

Rapport de gestion



Hôpital juif
de réadaptation
Jewish
Rehabilitation
Hospital

2012-2013

TABLE DES MATIÈRES

Message du président et du directeur général.....	p. 3
Déclaration du directeur général.....	p. 4
Rapport de la direction (états financiers).....	p. 5
Mission de l'HJR.....	p. 6
Structure organisationnelle de l'HJR.....	p. 7
Les services offerts à l'HJR.....	p. 8
Caractéristiques de la population.....	p. 9
Résultats de l'établissement 2012-2013.....	p.10
Volumétrie.....	p.16
Agrément 2012.....	p.17
Membres du conseil d'administration, de ses comités et conseils.....	p.18
Rapport du CMDP.....	p.19
Rapport du CII et CIIA.....	p.20
Rapport du CM.....	p.21
Comité de vigilance.....	p.22
Gestion des risques.....	p.23
Ressources humaines de l'établissement.....	p.24
Examen des plaintes.....	p.25
États financiers et analyse des résultats des opérations.....	p.26
Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	p.33
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	p.34
Annexes: Orientations stratégiques.....	p.35

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Au cours de l'année fiscale qui s'est achevée, l'Hôpital a fait face à des défis financiers importants tout en continuant de répondre à ses obligations face aux communautés qu'il dessert, relativement à la qualité et à l'accessibilité de ses programmes et services.

Malgré ces défis et les contraintes imposées, l'HJR a été en mesure d'effectuer de remarquables réalisations. Nous ne pouvons passer sous silence ces quelques faits, pour ne nommer que ceux-ci :

- ⇒ Obtention de l'Accréditation d'Agrément Canada
- ⇒ Implantation réussie d'une réorganisation par programmes
- ⇒ Reconnaissance élogieuse pour notre Directrice en soins infirmiers
- ⇒ Élaboration et adoption de la planification stratégique 2012-2015
- ⇒ Gestion efficiente de crise (influenza et gastro-entérite)

Nous sommes conscients que notre capacité de répondre à nos obligations demeure le reflet du continuel dévouement de notre personnel clinique et non clinique.

Nous tenons à remercier l'équipe de gestion pour leur inlassable support et leur indéfectible leadership au cours de la dernière année, et nous remercions également les membres du conseil d'administration de l'HJR, ainsi que les membres des comités du conseil, pour leurs judicieux commentaires et recommandations.

Respectueusement,



Michael Feil
Président



André Ibghy
Directeur général

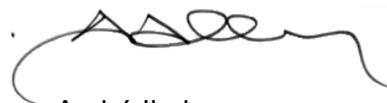
DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de directeur général, 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 2012-2013 de l'Hôpital juif de réadaptation décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités et les activités de l'établissement. De plus, ce rapport de gestion présente les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus. Les données présentées sont exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel des 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 2013.

Le directeur général,



André Ibgby

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS

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 nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

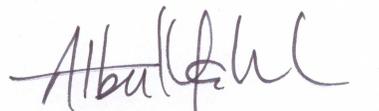
La direction de l'Hôpital juif de réadaptation reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers ont été audités par la firme Richter 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 Richter peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de Vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Directeur général
André Ibghy



Directeur des services administratifs
Albert Yehuda

MISSION DE L'HJR

- **Centre hospitalier courte durée**
- **CRDP**

L'Hôpital juif de réadaptation (HJR) est un centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS) voué à la réadaptation. C'est aussi le centre régional en déficience physique pour les clientèles adultes et pédiatriques. Pour cette clientèle, il offre des services d'adaptation, de réadaptation, de soutien à l'intégration sociale et d'hébergement dans des ressources résidentielles non institutionnelles. Ces services visent la récupération d'une autonomie optimale.

- **Approche centrée sur le client**

L'HJR est un établissement désigné bilingue, qui accueille une clientèle culturellement diversifiée, en maintenant les liens traditionnels avec sa communauté fondatrice juive.

