sommes additionnelles pour agrandir le programme et notre offre de service, ainsi que l'allocation pour l'installation, a été approuvée par l'Agence. L'augmentation se poursuit.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée
Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Objectif régional	Objectif JHR	Indicateur	Cibles et	État d'avancement
5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.	Maintenir le taux de roulement du personnel au niveau de 2010-2011.	Taux de roulement du personnel.	Taux de roulement maintenu à 9,4 %.	2010-2011 = 9.40 % 2012-2013 = 9.21 % 2013-2014 = 13.50 % 2014-2015 = 13.80 % La hausse est due à la réorganisation de l'établissement.
	Assurer la formation du personnel à la révision de certains processus.	Formation effectuée.	Nombre de formations.	Différentes formations ont été offertes à nos gestionnaires dont : Habiletés de négociation, amélioration continue ainsi que l'accompagnement en gestion de soi.
	Réaliser la révision des processus identifiés : .Fonctionnement par programmes à la direction de la réadaptation.	Processus révisés.	Processus identifiés révisés pour le 31 mars 2014.	Réalisé
	.Administration des médicaments (SARDM - systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments).			Système unidose implanté. Formation donnée et préceptorat effectué des infirmières auxiliaires pour leur intégration à l'administration des médicaments. 2014-2015 : Implantation d'un processus de communication interquart intra disciplinaire structuré et standardisé. Implantation d'une tournée matinale (avant déjeuner) des patients structurée par l'équipe du personnel infirmier. Service des bénévoles (sous la Direction des soins infirmiers) : La coordination des bénévoles a été intégrée aux activités des récréologues (service des loisirs).
	.Révision de la structure et de l'organisation du travail du personnel infirmier (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, commis, coordonnateurs).			Structure, des effectifs en personnel infirmier, entièrement révisée sur les 2 unités de soins en fonction de la fermeture de lits et de nouvelles responsabilités en vigueur, dès le 1 ^{er} avril 2014 tel que : l'administration de médicaments par les infirmières auxiliaires, responsabilités des prélèvements sanguins et de cultures entièrement sous les soins infirmiers suite à la fermeture du service de laboratoire de HJR et des postes de technologues.
	.Réévaluation et réaffectation des tâches cléricales en soins infirmiers.			Tâches cléricales révisées en fonction de la fermeture du service de laboratoire de HJR et de la réduction du nombre d'heures de service de la réceptionniste de l'hôpital.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 5.1
Axe d'intervention :

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau (suite)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
	Terminer la révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail, et mettre en place les modifications requises pour l'analyse.	Processus révisés et modifications apportées.	Tous les processus révisés et toutes les modifications apportées pour le 31 mars 2015.	L'HJR analyse régulièrement différents processus. Processus en continu.
5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité clinique.	Maintenir le recours des heures supplémentaires en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,7 %.	% des heures supplémentaires.	Pour 2012-2013 : Maintien du % des heures supplémentaires en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,7 %. Pour 2013-2014 : Maintien du % des heures supplémentaires en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,6 %. Pour 2014-2015 : Maintien du % des heures supplémentaires en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,5 %.	Taux réalisés : 2012-2013 = 3.6 % 2013-2014 = 2.2 % 2014-2015 = 2.9 % 2012-2015 : Aucune heure supplémentaire obligatoire et aucune utilisation de main-d'œuvre indépendante de soins infirmiers.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes
Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type <i>Entreprise en santé</i> .	Procéder à l'analyse comparative des programmes reconnus visant l'amélioration du climat de travail et opter pour l'implantation d'un programme.	Analyse effectuée, programme déterminé.	Programme implanté d'ici 2015.	Décision prise en cours d'année de reporter cet objectif considérant le projet Loi 10.
	Travailler au renforcement de 4 sphères identifiées comme contribuant à l'amélioration du climat de travail et de la santé au travail Politique alimentaire.	Politique alimentaire Intégrée.	Finaliser l'implantation de la politique alimentaire en 2012-2013.	Implantation complétée à l'exception de certains produits cachères pour lesquels une recherche est en cours afin de les remplacer par des produits conformes. Remplacement des desserts (pâtisseries, muffins) commerciaux cachères, achetés par des produits faits sur place par notre cuisinier à partir de nouvelles recettes qui respectent la politique alimentaire tout en respectant les lois cachères. Repas des fêtes et BBQ d'été (activités de reconnaissance des employés) composés d'aliments santé promus et dont certaines recettes ont été mises à la disposition du personnel via l'Intranet.
	Activités physiques collectives et individuelles	Nombre d'activités collectives et de faciliter la mise en place pour les activités individuelles.	Augmentation continue des nouvelles activités et installations.	Le personnel a accès à des plateaux techniques d'entraînement et des professionnels du sport.
	Prévention du cancer et des maladies chroniques.	Nombre de séances et d'activités de prévention.	Maintien ou augmentation du nombre de séances.	Différents programmes d'information et de prévention sont actifs.
	Environnement physique	Ajouts et améliorations apportées.	Augmentation des ajouts et améliorations.	Les ajouts et les améliorations planifiés ont été réalisés.
	Diminuer le ratio en ce qui concerne l'assurance salaire par rapport aux heures travaillées	Ratio prévu respecté.	Pour 2012-2013 : 3,60 2013-2014 : 4,99 2014-2015 : 4,99	Taux de 4,98 % pour l'année.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes
Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail (*suite*)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail	Mettre en œuvre le programme de préceptorat pour les infirmières et les infirmières auxiliaires.	Programme offert.	Programme consolidé et renforcé d'ici 2015.	En place – budget accordé par l'Agence utilisé. 2014-2015 : En place et budget de l'ASSSL, a été utilisé. De nouvelles préceptrices infirmières et infirmières auxiliaires ont été formées.
	Élaborer un plan d'activités pour le sous-comité Jeunesse du Conseil des infirmières.	Plan d'action élaboré et mis en œuvre.	Développement du plan d'action à partir de 2013.	À revoir en 2014-2015 puisque les activités du CII se sont concentrées sur la révision de la structure et de l'organisation du travail reliée à la fermeture de lits qui a provoqué entre autres l'abolition de poste infirmières. 2014-2015 : Besoin d'un comité Jeunesse remis en question étant donné le nombre minimal de nouveaux employés. Toutefois, les jeunes infirmières et infirmières auxiliaires sont sollicitées pour leur participation au CECII et au « comité du syndicat », le mandat de ce dernier étant l'organisation des soins).
	Mettre sur pied un comité des préposés avec un fonctionnement similaire à celui du comité des infirmières.	Comité créé.	Comité sur pied en 2012 : Développement des activités en continu.	Comité actif.
	Poursuivre le programme d'accueil et d'adaptation des nouveaux employés à la direction de la réadaptation.	Programme en place.	Nombre de réunions du comité chaque année Objectifs déterminés en 2012-2013. Mode de fonctionnement établi en 2012-2013.	Réalisé. Coordination de l'accueil formalisée.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux
Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
6.1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation des ressources génératrices de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux.	Mettre en place des projets de gestion de la présence au travail.	Projets mis en place.	Mise en œuvre d'au moins un projet d'ici 2015.	Évaluation de la qualité de la gestion et du suivi des dossiers d'assurance salaire réalisé par l'AQESSS dans le cadre du programme de développement de l'expertise sur la gestion du régime d'assurance salaire.
	Planifier des activités De formation et participation à des activités de formation régionales, en fonction des orientations ministérielles et des priorités régionales.	Nombre d'activités de formation offertes : 5	Nombre d'activités et de participants : .13 gestionnaires .20 employés	Ces formations ont été offertes à nos gestionnaires: Le cadre de performance en soins infirmiers, Formation exercer mon "leadership" et mobiliser mon équipe ainsi que la formation civilité.
		Niveau de participation aux activités régionales.	Participation substantielle.	Ces formations ont été offertes à nos employés : OEMC et ISO-SMAF.
	Mettre en place, en continu, les initiatives régionales d'optimisation des ressources retenues par le comité régional d'optimisation.	Niveau de réalisation	Mise en place à 100 % des initiatives régionales pertinentes.	Participation au comité. Identification d'une personne responsable du suivi pour HJR qui siège également à la table régionale de performance.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux
Axe d'intervention : Suivi et rétroaction de la performance (suite)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
6.1.5 Assurer la pérennité des projets d'organisation du travail implanté.	Maintenir et renforcer le projet réussi d'intégration des thérapeutes en réadaptation physique (TRP) dans les équipes de réadaptation.	Nombre de TRP dans les équipes.	Augmentation en continu, selon les besoins.	Les TRP sont maintenant impliqués dans un programme de maintien auprès des usagers en attente d'hébergement et auprès de la clientèle orthopédique.
Réduire le montant total des investissements par le partage d'un service de courrier électronique. Permettre de régler plusieurs problématiques. Permettre une normalisation assurant la performance, la disponibilité, l'accessibilité, la relève et la continuité des services.	Actualiser le scénario retenu par le ministère.	En planification en collaboration avec la direction des ressources informationnelles Laval Laurentides Lanaudière (DRI LLL). Décision arrêtée sur la solution ainsi que l'infrastructure à déployer.	Le MSSS a choisi d'aller de l'avant avec une version améliorée de Lotus Notes. Le ministère a opté pour la migration vers Lotus 9.0.1. Le calendrier de déploiement devrait suivre d'ici cet automne.	Travaux internes débutés. En attente de l'enveloppe budgétaire interétablissement (3L) pour la suite des choses. En attente d'un plan de déploiement de la DRI LLL dans le cadre du regroupement des ressources informationnelles et des opportunités de mise en commun afin de réduire les coûts.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Orientation 6.1.2b Axe d'intervention : Regroupement des achats Courrier électronique