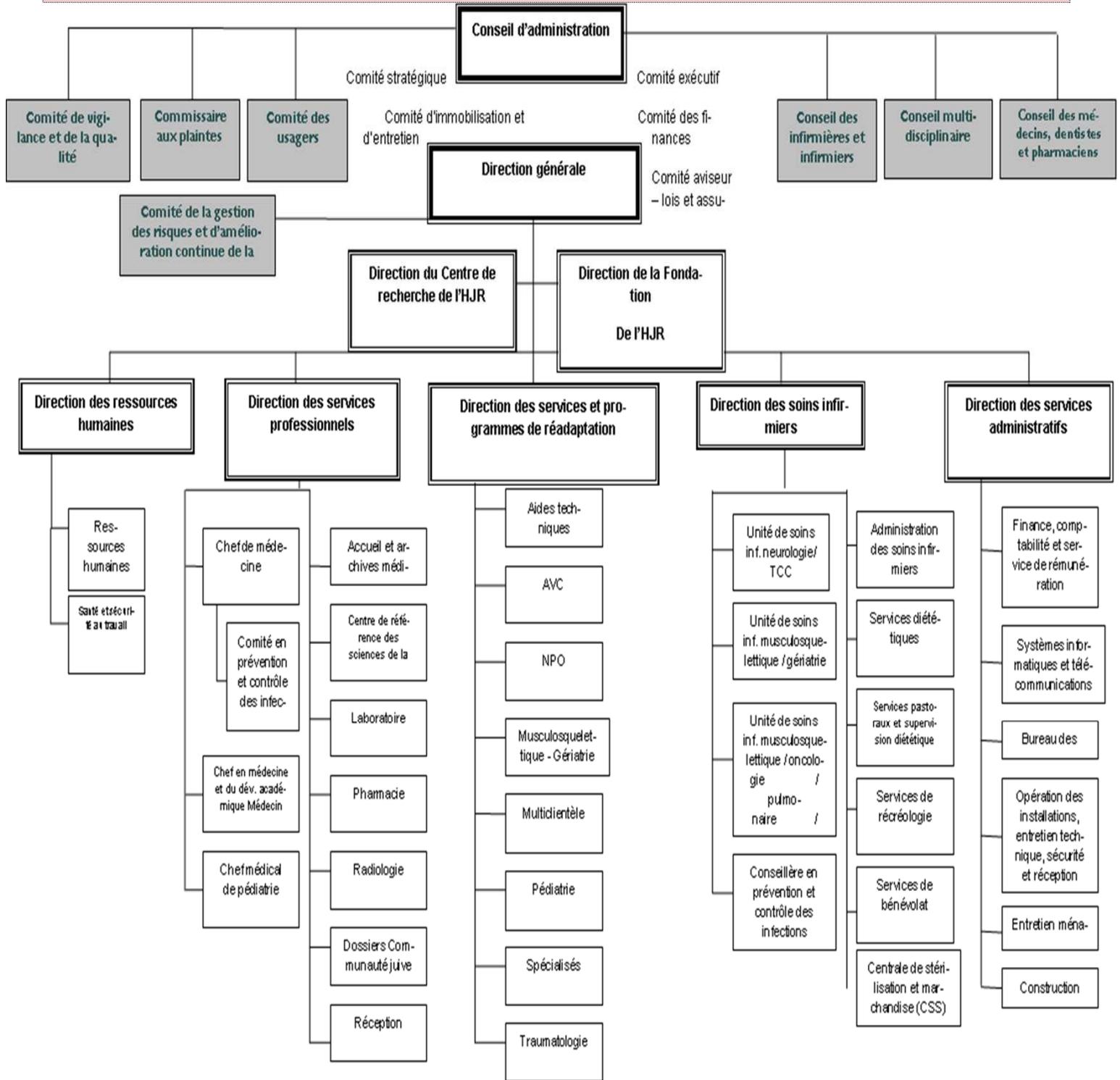
L'HJR offre des services de qualité, voire d'excellence, dispensés par une grande variété de professionnels et de consultants. La sécurité des soins et des services est primordiale et tous travaillent à l'amélioration continue de la qualité. Le personnel bénéficie d'un milieu de travail sécuritaire, sain et motivant ce qui favorise le développement professionnel.

- **Enseignement**
- **Recherche**
- **Évaluation des technologies**

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. L'HJR travaille, avec d'autres établissements, à s'assurer un statut d'institut universitaire.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'HJR



LES SERVICES OFFERTS À L'HJR

L'offre de service de l'HJR est maintenant constituée par programme, en continuum interne et externe, présentant des articulations avec les partenaires, en aval et en amont. Elle est composée de :

- ⇒ **Le programme AVC**
- ⇒ **Le programme traumatologie**
 - Traumatismes crânio-cérébraux (TCC) modérés ou graves
 - TCC légers (avec complications)
 - Blessures orthopédiques graves
 - Blessures médullaires (en externe seulement)
 - Brûlures graves (en externe seulement)
- ⇒ **Le programme musculosquelettique, gériatrie**
 - Musculosquelettique (fracture de hanche, fracture complexe, prothèse totale de hanche ou genou (PTH-PTG), postchirurgie, etc.)
 - Gériatrie (perte d'autonomie secondaire à une immobilisation ou à une maladie)
- ⇒ **Le programme NPO**
 - Neurologie (autre que post AVC)
 - Pneumologie (maladies pulmonaires obstructives chroniques)
 - Oncologie (situation de handicap empêchant le retour à domicile)
- ⇒ **Le programme pédiatrique**
 - Intervention concertée (retards dans le développement de l'enfant, en attente d'évaluation diagnostique)
 - Déficiência du langage
 - Déficiência motrice
- ⇒ **Les programmes spécialisés**
 - PEDIP (programme d'évaluation, de développement et d'intégration professionnelle)
 - PaDoc (programme d'adaptation à la douleur chronique)
 - Vestibulaire (pour les problèmes d'étourdissement et de pertes d'équilibre)
- ⇒ **Le programme multicientèle**
 - Ressources non institutionnelles en déficiência physique
 - Conduite automobile (évaluation des capacités et adaptation des véhicules)
 - Équipe régionale d'intervention complexe (troubles graves du comportement)
- ⇒ **Le programme des aides techniques**
 - Aides techniques (évaluation, attribution, enseignement, recommandations... pour les aides à la mobilité et à la locomotion)
 - Aides techniques à la communication (PATCOM)
- ⇒ **Les services supplétifs offerts par entente de services avec l'HJR, par des centres de réadaptation spécialisés hors région**
 - Les programmes en déficiência visuelle (Institut Nazareth et Louis Braille (INLB) et le centre de réadaptation MAB-Mackay)
 - Les programmes en déficiência auditive, incluant les aides de suppléance à l'audition (Institut Raymond Dewar (IRD) et le centre de réadaptation MAB-Mackay)
 - Le programme en surdi-cécité (INLB/IRD)

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La croissance démographique

D'ici 2016, la croissance projetée pour Laval est de 10,7% par rapport à une croissance globale de 6,1% pour l'ensemble du Québec. Laval est l'une des quelques régions du Québec qui verront une augmentation significative de leur population jeune. Actuellement, en raison d'insuffisances au niveau de l'infrastructure, de la couverture médicale et des ressources pour le suivi post natal, il est difficile d'atteindre les objectifs de la Politique ministérielle 2008-2018.

Le vieillissement de la population

Laval connaît déjà, et continuera de connaître au-delà de 2016, un vieillissement accéléré de sa population comparativement à l'ensemble du Québec. La croissance démographique sera particulièrement importante dans le groupe des 75 ans et plus.

L'augmentation de la population anglophone et l'immigration à la hausse

La croissance rapide de la population d'expression anglaise à Laval et ses composantes, soit le nombre d'immigrants, la caractéristique plus jeune, et le niveau socio-économique, imposent une organisation de services soucieuse de répondre aux besoins particuliers de ce groupe.

La rétention et le rapatriement de la clientèle

La proximité de Montréal et l'historique de consommation de 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. L'insuffisance de ressources de tous ordres ajoute à l'ampleur du défi.

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.

RÉSULTATS DE L'ÉTABLISSEMENT 2012-2013

PLANIFICATION STRATÉGIQUE

L'HJR a élaboré une planification stratégique pour 2012-2015 qui a été adoptée par le Conseil d'Administration en septembre 2012. Les objectifs énoncés s'inscrivent en continuité aux orientations émises à la planification régionale.

Pour le statut d'évolution de la réalisation des objectifs, voir l'annexe A.

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Entente de gestion - Chapitre II : Priorités ministérielles
Les soins de première et de deuxième ligne

Objectif de résultats 2010-2015	Respecter, par installation, la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS pour chacune des catégories
Engagement de HJR 2012-2013 inscrit à l'Entente	En ce qui a trait à ces catégories, eu égard à votre mission, l'Hôpital juif de réadaptation devra consentir les efforts nécessaires afin de réduire le nombre de personnes en attente d'une ressource non institutionnelle (RNI) de même que le nombre de personnes en attente de réadaptation en déficience physique

Commentaires

Résultat :

Nombre d'usagers en attente pour RNI au 31 mars 2013 : 33 usagers.

Nombre d'usagers en attente pour un premier service en réadaptation en déficience physique inscrit au plan d'accès : 276 usagers (3 usagers en attente pour admission)

Constat :

1- Tous les efforts sont mis en place pour éviter qu'un usager en fin de soins actifs occupe un lit de CHSGS. Quatre nouvelles places en RNI ont été créées à l'hiver 2013. Le taux de roulement dans les RNI en déficience physique est faible et entraîne des délais d'attente très longétant faible en déficience physique, les usagers doivent attendre plus longtemps.

2- Un partenariat a été mis en place avec le CSSS de Laval pour intégrer de nouvelles pratiques à la planification de congé pour faciliter les retours à domicile.

RÉSULTATS DE L'ÉTABLISSEMENT 2012-2013

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Objectif de résultats 2010-2015	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
---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<i>Indicateurs</i>	Résultats* 2011-2012	Engagements HJR 2012-2013	Résultats 2012-2013**
1.45.04.06-PS Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUS ÂGES — PRIORITÉ URGENTE	ND	100 %	n/a*
1.45.04.07-PS Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUS ÂGES — PRIORITÉ ÉLEVÉE	93 %	90 %	Total HJR : 88% DM : 99% DL : 60%
1.45.04.08-PS Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUS ÂGES — PRIORITÉ MODÉRÉE	98 %	90 %	Total HJR : 95% DM : 95% DL : 71%

Commentaires

L'HJR éprouve des difficultés à rencontrer les standards en déficience du langage malgré l'accroissement des demandes traitées (166 en 2011-12 vs 261 en 2012-13). Le nombre de références ne cesse d'augmenter. Le changement des pratiques ayant atteint ces limites pour accroître l'accès, le dépassement des standards est incontournable.