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
-Réduire le montant total des investissements par le partage d'un service de courrier électronique. -Permettre de régler plusieurs problématiques. -Permettre une normalisation assurant la performance, la disponibilité, l'accessibilité, la relève et la continuité des services.	Actualiser le scénario retenu par le Ministère.	Contrats regroupés (Téléphonie cellulaire & locale).	En attente du choix effectué pour procéder à l'actualisation. Le ministère a opté pour la migration vers Lotus 8.5.	Travaux internes débutés. En attente du plan de projet d'implantation de l'Agence de Laval (nouveau système courriel). En attente d'un plan de déploiement du MSSS et de l'Agence.

Axe d'intervention : Cellulaire (voix et données)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et	État d'avancement
Réduire le montant total des investissements par le recours aux appels d'offres regroupés. Arrimer les devis techniques avec les normes ministérielles en matière de télécommunications.	Planifier le renouvellement des contrats et préparer une transition. (Vérifier les conditions d'un regroupement avec Sigma Santé à Montréal.)	Contrats regroupés (Téléphonie cellulaire & locale).	Contrats regroupés s'il y a pertinence, d'ici 2015. <i>Note : La téléphonie cellulaire à l'HJR est d'envergure restreinte (17).</i>	La téléphonie cellulaire & locale a été regroupée suite à un appel d'offres commun organisé par la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) dont le fournisseur retenu étant Bell Canada.

Orientation 6.2.2 Axe d'intervention : Énergie

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et	État d'avancement
Mesurer l'impact annuel des investissements déjà réalisés. Réaliser de nouveaux projets.	Finaliser la mise en place du projet Écosystème (projet de géothermie) visant à réduire la consommation d'énergie de 30 % et de l'émission de gaz carbonique de 447 tonnes.	Économie réalisée.	Système mis en place en 2012-2013.	Construction terminée. Période de suivi des économies en cours.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL 2012-2015

Axe d'intervention : Téléphonie IP

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et	État d'avancement
Augmenter la productivité des intervenants dans l'usage des solutions informatiques.	Remplacer le système en place (très précaire, et en fin de vie utile) par un nouveau système selon les recommandations nationales et régionales.	En cours de planification / à prioriser selon le contexte CISSS de Laval.	Dois débuter d'ici la fin de 2015.	Budget, approuvé par l'Agence de Laval et le CSSS de LAVAL, a été désigné fiduciaire de l'argent accordé par chacun des établissements de la région de Laval. Étant donné le contexte régionalisé, ce projet deviendra une prioritaire et les travaux devraient débuter en 2015 . L'échéancier réel est à venir selon la priorisation du CISSS DE LAVAL.
	Participer aux ateliers de travail régionaux et à l'analyse de mise en commun des technologies.	Niveau de participation.	100 % de participation.	Participation aux sessions de travail régionales ayant pour but de finaliser un plan de travail financier et opérationnel. Cette partie est complétée.

Orientation 6.6.1 Accès aux services spécialisés
Axe d'intervention : Secteur imagerie

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et	État d'avancement
Atteindre la capacité maximale de production des plateaux techniques offerts dans le secteur public. Assurer une optimisation de la prise en charge de la clientèle à coûts constants.	Élaborer un rapport sur l'analyse des besoins régionaux, l'identification des obstacles et des solutions permettant d'optimiser l'utilisation du plateau technique de l'HJR.	Rapport déposé à l'Agence.	Production du rapport pour le 31 mars 2013.	Complété. La diminution des heures d'ouverture du département d'imagerie médicale permet d'obtenir une capacité de production plus optimale.
	Contribuer au plan d'action régional pour l'atteinte des cibles.		Actualisation des éléments du plan d'action sous la responsabilité de l'HJR.	Atteint. Délai moyen d'attente pour examens électifs à l'HJR : < 72 heures.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

1. ENTENTE DE GESTION

A. INDICATEURS GESTRED

Usagers desservis en déficience motrice et déficience du langage.

Nombre d'usagers	2012-13	2013-14	2014-15
Déficience motrice	1563	1640	1572
Déficience langage	497	625	665
	2030	2265	2237

Usagers desservis toute déficience par établissement.

Nombre d'usagers	2012-13	2013-14	2014-15
HJR	2030	2265	2237
IRD	655	643	683
INLB		692	742
MAB-Mackay		179	161

Heures de prestation de services en déficience physique.