* Non applicable pour notre établissement.

RÉSULTATS DE L'ÉTABLISSEMENT 2012-2013

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention : Urgences

Objectif de résultats 2010-2015	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
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Engagement de HJR 2012-2013 inscrit à l'Entente	Collaboration attendue de HJR à l'atteinte des engagements du CSSS de Laval
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements CSSSL 2012-2013</i>	<i>Résultats 2012-2013**</i>
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	33,74	15	n/a*
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5,68	1	n/a*
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière	20,35	12	n/a*

Commentaires

Un comité de liaison inter établissement CSSS et HJR existe depuis plusieurs années. Il a officialisé son mandat en août 2012. Il a émis un plan d'actions en octobre 2012. Il est constitué des directeurs de santé physique. PALV et services généraux du CSSS, et directeur, directeur adjoint de la réadaptation de l'HJR. Le comité a donné un mandat à un comité de travail pour réviser les pratiques de planification de congé.

Les changements sont actuellement en implantation et des suivis réguliers sont effectués au sein du comité de travail.

* non applicable pour notre établissement, les résultats 2012-2013 doivent être complétés par le CSSSL, ils représentent l'engagement du CSSSL.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

Objectif de résultats 2010-2015	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis
---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Engagement de HJR 2012-2013 inscrit à l'Entente	Taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013**
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	ND	100	ND
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	ND	100	ND
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	ND	100	ND

Commentaires

Tel que validé auprès de Mme Julie Huard, infirmière en prévention des infections à la Santé publique, les informations concernant l'HJR sont les suivantes :

Les données de l'HJR concernant les cas positifs de *Clostridium Difficile* sont stables depuis plusieurs années;

L'HJR ne participe pas au programme de surveillance provincial SARM;

L'HJR ne participe pas au programme de surveillance provincial sur les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

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

Objectif de résultats 2010-2015	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

Engagement de HJR 2012-2013 inscrit à l'Entente	Mettre à jour annuellement son plan de main-d'œuvre et les stratégies requises pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	Assurer la formation du personnel d'encadrement et du personnel à la révision de certains processus
	Réviser les processus identifiés

<i>Indicateurs</i>	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013**
3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	ND	100	n/a*
3.09-PS Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	ND	100	n/a*

Commentaires

Le plan de main d'œuvre est réalisé et mis à jour annuellement, incluant une stratégie de main d'œuvre.

Une formation portant sur la gestion opérationnelle de la performance appliquée au système de santé a été offerte à 4 gestionnaires. Une révision des processus et des effectifs a été faite au service du laboratoire, la réorganisation de la direction de la réadaptation (DSPR) a été réalisée le 1^e avril 2012 et la mise en place s'est faite au cours de l'année

* Non applicable pour notre établissement, l'Agence doit indiquer ces chiffres.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être

Objectif de résultats 2010-2015	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

Engagement de HJR 2012-2013 inscrit à l'Entente	Obtention d'un agrément en 2012-2013
	Offre le programme de préceptorat

Indicateurs	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013**
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,05 %	3,6 %	6,04 %

Commentaires

5.2.1
L'HJR prévoit entreprendre les démarches lié à la certification Entreprise en santé au cours de l'année 2013-14. Obtention d'un agrément en 2012-13.

Maintien des programmes existants visant le bien-être et la santé du personnel tel que gymnase pour les employés, support à vélo accessibles, terrain de jeux extérieur, course à pied annuelle pour le personnel et la population et programme d'aide aux employés.

Implantation d'une nouvelle convention collective locale pour la catégorie 4 donnant ouverture à des horaires à temps complet de 9 / 10 jours.

5.2.2
Programme de préceptorat pour les soins infirmiers.
Programme d'accueil, d'intégration et de mentorat pour les professionnels de la catégorie 4.

3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées
La hausse des heures en assurance s'explique principalement par la hausse du nombre de cas d'arrêt de travail pour des diagnostics physiques. Le ratio entre les motifs physiques et psychologiques et demeuré stable.

En cours d'année 2012-13, le suivi des dossiers d'assurance salaire a fait l'objet de modifications; principalement :

- Suivi téléphonique plus fréquent avec les employés en assurance salaire, en plus du suivi régulier.
- Recours plus rapide à des expertises médicales avec des médecins spécialistes pour nous permettre de statuer sur l'invalidité et aussi pour soutenir le md traitant dans son suivi.
- Formation offerte aux gestionnaires sur la gestion de l'absentéisme et au personnel RH également.

À venir - Participer au Programme de développement de l'expertise sur le régime de l'assurance salaire proposé par l'AQESSS. La participation était prévu en juin 2013, l'AQESSS a reporté cette rencontre à une date à être confirmée.