HPS	2012-13	2013-14	2014-15
Déficience motrice	110 731	111 407	111 394
Déficience langage	12 733	14 272	15 492
	123 464	125 679	126 886

B. PLAN D'ACCÈS

Standard d'accès comparatif - 31 mars 2014 versus 31 mars 2015

	<u>Demandes reçues</u>		<u>Demande traitées</u>		<u>Demande en attente</u>		<u>Taux de respect des délais</u>	
	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
DM élevé	781	715	753	674	28	41	99%	97%
DM modéré	478	552	355	399	123	153	94%	96%
DL élevé	349	292	285	264	64	28	65%	74%
DL modéré	37	49	24	18	13	31	54%	88%
Total	1645	1608	1417	1355	228	253	90%	92%

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

2. CONSOMMATION DES SERVICES

VOLUMÉTRIE – PROGRAMMES HOSPITALIERS

	Nombres d'utilisateurs 2013-14	DMS 2013-14	Nombres d'utilisateurs 2014-15	DMS 2014-15
Programme AVC				
Accident vasculaire cérébral	215	52.67	177	53.44
Programme Multi				
Conditions neurologiques	68	60.64	83	42.33
Programme Trauma				
TCC et BOG	79	64.37	70	72.44
Programme Santé physique				
Orthopédie	412	36.22	396	34.96
Amputation	23	85.37	21	78.37
Réadaptation pulmonaire	78	29.97	69	29.51
Gériatrie	72	46.81	5	44.80
Répét	10	14.60	7	13.86
Total	983	44.88	898	43.02

Nombre d'utilisateurs : Est égal au nombre d'utilisateurs admis pour l'année de référence, plus le nombre d'utilisateurs présents au 1^{er} avril de cette année.

DMS : calculée sur l'ensemble des départs pour l'année de référence.

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET, POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

2. CONSOMMATION DES SERVICES (suite)

VOLUMÉTRIE – PROGRAMMES AMBULATOIRES

Programme AVC	381	399	378
Programme Santé physique			
Musculosquelettique (MSK)	1258	1288	1358
Amputés	37	36	35
Rhumatologie	38	29	28
Pneumologie	192	199	176
Programme aide technique			
Aide à la communication	28	43	39
Conduite automobile	161	177	150
Programme Trauma			
Blessure orthopédique grave	71	52	48
Traumatisme cranio-cérébral	147	144	138
Blessure médullaire	26	26	22
Victime de brûlures graves		2	2
Programme Pédiatrie			
Langage	624	735	744
Moteur	241	282	311
Programme Multiclientèle			
ERIC	18	23	23
RNI	54	64	80
Soutien à l'intégration (SINT)		40	26
Neurologie	202	231	224
Programmes spécialisés			
PÉDIP	110	91	108
Padoc	107	94	96
Vestibulaire	103	123	98

2012-13 2013-14 2014-15

VOLUMÉTRIE – SERVICES DES AIDES TECHNIQUES

	2012-13	2013-14	2014-15
Attribution fauteuil roulant neuf	460 (77 %)	470 (65 %)	410 (60 %)
Attribution fauteuil roulant valorisé	231 (33 %)	246 (35 %)	277 (40 %)
Attribution d'orthèse	618	628	618
Demandes de services	6751	6601	6937

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET, POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

3. ENSEIGNEMENT & STAGES

Discipline	# Étudiants	# Heures de stage	# Équivalent de jours complétés de stages
Ergothérapie	13	3094	442
Physiothérapie	19	4795	685
Orthophonie	7	1078	154
Techniques en éducation spécialisée	4	749	107
Infirmières (MSc)	5	560	80
Infirmières (BScN)	17	2278	325
Infirmières (DEC)	55	4964	709
Infirmières auxiliaires	49	5220	746
Préposés aux bénéficiaires	9	825	118
Diététique et nutrition	14	2436	348
"Counseling" en soins spéciaux	2	358	51
Service social	1	36	5
Kinésiologie	2	240	34
Techniques en réadaptation physique	21	1802	257
Inhalothérapie	21	147	21
Technique orthèse / prothèse	1	175	25
Médecine	2	126	28
Informatique	1	175	25
Total	243	29058	4160

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET, POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

➡ Direction générale : Planification, performance et qualité

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Commentaires - Le registre local sur les accidents et incidents lors de la prestation de services de la santé et de services sociaux (GESRISK) est toujours maintenu. Toutes les déclarations complétées s'y retrouvent et les délais pour effectuer l'entrée de données sont respectés. Ce registre permet même d'offrir un accompagnement personnalisé pour ceux qui en ressentent le besoin. Le registre local alimente ensuite le registre national. - Un plan d'action pour répondre aux recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) pour les chutes et les erreurs de médication a été développée et leur réalisation a débuté.		
Nom : Linda Gloutney		Date : 14 mai 2015

➡ Direction générale: Service de santé et médecine universitaire

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	Plans d'action locaux et régionaux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Commentaires - L'HJR participe aux travaux du comité directeur et au comité de réadaptation. - En 2014-2015, le comité directeur s'est penché principalement sur la préparation de la visite de l'équipe du MSSS effectuée en avril 2015.		
Nom : Marie-Claude Beaulieu		Date : 14 mai 2015

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET, POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

➡ Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an		
Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	NA	90	NA
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	89,5 %	90	91 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	91,4 %	90	96 %
Commentaires			
La pédiatrie demeure le secteur dont l'attente des cibles est problématique malgré l'amélioration des résultats comparativement en 2013-2014 : Déficience physique < 6 ans : · 2013-2014 – 69 % · 2014-2015 – 74 %			
Nom : Marie-Claude Beaulieu		Date : 14 mai 2015	

➡ Axe d'intervention: Urgences

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif		
Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	ND	Collaboration attendue	Réalisé
Commentaires			
• L'HJR travaille activement à réduire les durées moyennes de séjour afin de maintenir un accès rapide aux lits de réadaptation. · DMS 2013-2014 : 44,88 jours · DMS 2014-2015 : 43,02 jours • L'HJR participe aux rencontres sur la gestion du flux des patients du CSSS de Laval			
Nom : Marie-Claude Beaulieu		Date : 14 mai 2015	

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET, POUR LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS, DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.2 RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ OU D'UN AUTRE DOCUMENT

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

➡ Axe d'intervention: Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail		
Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	100	100
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	100	100
Commentaires			
- Le programme de planification des effectifs a été réalisé en septembre 2014. - Une révision des processus de soins et de services et une réorganisation du travail a eu lieu en 2013-2014 et en 2014-2015.			
Nom : François Lavigne	Date : 14 mai 2015		

➡ Axe d'intervention: Rétention et mieux-être au travail

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail		
Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	100	Réalisé
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,98	4,99	4,88
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	100	Réalisé
Commentaires			
3.14 : L'HJR est agréée par Agrément Canada. Notre prochaine visite d'agrément est en septembre 2015. 3.01 : Le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées est à l'intérieur de la cible. 3.10 : Un programme de soutien à la pratique infirmière et infirmière auxiliaire via le préceptorat est en place à l'HJR. En 2014-15, 10 infirmières auxiliaires ayant moins de 2 ans d'expérience ont bénéficié de ce programme. Une infirmière auxiliaire a agi à titre de précepteur pour l'ensemble de ces infirmières auxiliaires pour un total de 761,25 heures de préceptorat offertes.			

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

GESTION DES EFFECTIFS

Pour la période de janvier à mars 2015, l'HJR a respecté la cible d'effectifs, fixée par le ministère. Le nombre total d'heures rémunérées étant inférieur à la période de janvier à mars 2014.

Considérant les résultats par catégorie d'emploi, L'HJR a répondu à la cible pour 5 des 6 catégories, la seule exception étant la catégorie 1 pour le personnel d'encadrement. Cette différence peut être expliquée par l'embauche d'un nouveau directeur général, le 12 mai 2014, et d'un chef du service informatique, le 15 mars 2015. Auparavant, ces deux postes étaient pourvus par des personnes contractuelles, dont un directeur général intérimaire qui était en place temporairement. Compte tenu de la nature contractuelle de leur emploi, les ETCs n'ont pas été imputés dans les données de janvier 2014 à mars 2014.

		Total de janvier à mars				
		Travailleés	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre Individus
11097029 - Hôpital juif de réadaptation	2014	190 566	1 035	191 601	384	456
	2015	180 482	2 331	182 813	364	417
	Variation	(5,3 %)	125,2 %	(4,6 %)	(5,3 %)	(8,6 %)
1 - Personnel d'encadrement	2014	11 448	129	11 577	23	25
	2015	12 468	161	12 630	25	25
	Variation	8,9 %	24,8 %	9,1 %	8,1 %	0,0 %
2 - Personnel professionnel	2014	64 612	42	64 654	134	161
	2015	64 341	44	64 385	133	154
	Variation	(0,4 %)	3,6 %	(0,4 %)	(0,6 %)	(4,3 %)
3 - Personnel infirmier	2014	37 172	493	37 665	73	89
	2015	28 301	1 120	29 421	56	68
	Variation	(23,9 %)	127,3 %	(21,9 %)	(23,2 %)	(23,6 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	56 033	178	56 211	114	134
	2015	54 662	736	55 398	111	125
	Variation	(2,4 %)	314,6 %	(1,4 %)	(2,6 %)	(6,7 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	21 301	194	21 494	40	47
	2015	20 710	270	20 980	39	44
	Variation	(2,8 %)	39,5 %	(2,4 %)	(3,7 %)	(6,4 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014					
	2015					
	Variation					

CONTRATS DE SERVICE, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} JANVIER 2015 ET LE 31 MARS 2015.

CONTRATS DE SERVICE	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	0	0
Total de contrats de service	0	0

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

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

4.4 LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU SUJET DE L'AGRÉMENT

L'HJR est agréé par Agrément Canada pour la période de 2012 à 2015. Notre dernière visite d'agrément a eu lieu en septembre 2012. Les dates de notre prochaine visite sont les 28, 29 et 30 septembre et le 1^{er} octobre 2015.

4.5 LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU SUJET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

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

Le registre local sur les accidents et incidents lors de la prestation de services de la santé et de services sociaux (GESRISK) est toujours maintenu. Toutes les déclarations complétées s'y retrouvent et les délais pour effectuer l'entrée de données sont respectés.

Une formation avec le personnel infirmier de l'établissement a eu lieu en mars, avril et mai 2014 afin de revoir le processus pour remplir le formulaire AH223. Cette revue faisait état sur l'obligation de divulgation ainsi que les procédures qui y sont associées.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Les politiques et procédures révisées ont été déployées en juin 2014. Des séances de formation ont été organisées pour le personnel pour veiller à ce que lesdites politiques et procédures aient été bien comprises et intégrées dans la pratique.

Il y a une surveillance de façon continue sur l'utilisation des mesures de contention ainsi que les mesures alternatives. Cette information est incluse dans le tableau de bord à la surveillance de risques.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

L'HJR n'a reçu aucune recommandation du coroner en 2014-2015.

4.6 LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU SUJET DE L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le questionnaire à l'égard de la satisfaction est un instrument utilisé pour recueillir des informations auprès de nos clients sur leurs perceptions de la qualité des soins fournis. En 2014-2015, tous les questionnaires utilisés à l'Hôpital juif de réadaptation ont été révisés pour tenir compte de l'organisation actuelle des soins et des services. Cette révision a été l'occasion d'examiner les thèmes abordés dans le questionnaire et à promouvoir une plus grande continuité parmi les différents questionnaires.

Principaux constats et bilan

Au cours de l'année, le commissaire a exercé ses pouvoirs de règlements de plaintes, d'interventions, d'assistance et de consultations pour traiter les objets de plaintes. L'hôpital a traité environ 828 patients à l'interne durant l'année dont 37 individus ont enregistré 52 motifs de plaintes, d'interventions, d'assistances et de consultations par le biais de la procédure du traitement des plaintes, reflétant une moyenne de 6,3 motifs d'insatisfaction par 100 patients hospitalisés.

4.6 LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU SUJET DE L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Suite

L'hôpital a de plus, traité 3 500 patients en consultation externe durant cette période dont 10 individus ont enregistré 15 situations de plainte, d'intervention, d'assistance et de consultation reflétant une moyenne approximative de 0,429 motif de souci par 100 patients ambulatoires.

PLAINTES				INTERVENTIONS				ASSISTANCES				CONSULTATIONS			
2013-14		2014-15		2013-14		2014-15		2013-14		2014-15		2013-14		2014-15	
# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs
24	34	27	44	12	13	15	18	11	18	1	1	5	5	4	4
TOTAL DES DOSSIERS				2013-14				2014-15							
				dossiers	motifs	recommandations		dossiers	motifs	recommandations					
				52	70	13		47	67	13					

Pendant cette période, il n'y avait que des plaintes administratives envers les médecins, donc aucun dossier transféré au médecin-examineur de l'hôpital. Il y avait un appel interjeté devant le Protecteur du citoyen du Québec qui a été rapidement retiré quand un règlement satisfaisant de la plainte a été proposé par le personnel de l'hôpital en collaboration avec le commissaire aux plaintes.

Il y avait un nombre élevé de plaintes dans le domaine de la pédiatrie et de déficience de la langue en raison de la demande accrue et un manque de ressources financières et professionnelles. L'hôpital a été en mesure d'obtenir un financement supplémentaire pour ce programme et est à la recherche de ressources afin de desservir la demande dans la nouvelle année.

Les autres plaintes varient largement quant au motif. Aucune problématique unique de plainte indiquant un problème en particulier. Ceci démontre l'efficacité de la direction de l'hôpital à gérer la satisfaction des patients et l'amélioration continue de la qualité à travers ses divers mécanismes. Ces derniers incluent la procédure du traitement des plaintes, les questionnaires de satisfaction des patients ainsi que les structures internes et celles du Conseil, tels que le comité de vigilance, le comité des usagers et le comité de la gestion de risque et de l'amélioration continue de la qualité. La collecte, la consolidation et l'intégration des données provenant de ces mécanismes et l'identification de zones à améliorer par des actions spécifiques qui s'ensuit, ainsi que la surveillance et l'efficacité de ces actions assurent que des améliorations sont apportées aux secteurs ciblés évitant ainsi des insatisfactions.