VOLUMÉTRIE

Programmes internes	Nombre d'usagers 2012-2013	Durée moyenne de séjour 2012-	Nombre d'usagers 2011-2012
Neurologie			
Accident vasculaire cérébral	167	60.61	190
Autres diagnostics neurologiques	56	48.70	53
Dysfonction cérébrale non-traumatique	7	45.14	18
Oncologie	57	45.81	63
Traumatologie			
Blessure orthopédique grave	40	74.48	46
TCC	34	73.38	58
Traumatisme crânio-cérébral	14	53.07	19
Santé physique			
Orthopédie	421	35.70	500
Amputation	14	76.93	17
Gériatrie	62	48.92	74
Pulmonaire	52	30.52	89
Subaiguës	2	72.50	
Répit	10	10.90	20
Total	936	45.91	1147

Programmes ambulatoires	Nombre d'usagers 2012-2013
Programme AVC	381
Programme MSK-Gériatrie	
MSK	1258
Amputés	37
Gériatrie	84
Rhumatologie	38
Programme NPO	
Neurologie	202
Pneumologie	192
Oncologie	42
Programme aide à la communication	28
Programme Trauma	
Blessure orthopédique grave	71
Traumatisme crânio-cérébral	147
Blessure médullaire	26
Programme pédiatrie	
Langage	624
Moteur	241
Programme multicientèle	
Conduite	161
ERIC	18
RNI	54
Programmes spécialisés	
PEDIP	110
Padoc	107
Vestibulaire	103

Note: Il est important de noter que suite à la réorganisation des programmes en avril 2012, une comparaison des statistiques pour les services ambulatoires seulement se révèle impossible.

AGRÉMENT 2012

Agrément 2012

Notre visite avec Agrément Canada a eu lieu le 9 septembre 2012. Agrément Canada a déterminé que l'Hôpital juif de réadaptation est un établissement de soins de santé agréé.

En Février 2013, nous avons soumis un rapport à Agrément Canada décrivant la façon dont nous respectons les pratiques organisationnelles requises ainsi qu'une description des mesures prises pour remédier à certains critères de priorité. Un autre rapport doit être présenté en août 2013 décrivant plus en détail nos processus de bilan comparatif des médicaments au moment du transfert et de congé.

Sécurité des Soins et services

Divulgaration

Dans un effort pour s'assurer que tous les employés étaient au courant des dernières modifications apportées aux Lignes Directrices du MSSS pour le classement des incidents et accidents et le résultat sur l'échelle de gravité, des séances de formation ont été organisées pour les gestionnaires et le personnel entre juillet et octobre 2012. Un total de 28 séances ont été offertes auxquelles ont participé environ 185 employés.

Des rapports réguliers sur la documentation et la divulgation des incidents et accidents sont rendus au Comité RM-ACQ et au conseil d'administration.

Mesures de Contrôle

Plusieurs modifications ont été apportées à la pratique de l'application des contentions et des mesures alternatives afin de rendre celle-ci plus efficace. La politique et les procédures en lien avec la pratique sont révisées.

Recommandation du coroner

Nous n'avons aucune recommandation du coroner.

Plaintes et 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 2012, 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 entre les différents questionnaires.

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, DE SES COMITÉS & CONSEILS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Michael Feil, président
M. Howard Berish, vice-président
Mme Lucie Lazar, trésorière
Mme Grace Alter
Dr. Mylène Arsenault
Mme Thérèse Beaudin
M. Ralph Bienstock
Mme Louise Courteau
M. André Ibgby, secrétaire

Mme Marissa Frishman
M. Isaac Israel
Mme Golda Kligman
Mme Connie Piccoli
M. Gary D. Shapiro
M. Alvin Shrier
Mme Kimberley Singerman
M. Sylvain Villiard

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Dr. Rubin Becker, président
Dr. Henry Coopersmith, DSP
M. André Ibgby, directeur Général
Dr. Allen Steverman
Dr. Martin Lipnowski
Dr. Joseph Raffoul
Dr. Morris Schweitzer

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Mme Rola Najen, présidente
Mme Sue Lecompte, conseillère
Mme Samar Khreiss, secrétaire
M. Olivier Fugère, vice-présidente
Mme Anick Lebreton, membre CIIA
Mme Samantha Naylor, présidente CIIA
Mme Michelle Nadon, directrice soins
M. André Ibgby, directeur général
Mme Golda Kligman, incitée, rep. CA

CONSEIL MULTIDIPLINAIRE

Ralph Bienstock, président
M. André Ibgby, directeur général
Mme Louise Courteau
Mme Thérèse Beaudin
M. Michael Greenberg

COMITÉ DE VIGILANCE

M. Ralph Bienstock, président
M. André Ibgby, directeur général
Mme Louise Courteau
Mme Thérèse Beaudin
M. Michael Greenberg

COMITÉ DES USAGERS

M. Ralph Bienstock, président
Mme Thérèse Beaudin
Mme Louise Courteau
M. André Ibgby

RAPPORT DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Durant la dernière année, nous avons eu la chance de recruter quelques nouveaux médecins, Dr Arthur Gelston, Dr. Elise Levinoff et Dr. Elena Podaru afin qu'ils puissent faire partie de notre équipe médicale. Ces nouveaux arrivants n'ont cependant pas réussi à combler le besoin de main d'œuvre en médecine à l'HJR.