5

LES COMITÉS ET CONSEILS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres du conseil d'administration de l'HJR

Howard Berish	- Président élu par la population
Alvin Shrier	- Vice-président, membre coopté
Gary Stoopler,	- Secrétaire, directeur général de l'HJR
Thérèse Beaudin	- Membre issu des organismes communautaires
Alana Beaulieu	- Membre nommé par le comité des usagers
Ralph Bienstock	- Membre nommé par le comité des usagers
Dre Lesley Breitner	- Membre désigné par l'ASSSL
Louise Courteau	- Membre élu par la population
Michael Feil	- Membre coopté
Mark Fleisher	- Membre nommé par le Fondation de l'HJR
Marvin Garellek	- Membre coopté
Marilyn Kaplow	- Membre coopté
Gloda Kligman	- Membre élu par le conseil des infirmiers et infirmières
Andrew MacMartin	- Membre coopté
Docteure Gracy Mimran	- Membre élu par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Connie Piccoli	- Membre élu par le personnel non clinique
Kimberley Singerman	- Membre élu par le conseil multidisciplinaire
Sylvain Villiard	- Membre désigné par l'ASSSL

5.2 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Docteur Allen Steverman	- Président
Docteur Luc Trudeau	- Directeur des services professionnels par intérim
Docteure Mylène Arsenault	- Médecin
Maryse Argouin	- Pharmacienne
Gary Stoopler	- Directeur général, membre d'office

BILAN DES ACTIVITÉS DU CMDP :

Les principales réalisations du CMDP pour l'année 2014-2015 sont :

- Tenue de multiples comités : 1 assemblée générale, 3 comités exécutifs, 2 comités des titres, 1 comité de pharmacologie et 1 comité de morbidité/mortalité (comité d'évaluation de l'acte médical);
- Revue et mise à jour du statut et privilèges de tous les membres du CMDP avec renouvellement à date fixe et pour deux ans;
- Participation à l'élaboration d'une nouvelle grille de niveau d'intervention (niveau de soins);
- Revue et implantation des exigences du CMQ en matière de tenue de dossier pour la feuille sommaire et le résumé de dossier;
- Entente de service avec le service de radiologie de l'Hôpital Cité-de-la-Santé pour une lecture à distance et le même jour de nos demandes urgentes d'examen radiologique;
- Entente de service entre notre bibliothèque et la bibliothèque de l'Hôpital Cité-de-la-Santé pour un partage de documents (revues scientifiques);
- Continuité assurée de la couverture médicale (garde) la nuit;
- Revue des exigences d'Agrément Canada en vue de la visite de septembre 2015.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

5.3 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Odette Sorenti	- Présidente
Sandra Zingboim	- Vice-présidente
Claudia Conte	- Secrétaire
Bouchra Skali	- Conseillère
Samantha Naylor	- Présidente, comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
Marie-Ève Héroux-Charbonneau	- Vice-présidente CIIA
Michelle Nadon	- Directrice des soins infirmiers, membre d'office
Gary Stoopler	- Directeur général, membre d'office

BILAN DES ACTIVITÉS DU CII:

Le Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) de l'Hôpital juif de réadaptation a tenu sept rencontres au cours de l'année 2014-2015. Aucune assemblée générale n'a été tenue. Par ailleurs, les membres du CECII ont régulièrement consulté leurs collègues infirmières et infirmières auxiliaires pour obtenir leurs commentaires et idées concernant les points discutés au cours de l'année. Il n'y a pas eu d'élections étant donné qu'aucune candidature n'a été soumise.

Les effets de la fermeture de l'unité de soins au 2^e ouest se sont faits sentir tout au long de cette année. Plusieurs des sujets traités lors des rencontres du CECII ont porté sur les changements de structure du personnel infirmier et de la réorganisation du travail qui en découle en réponse à la fermeture de cette unité le 1^{er} avril 2014. Les membres du CECII ont été consultés lors de la mise à jour des descriptions d'emploi des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés en réponse à la réorganisation du travail et aux nouvelles responsabilités des infirmières auxiliaires concernant l'administration de la médication.

Parmi les pratiques améliorées se trouve l'implantation, d'une communication interquart intra disciplinaire, structuré. Les résultats de l'évaluation de cette implantation faite par le biais d'un sondage, pré et post, implantation auprès du personnel infirmier, ont été diffusés auprès du CECII. Le CECII a pu constater les aspects améliorés, entre autres, la désignation de salles attitrée et d'un temps protégé pour la communication, et ce qui reste à améliorer.

De nouvelles salles de médication ont été aménagées sur les unités de soins répondant à plusieurs des besoins soulignés par les membres du CECII afin d'assurer la sécurité et l'efficacité des tâches effectuées dans cette salle.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

5.3 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Le CECII a aussi assuré sa représentation au sein des comités de gestion des risques, de prévention et contrôles des infections et du circuit du médicament (MUPIT- Medication Use and Process Intervention Team). Par ailleurs, le CECII a pris connaissance de la compilation des rapports d'incidents et d'accidents et des résultats des questionnaires de satisfaction des patients.

Les enjeux et les défis seront différents, mais soutenus dans les années à venir. Avec la formation du nouveau Centre intégré des services sociaux et de santé de Laval (CISSSL), un nouveau CII et CIIA du CISSS de Laval seront formés. Le CECII souhaite ardemment l'implication du personnel infirmier de l'HJR au sein du futur CECII du CISSSL.

5.4 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Franca Coscia	- Présidente et physiothérapeute
Josée Maltais	- Vice-présidente et travailleuse sociale
Sylvain Miljours	- Secrétaire et psychologue
Chantal Denis	- Membre exécutif - Kinésiologie
Ada Pagnotta	- Membre exécutif et ergothérapeute
Marie-Claude Beaulieu	- Directrice des programmes et services de réadaptation et membre d'office
Linda Gloutney	- Directrice adjointe des programmes et services de réadaptation, membre d'office
Gary Stoopler	- Directeur général, membre d'office

Le CECM s'est réuni à neuf reprises au cours de l'année 2014-2015 et à trois reprises le conseil a rencontré l'employeur pour adresser les points suivants:

- Recommandations sur la nouvelle politique et procédure concernant les conflits potentiels face aux employés qui pratiquent au privé ;
- Recommandations sur le délai de production des rapports initiaux des professionnels;
- Recommandations sur la politique de contribution des professionnels à participer à l'enseignement des stagiaires.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

5.4 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Les autres activités au cours de l'année :

- Suite à une rencontre du Commission multidisciplinaire régional de Laval, le CECM a participé au processus de consultation du plan d'action régional en traumatologie 2015-2018;
- Le CECM a poursuivi un processus de consultation quant à l'application de Loi 21 sur les actes réservés des ergothérapeutes vs les éducateurs spécialisés. Dans cette optique, le CECM a consulté les ordres professionnels et autres milieux hospitalisés;
- Le CECM a fait des recommandations face aux changements en lien avec le projet de loi 10;
- Le comité a aussi proposé une formation, concernant la gestion des risques psychosociaux, intitulée « Évaluation et gestion préventive des risques psychosociaux : modèle d'appui à la formulation de l'opinion professionnelle. »;
- Les membres du CECM ont participé à différents comités et colloques tant à l'extérieur qu'au sein de l'HJR incluant :
 - Le conseil d'administration de l'HJR (Kim Singerman);
 - La Commission multidisciplinaire régionale de Laval (Franca Coscia);
 - Le comité de la gestion des risques et de l'amélioration de la qualité des soins (Franca Coscia).
- Le CECM rencontre les nouveaux employés afin de leur expliciter le fonctionnement du CM;
- Le CM est membre actif de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) et se tient à jour, fait les suivis et les recommandations données par l'ACMQ.

5.5 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Membres du comité :

Sylvain Villiard	- Président
Howard Berish	- Vice-président
Mickey Guttman	- Membre
Michael Feil	- Membre
Gary Stoopler	- Directeur général, membre d'office
Connie Piccoli	- Directrice intérimaire des finances, membre d'office

BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ:

- Examen périodique des résultats financiers et rapportés au conseil d'administration;
- Analyse et recommandations, au conseil d'administration, des rapports AS-471, R-446 et R-444 et des plans triennaux du maintien des actifs des équipements et de l'immobilier;
- Analyse du rapport du vérificateur;
- Révision des processus concernant l'approvisionnement.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

5.6 COMITÉ DES USAGERS

Membres du comité :

Ralph Bienstock	- Président
Alana Beaulieu	- Administratrice
Irwin Tauben	- Administrateur
Mickey Guttman	- Administrateur
Susan Arabian	- Administrateur
Fu Yu, usager	- Administratrice
Gary Stoopler	- Directeur général, membre d'office
Michael Greenberg	- Commissaire aux plaintes, membre d'office
Linda Gloutney	- Directrice adjointe des programmes et services de réadaptation, membre d'office
Michelle Nadon	- Directrice des soins infirmiers, membre d'office

BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ :

Le comité a examiné de nouvelles façons de capturer l'expérience du patient et d'évaluer leur niveau de satisfaction ainsi que de nouvelles initiatives visant à informer les utilisateurs de l'existence et le rôle du Comité. Le comité a aussi revu le sommaire du rapport portant sur la satisfaction des usagers pour 2014-2015.

Les membres du comité ont été invités à siéger sur divers comités de l'hôpital tels que le comité d'éthique, le comité sur l'expérience de l'utilisateur et le comité sur la gestion des risques.

Une nouvelle édition du *Guide d'accueil interne* a été publiée cette année. À cet effet, les membres du comité ont revu ledit guide et ultérieurement approuvé le contenu. L'ajout d'un formulaire pour solliciter la participation active des usagers a été ajouté au guide.

Madame Alana Beaulieu a été élue présidente du comité, en remplacement de Ralph Bienstock.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

5.7 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

MEMBRES DU COMITÉ :

Ralph Bienstock	- Président issu du comité des usagers
Louise Courteau	- Administratrice, population issue du comité des usagers
Thérèse Beaudin	- Administratrice cooptée, issue des organismes communautaires
Gary Stoopler	- Directeur général, membre d'office
Michael Greenberg	- Commissaire aux plaintes, membre d'office
Linda Gloutney	- Directrice adjointe des programmes et services de réadaptation, membre d'office

Le comité de vigilance s'est réuni cinq fois au cours de l'année afin de réviser en profondeur chacune des plaintes, interventions, assistance et consultations menées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que les recommandations qui ont été déposées. Le Conseil d'administration est informé des activités du comité après chacune des rencontres.

Le comité a noté qu'il y avait un nombre élevé de plaintes dans le domaine de la pédiatrie et de déficience de la langue en raison de la demande accrue et d'un manque de ressources financières et professionnelles. L'hôpital a été en mesure d'obtenir un financement supplémentaire pour ce programme et est à la recherche des ressources afin de desservir la demande dans la nouvelle année. Les autres plaintes varient largement quant à leur sujet et qu'il n'y a pas un type prépondérant menant à un problème considérable.

Le comité a également examiné les résultats d'Agrément Canada concernant le questionnaire sur le climat de travail et vie professionnelle ainsi que la sécurité des patients en préparation de la visite de l'équipe d'agrément Canada en septembre 2015. Le comité a aussi examiné les rapports concernant l'utilisation des dispositifs des contentions et mesures alternatives.

Le comité a également concentré ses efforts sur un examen approfondi de son mandat et ses responsabilités de la surveillance au nom du conseil d'administration et d'assurer que tous les aspects soient intégrés dans le fonctionnement du comité.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

5.8 COMITÉ DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

Coprésidentes :

- | | |
|----------------|--|
| Linda Gloutney | - Directrice adjointe des programmes et services de réadaptation |
| Michelle Nadon | - Directrice des soins infirmiers |

BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ :

Plusieurs initiatives ont été lancées en 2014-2015 afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services donnés à nos clients. Voici quelques exemples :

Programme de prévention des chutes

Dans le cadre d'un audit pour évaluer la conformité aux politiques et procédures concernant la documentation pour la prévention des chutes, nous avons révisé 63 dossiers médicaux comportant l'historique d'une chute précédente. Suite à cet audit, nous avons découvert que des améliorations s'avèrent nécessaires pour s'assurer que les outils d'évaluation des risques de chute soient complétés. Chaque gestionnaire est censé avoir mis en place des mécanismes pour assurer et contrôler une meilleure conformité avec les politiques et procédures pour la prévention des chutes.

Formation PDSB

Un atelier de remise à niveau concernant les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) a été offert à nos préposés en réadaptation dans le but d'aider à réduire les blessures pouvant survenir lors de transferts ou de mobilité des patients.

Revue des rapports du Bureau du coroner

Un examen systématique de tous les rapports publiés par le Bureau du coroner du Québec a été mis en place. Lorsqu'il y a des recommandations émises dans ces rapports qui s'avèrent pertinentes pour l'HJR, ils sont transmis aux directeurs ou aux gestionnaires responsables pour information et suivi.

Régulation de température de l'eau dans le bain et les douches des patients

Une recommandation du Bureau du coroner qui s'adressait à tous les établissements de soins de santé stipulait que chaque bain ou douche des patients devait être muni d'un régulateur de température qui contrôlerait la température de l'eau à 43 degrés Celsius ou moins. Il a été recommandé que chaque établissement procède à des vérifications de la température de l'eau dans chacun des bains et des douches et d'inscrire les données dans un registre. L'HJR a effectué l'exercice et les résultats ont démontré que nous sommes conformes à cette exigence.

Événements sentinelle

Cette année, trois événements sentinelle sont survenus. Après chacun d'eux, une analyse détaillée des circonstances fut effectuée. Des recommandations ont été émises pour prévenir leur récurrence. Pratiques sécuritaires pour la médication.