Cette année encore, nous continuons de constater une réduction du nombre de cas de *C difficile* ainsi que du nombre de transmissions nosocomiales.

Notre programme de bilan comparatif fut mis en place avec succès. Nous espérons que ce programme permettra de réduire le nombre d'erreurs de médication.

Dans l'ensemble, nous avons eu une année couronnée de succès et nous poursuivrons notre engagement, celui d'offrir la plus haute qualité de soins à nos patients.

RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

RAPPORT DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES (CIIA)

CII

Le CII a tenu 7 rencontres au cours de la dernière année. En septembre 2012, le conseil a tenu des élections pour 2 sièges et a présenté son rapport annuel aux membres du conseil d'administration.

Le CII a continué de soutenir le travail pour améliorer l'efficacité entre les médecins et les infirmières. Une dixième ordonnance collective « Obtenir un électrocardiogramme (ECG) », ainsi que la méthode de soins associée, a été implantée sur toutes les unités de soins. Ce travail de collaboration se poursuit. Par ailleurs, le CII a continué de suivre étroitement les travaux liés à l'amélioration des processus de médication.

Une révision complète du processus de communication inter-quart a été amorcée dans le but d'améliorer la sécurité des soins des patients et la continuité des soins. Ce projet se poursuit en 2013-14.

La semaine des infirmières a été soulignée notamment par un « 5 à 7 », afin de permettre des échanges dans le contexte d'une activité sociale entre le personnel infirmier. Ce fut une occasion spéciale pour reconnaître une infirmière qui a obtenu sa certification canadienne en réadaptation de l'Association des infirmières et infirmier du Canada.

CIIA

De son côté, le CIIA a tenu des élections en septembre 2012 pour 2 sièges vacants. De plus, une assemblée générale fut tenue en octobre et novembre 2012, durant laquelle les règlements du comité ont été présentés et approuvés.

Le CIIA a approuvé l'implantation d'un projet pilote au 2^{ème} ouest par lequel l'activité de glucométrie de soir est déléguée aux infirmières auxiliaires. Parallèlement, une nouvelle politique et procédure sur l'évaluation, la surveillance et la prise des signes vitaux a été implantée avec l'objectif, entre autres, d'optimiser le temps des infirmières auxiliaires consacré à la prise des signes vitaux. L'application de ce projet sur toutes les unités sera un objectif pour 2013-14.

La présidente et la vice-présidente ont revu et approuvé la description de fonctions de l'infirmière auxiliaire développée par la DSI. Elles ont également revu la liste des activités réservées à l'infirmière auxiliaire à l'HJR.

L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) a tenu une inspection professionnelle en mars 2013. Le plan d'actions qui sera produit suite au rapport de l'OIIAQ sera traité au cours de l'année 2013-14.

RAPPORT DU COMITÉ MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Le comité exécutif du CM (CECM) s'est réuni à 7 reprises au cours de l'année 2012-2013 pour discuter des sujets suivants :

Le CECM a maintenu son implication quant à la réorganisation des programmes. Des discussions ont eu lieu avec l'employeur sur des inquiétudes rapportées par les employés : surcharge de travail par exemple.
Le CECM a organisé des journées avec le CSSS de Laval afin de faire connaître leurs services – présentation réalisée à l'HJR
Politiques et procédures pour la fermeture des dossiers. Le CECM a donné son opinion, suivant une consultation des membres, quant aux informations qui devraient se retrouver dans le sommaire de congé.

Plusieurs membres du CECM ont participé à différents comités et colloques tant à l'extérieur qu'au sein de l'HJR.

Le CECM a également établi les projets et perspectives 2013-2014 et ces derniers sont:

Favoriser l'amélioration de la qualité des soins quant à la nouvelle structure par programme au sein de l'HJR.
Maintenir notre participation aux rencontres de la Commission multidisciplinaire régionale de Laval (CMuR), au Comité de la gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité et au conseil d'administration de l'HJR.
Travail conjoint et échange avec le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) sur des dossiers communs en lien avec le mandat du CM.
Développer une façon de faire reconnaître le bon travail des professionnels au sein des différents programmes. Permettre aux cliniciens impliqués dans des projets innovateurs de partager leurs résultats.

COMITÉ DE VIGILANCE

Le comité de vigilance s'est réuni à 2 reprises au cours de l'année afin de réviser en profondeur chacune des plaintes, interventions, assistance et consultations menées par le commissaire 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 conseil d'administration est informé des activités du comité après chacune des rencontres.

Le comité a noté que les plaintes varient largement quant à leur sujet et qu'il n'y a pas un type de plainte prépondérant menant à un problème significatif. Lorsque les plaintes sont consolidées en grande catégories, elles sont réparties comme suit : 40% soins et services, 19% organisation du milieu et des ressources matérielles, 10% aspect financier, 22% accessibilité, 4,5% relations interpersonnelles et 4,5% autres.

Un total de 11 recommandations ont été faites pendant cette période, en voici quelques exemples :

- ◆ Mettre en place un meilleur système de cloches d'appel qui fournit des informations sur les patients qui demande une assistance et qui précise l'heure de l'appel permettant ainsi l'évaluation de la priorité de l'appelant et le temps de réponse du personnel;
- ◆ Revoir et réviser le protocole de communication clinique externe de manière à s'assurer que les patients sont informés sur une base régulière de tout changement concernant leurs rendez-vous et leur thérapie;
- ◆ Réviser et augmenter le système de sécurité au Service des Aides Techniques et accroître la formation du personnel dans la gestion des situations difficiles;
- ◆ Réviser le dépliant du «Guide d'information au patient» afin de clarifier quand le paiement pour le service du téléphone est obligatoire et quand ce service est inclus dans les frais de la chambre;
- ◆ Revoir et réviser le protocole des patients hospitalisés concernant les messages des patients afin de fournir une réponse rapide à leur demandes de renseignements et leurs préoccupations.

Le comité assure le suivi des recommandations formulées par le commissaire à chaque rencontre.

Le comité assure le suivi des recommandations formulées par le commissaire à chaque rencontre afin de s'assurer que les mesures appropriées ont été prises par l'Hôpital.

Le conseil d'administration reconnaît l'importance du travail accompli par le comité en son nom et demeure informé des résultats par le biais de mises à jour régulières.

GESTION DES RISQUES

Incidents et accidents -Risques

En 2012-13, il y a eu 558 incidents et accidents rapports remplis. 130 étaient des erreurs de médicaments et 249 étaient des chutes.

Un certain nombre de mesures ont été prises pour réduire le risque de chutes de patients. Une de ces initiatives a été la révision de l'outil d'évaluation du risque de chute de l'Hôpital juif de réadaptation. Suite à un vaste processus de consultation, des modifications ont été apportées à l'outil pour faciliter l'intégration de l'information dans le plan de traitement individualisé.

En 2012-13, l'analyse détaillée des circonstances de chutes a été réalisée pour 5 patients ayant subi une fracture à la suite d'une chute.

Dans un effort pour réduire le risque que la ceinture de sécurité fauteuil roulant soit omise, des manches fluorescentes jaunes et vertes ont été ajoutées sur les ceintures de sécurité pour augmenter le contraste entre la ceinture noire, les coussins noirs et le siège noir des fauteuils roulants. Les commentaires des membres du personnel face à ce rappel visuel de la ceinture de sécurité en place a été très utile.

Le bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission de tous les patients a été effectué pour l'année 2012-13. Ce processus garantit qu'un profil complet de pré hospitalisation du patient ainsi que les médicaments prescrits lors de leur admission en soins actifs, sont passés en revue. Cette procédure nous assure que les médicaments prescrits à l'Hôpital juif de réadaptation est exacts, complets et appropriés.

Recommandations et Suivis

La responsabilité de l'entretien des fauteuils roulants a été pris en charge par les Services des Aides Techniques. Les pratiques de base pour le nettoyage et l'entretien préventif ont été révisées et standardisé en 2012.

Afin de s'assurer que le personnel possède tous les atouts pour gérer les situations où il y a des comportements agressifs, 2 sessions de formation ont été données en 2012-13, dont 33 personnes y ont assistées.

Semaine de la sécurité des patients a été célébrée 29 octobre 2012, avec un certain nombre d'activités visant à sensibiliser les patients, les visiteurs et le personnel aux questions de sécurité dans les soins de santé. Le clou de la semaine a été la « Communication Halloween Horror Story ». La présentation a utilisé une approche humoristique pour illustrer les conséquences des pratiques de communication pauvres dans un contexte clinique. Les 5 spectacles ont été vus par plus de 100 participants et les réactions ont été extrêmement positives.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Effectifs de l'établissement	2012-2013	2011-2012
Les cadres :		
Temps complet	24	24
Temps partiel	3	4
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers :		
Temps complet	258	265
Temps partiel	98	101
Nombre d'employés réguliers en stabilité d'emploi	0	0
Les employés occasionnels :		
Nombre d'heures rémunérées	139 404	153 142
Équivalents temps complet	76	84

	Nombre d'employés 2012-2013	Nombre d'employés 2011-2012
Techniciens et professionnels de la santé	235	234
Infirmières et infirmières auxiliaires	104	104
Paratechnique auxiliaires et métiers	105	109
Bureau	63	63
Directeurs et gestionnaires	29	29
Autres	7	8
Nombre total d'employés	543	547

Entente de gestion, Indicateur 3.1	Résultats 2012-2013	Engagements 2012-2013	Résultats 2011-2012
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,04 %	4,93 %	3,62 %

EXAMEN DES PLAINTES

Au cours de l'année, le commissaire a exercé ses pouvoirs de règlement de plaintes, d'interventions, d'assistance et de consultations pour traiter les objets de plaintes présentés dans le tableau comparatif ci-dessous.