Des rénovations nous ont permis de fournir un environnement plus sécuritaire pour la distribution des médicaments à l'HJR. En novembre 2014, nous avons terminé la rénovation de l'espace principal de la pharmacie; en janvier 2015, les rénovations des espaces alloués à la pharmacie aux unités de soins ont été complétées.

La nécessité de mettre en place un programme d'automédication représentait un besoin prioritaire. Une première rencontre à ce sujet fut organisée en janvier 2015. Un résident en pharmacie de l'Université de Montréal a été désigné pour coordonner ce projet qui sera complété en mai 2015.

CONSEILS ET COMITÉS INSTITUÉS

Activités de la semaine de la sécurité des patients 2014-2015

Cette année, nous avons combiné la semaine de la sécurité des patients avec la semaine de la prévention et du contrôle des infections qui avait lieu du 9 au 13 février 2015. Des activités ont été organisées pour souligner les initiatives de sécurité prises au cours des quatre dernières années et ce qui a été mis en place pour contribuer au contrôle de la sécurité.

Prévention et gestion des comportements agressifs

Notre comité de santé et de sécurité au travail a donné suite au besoin exprimé d'avoir des rappels visuels de notre politique de tolérance zéro pour les comportements agressifs. Une affiche intitulée « RESPECT » fut développée afin d'encourager un environnement positif et placée dans des endroits stratégiques et des formations ont été offertes au personnel de première ligne sur la gestion des appels téléphoniques agressifs.

Formation des mesures d'urgence

Des séances de formation portant sur la façon de répondre à des situations d'urgence ont été organisées en juin 2014. Les séances pour le personnel en général ont été tenues le 10 septembre 2014 à des endroits différents dans l'hôpital. Quant aux directeurs, ils ont assisté à un atelier de formation des mesures d'urgence le 9 septembre. Tous les manuels d'urgence ont été également mis à jour.

Autres initiatives de sécurité

Une session d'éducation d'une journée fut offerte au personnel des soins infirmiers et de réadaptation pour réviser les politiques et procédures sur l'utilisation des mesures alternatives et des contentions.

Cette année, nous avons introduit des tournées de sécurité dans le but de démontrer l'engagement de l'équipe de direction de l'hôpital à la sécurité des patients et d'identifier des opportunités d'amélioration. Ces tournées ont été effectuées sur les deux unités de soins et au département de physiothérapie. Des plans d'action ont été élaborés et mis en œuvre pour adresser les zones qui nécessitaient une attention.

Le comité des mesures d'urgence a travaillé de concert avec les agents de sécurité pour s'assurer qu'ils comprennent comment et quand remplir un formulaire AH223 pour documenter des événements indésirables.

6 RESSOURCES HUMAINES

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

<u>CADRES</u>	<u>Exercice en antérieur</u> 2013-2014	<u>Exercice en cours</u> 2014-2015
Temps complet <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	22,00	21,00
Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	3,09	1,57
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0,00	1,00
<u>EMPLOYÉS RÉGULIERS</u>		
Temps complet <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	223,13	204,90
Temps partiel (Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a)) <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	104,15	104,25
<u>EMPLOYÉS OCCASIONNELS</u>		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	146,483	98,117
Équivalents temps complet (b)	78,01	52,17

- (a) L'équivalence temps complet, se calcule de façon suivante, pour les cadres et les employés réguliers: Le 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 : le nombre d'heures rémunérées, divisé par : 1827 heures.

7 ÉTATS FINANCIERS

7.1 État des résultats (activités principales, accessoires et activités immobilières)

	Activités principales Exercice courant (1)	Activités accessoires Exercice courant (2)	Immobilisations Exercice courant (3)	TOTAL Exercice courant (3)=(1)+(2)+(3)	TOTAL Exercice précédent (4)
REVENUES					
Subventions Agence et MSSS	26 793 406	48 203	1 716 375	28 557 984	30 630 520
Subventions Gouvernement du Canada				0	
Contributions des usagers	4 443 970			4 443 970	3 819 650
Ventes de services et revouvrements	297 487			297 487	275 057
Donations	0	553 444	183 894	737 338	680 646
Revenus de placement				0	3 060
Revenus de type commercial		309 946		309 946	4 028 888
Gains sur disposition					
Autres revenus	31 926	4 074 655		4 106 581	660 200
TOTAL	31 566 789	4 986 248	1 900 269	38 453 306	40 098 021
CHARGES					
Salaire, avantages sociaux et charges sociales	24 299 337	1 590 456		25 889 793	27 622 428
Médicaments	344 407			344 407	477 294
Produits sanguins					
Fournitures médicales et chirurgicales	265 420			265 420	343 001
Denrées alimentaires					
Rétributions versées aux ressources non institutionne	1 765 515			1 765 515	1 515 638
Frais financier			635 725	635 725	388 561
Entretien et réparations, (C2-P650 c/a 7800)	419 570		56 641	476 211	745 747
capitalisables relatives aux immobilisations					
Créances douteuses					
Amortissement des immobilisations			1 119 923	1 119 923	1 145 459
Perte sur disposition d'immobilisations					
Autres charges	3 523 339	3 250 665		6 774 004	7 690 456
TOTAL	30 617 588	4 841 121	1 812 289	37 270 998	39 928 584
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	949 201	145 127	87 980	1 182 308	169 437

ÉTATS FINANCIERS

7.2 État des surplus (déficits) cumulés

	Exploitation (1)	Immobilisation (2)	Exercice courant (3)=(1)+(2)	Exercice précédent (4)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1 456	637 721	639 177	469 741
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures			0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS - TOTAL	1 456	637 721	639 177	469 741
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	1 094 328	87 980	1 182 308	169 437
Transferts interfonds	(145 127)	145 127		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	950 657	870 828	1 821 485	639 178
Constitués des éléments suivants:				
Affectation d'origine interne			1 821 485	639 178
Solde non affecté				
TOTAL			1 821 485	639 178

ÉTATS FINANCIERS

7.3 État de la situation financière

	FONDS		Total	
	Exploitation (1)	Immobilisations (2)	Exercice courant C1+C2 (3)	Exercice précédent (4)
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	4 662 158	853 508	5 515 666	4 965 700
Placements temporaires				
Débiteurs - Agence et MSSS		175 761	175 761	1 045 849
Autres débiteurs	1 197 978		1 197 978	1 393 830
Créances interfonds (dettes interfonds)	(21 811)	21 811		
Subvention à recevoir (percue d'avance) réforme comptable	3 242 812	(5 811 428)	(2 568 616)	(3 382 565)
Frais reportés liés aux dettes				
Autres éléments	101 035		101 035	20 875
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	9 182 172	(4 760 348)	4 421 824	4 043 689
PASSIFS				
Emprunts temporaires		440 998	440 998	9 163 663
Créditeurs-Agence et MSSS	41 621		41 621	
Autres créditeurs e autres charges à payer	3 714 855	148 508	3 863 363	3 527 199
Avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées		892 801	892 801	930 483
Intérêts courus à payer		175 761	175 761	81 935
Revenus reportés	1 745 061	1 271 298	3 016 359	4 822 378
Dettes à long terme		15 044 901	15 044 901	5 340 612
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	3 256 357		3 256 357	3 441 181
Autres éléments				
TOTAL DES PASSIFS	8 757 894	17 974 267	26 732 161	27 307 451
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	424 278	(22 734 615)	(22 310 337)	(23 263 762)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisation		23 605 443	23 605 443	23 397 884
Stocks de fournitures	526 379		526 379	505 056
Frais payés d'avance				
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	526 379	23 605 443	24 131 822	23 902 940
SURPLUS (DEFICITS) CUMULÉS	950 657	870 828	1 821 485	639 178

ÉTATS FINANCIERS

7.4 État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

	FONDS		Total
	Exploitation (1)	Immobilisations (2)	Exercice courant C1+C2 (3) Exercice précédent (4)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)			
AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(503 600)	(22 760 163)	(23 263 763) (23 398 192)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures			
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)			-
AU DÉBUT REDRESSÉ	(503 600)	(22 760 163)	(23 263 763) (23 398 192)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 094 328	87 980	1 182 308 169 437
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS			
Acquisitions		(1 327 482)	(1 327 482) (1 182 614)
Amortissement de l'exercice		1 119 923	1 119 923 1 145 459
(Gains/Perte sur dispositions			
TOTAL VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	-	(207 559)	(207 559) (37 155)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE			
Acquisition de stocks de fournitures	(21 323)		21 323 2 148
Acquisition de frais payés d'avance			
Utilisation de stocks de fournitures			
Utilisation de frais payés d'avance			
TOTAL VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATION	(21 323)		21 323 2 148
Autres variation des surplus (déficits) cumulés	(145 127)	145 127	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	927 878	25 548	953 426 134 430
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	424 278	(22 734 615)	(22 310 337) (22 263 762)

ÉTATS FINANCIERS

7.5 État du flux de trésorerie

	Exercice courant (1)	Exercice précédent (2)
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (Déficit)	1 182 308	169 437
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses		2 148
Stocks et frais payés d'avance	(21 323)	
Autres	(183 894)	(185 997)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
Gouvernement du Canada		
Autres		
Amortissement des immobilisations	1 119 923	1 145 459
Subvention à recevoir-réforme comptable-immobilisations	(827 688)	
Autres	414 904	(868 070)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	501 922	93 540
Variations des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(788 405)	(233 086)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	895 825	29 891
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions	(1 327 482)	(1 182 614)
Produits de disposition		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(1 327 482)	(1 182 614)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	0	0

7.6 Somme ou avantage direct ou indirect reçu par un établissement public d'une fondation

Donation

Donation de la Fondation HJR	Exercice courant
Soutien recherche	33 932
Soutien à l'enseignement	25 000
TOTAL DES DONATIONS	60 588

7.7 Notes aux états financiers pertinentes

Aucune note pertinente à rapporter.

ÉTATS FINANCIERS

7.8 Rapport de l'auditeur indépendant



Le 25 juin 2015

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

**A la présidente-directrice générale
Caroline Barbir**

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière ainsi que les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités de l'Hôpital juif de réadaptation (ci-après « l'établissement ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport date du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers résumés ne sauraient, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'établissement.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux Normes comptables canadiennes du secteur public.

PricewaterhouseCoopers s.r.l./s.e.n.c.r.l.¹

¹ CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique no A130737

PricewaterhouseCoopers LLP/s.r.l./s.e.n.c.r.l.
1250, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 2800, Montréal (Québec) Canada H3B 2G4
Tél. : +1 514 205-5000, Téléc. : +1 514 876-1502, www.pwc.com/ca/fr

« PwC » s'entend de PricewaterhouseCoopers LLP/s.r.l./s.e.n.c.r.l., une société à responsabilité limitée de l'Ontario.

8 TABLEAU DE SUIVIS DES RÉSERVES

Nom de l'établissement : Hôpital Juif de Réadaptation
Code : 1109-7029
Page / Idn. : 140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
Centre d'activité dirigées-Animation et Loisirs #6890. Les unités de mesure du centre d'activité #6890 ont été estimées pour toute l'année. Par conséquent, il nous est impossible d'exprimer une opinion quant aux unités de mesures de ce centre.	2004-05	R				NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						

9 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions. Pour l'année 2014-2015, l'Hôpital juif de réadaptation n'a eu aucun cas à traiter.

1. DEVOIR ET OBLIGATIONS

Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux et ce, sans égard à la race, la couleur ou l'affiliation religieuse.

Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil et voter lorsque requis à moins que cela constitue un conflit d'intérêts.

Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.

Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

2. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

Le membre du conseil d'administration ne sollicitera directement ou indirectement, n'acceptera ou ne demandera de quiconque quelque don, gratification ou avantage suffisant pour donner naissance à une conviction raisonnable que cela pourrait compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté en tant que membre du conseil d'administration du centre hospitalier.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

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

Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du centre hospitalier ou risque d'entraîner un conflit appréhendé doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général dès que possible après en avoir pris connaissance.

Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure un contrat avec l'établissement.

Telle déclaration est présumée faite lorsque le président du conseil ou le directeur général en est informé. Le président du conseil ou le directeur général en informera le conseil dès que possible. Le membre du conseil doit s'abstenir d'utiliser une information confidentielle pour en tirer profit personnellement directement ou indirectement, le membre du conseil doit après l'expiration de son mandat respecter le caractère confidentiel, de quel que soit, l'information obtenue au cours de son mandat au conseil d'administration à moins que telle information n'ait été rendue publique.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE *(suite)*

3. RÉGIME DE SANCTIONS

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

Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit par écrit le président du conseil d'administration ou le directeur général en lui fournissant des détails pour connaître la contravention appréhendée, quand et où cela a présumé avoir eu lieu ainsi que l'élément de preuve qui a amené le plaignant à conclure qu'il y a eu cette contravention. Advenant que la plainte implique le directeur général, le plaignant en saisit le président du conseil. Advenant que la plainte implique le président du conseil, le plaignant en saisit le directeur général. Les membres du conseil sont informés de cette plainte dans les meilleurs délais.

Après avoir entendu les explications du membre impliqué, les autres membres du conseil peuvent constituer un comité afin de faire enquête et d'informer le conseil quant au fondement de la plainte, lui indiquer si l'enquête doit se poursuivre par le conseil ou d'autres ou le cas échéant recommander une sanction disciplinaire. Le comité informera le membre impliqué de ses délibérations et lui donnera ou à son représentant la possibilité d'être entendu ou de soumettre s'il le désire un avis écrit. Les délibérations du comité demeureront confidentielles.

Le comité fera rapport par écrit au conseil dès que possible. Si le rapport recommande l'imposition d'une mesure disciplinaire, le conseil peut décider de réprimander le membre qui a enfreint le code d'éthique et de déontologie ou peut lui demander de démissionner. Il peut également décider d'entreprendre un recours civil ou pénal. La décision du conseil sera communiquée par écrit au directeur impliqué.

Les membres du comité "ad hoc" et du conseil seront tenus indemne de tout recours résultant d'avoir agi de bonne foi conformément à ce code.