Le tableau illustre que le nombre de plaignants et d'éléments de plaintes est pratiquement inchangé depuis l'année précédente 2011-2012 à l'année courante 2012-2013. Toutefois, le type de plaintes par catégorie a légèrement fluctué. Les plaintes relatives à l'environnement et aux ressources matérielles, aux relations interpersonnelles et à l'aspect financier ont diminuées tandis que celles relatives à l'accessibilité, aux soins et aux services ont augmentées.

Onze (11) recommandations ont été déposées par le commissaire au cours de l'année. Celles-ci incluaient des suggestions afin d'améliorer la communication interne et externe envers les usagers.

Onze recommandations ont été déposées au cours de l'année.

	2012-2013		2011-2012	
	Dossiers	Motifs	Dossiers	Motifs
Plaintes	31	48	24	30
Assistances	13	14	16	23
Interventions	2	2	4	4
Consultations	4	4	10	11
TOTAL	50	68	54	68

100% de plaintes traitées en 45 jours ou moins

Au cours de l'année, trois plaintes ont été référées au médecin examinateur et aucune au Protecteur du Citoyen. Toutes les plaintes reçues ont été traitées à l'intérieur du délai prescrit par la loi, qui est de 45 jours maximum.

L'Hôpital a traité 1 039 patients à l'interne au cours de l'année et 53 motifs de plaintes ont été déposés par ces derniers, ce qui équivaut à une moyenne de 5,1 motifs d'insatisfaction par 100 patients hospitalisés. L'Hôpital a également traité plus de 3,500 patients en clinique externe ayant déposé 15 motifs de plaintes, reflétant ainsi une moyenne de 0,5 motifs d'insatisfaction par 100 patients ambulatoires. Il est important de noter que, même avec ce faible nombre de plaintes, les enquêtes menées par le commissaire n'ont pas déterminé, dans plusieurs cas, que l'Hôpital était en faute face à l'insatisfaction exprimée.

Le fait que les plaintes variaient largement quant au motif et qu'aucun type unique de plainte indiquait un problème considérable, démontre l'efficacité de la direction de l'Hôpital à gérer la satisfaction des patients et l'amélioration continue de la qualité.

Je désire exprimer ma reconnaissance au personnel et aux administrateurs de l'Hôpital pour leur coopération et leur rapidité de réaction à résoudre les plaintes, ainsi qu'à accepter les recommandations qui visent à améliorer la qualité des services offerts par l'établissement.

Le rapport annuel du commissaire aux plaintes a été rendu accessible à la population via le site internet de l'Hôpital.

Le rapport annuel du commissaire aux plaintes est accessible à la population via le site internet de l'Hôpital.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du Conseil d'administration
de l'Hôpital Juif de Réadaptation

Rapport sur les états financiers résumés

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de l'évolution de la situation financière du fonds d'exploitation ainsi que les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette, et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, sont tirés des états financiers audités de l'Hôpital Juif de Réadaptation pour l'exercice clos le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2013. 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 saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Hôpital Juif de Réadaptation.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Hôpital Juif de Réadaptation pour l'exercice clos le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 publiée par le MSSS.

Nom de l'associé responsable	M. Richard Vineberg, FCPA auditeur, FCA ⁽¹⁾
Nom des auditeurs	Richter S.E.N.C.R.L.
Adresse	1981 McGill College, Montréal, Québec, H3A 0G6
Téléphone	514.934.3400
Télécopieur	514.934.3408



L'auditeur

Date : 11 juin 2013

⁽¹⁾ FCPA auditeur, FCA, permis n° A102154

	Exploitation	Immobilisation	Total	
	Ex. courant (1)	Exercice courant (2)	Ex. courant (3) (C1+C2)	Ex.précédent (4)
REVENUES				
Subventions Agence et MSSS	27 992 221	1 400 256	29 392 477	28 398 745
Subventions Gouvernement du Canada			0	
Contributions des usagers	5 408 759		5 408 759	5 922 849
Ventes de services et revouvrements	361 300		361 300	365 673
Donations	519 936	186 114	706 050	653 222
Revenus de placement	11 777		11 777	14 361
Revenus de type commercial	3 959 659		3 959 659	3 533 565
Gains sur disposition			0	
Autres revenus	588 076		588 076	632 863
TOTAL	38 841 728	1 586 370	40 428 098	39 521 278
CHARGES				
Salaire, avantages sociaux et charges sociales	28 718 109		28 718 109	28 682 371
Médicaments	540 165		540 165	589 431
Produits sanguins			0	
Fournitures médicales et chirurgicales	412 667		412 667	352 554
Denrées alimentaires			0	
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	1 375 235		1 375 235	1 262 688
Frais financier		415 870	415 870	482 040
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	395 305	36 220	431 525	457 657
			0	
			0	
Créances douteuses			0	
Amortissement des immobilisations		1 153 510	1 153 510	1 095 348
Autres charges	8 087 923	36 451	8 124 374	7 067 387
TOTAL	39 529 404	1 642 051	41 171 455	39 989 476
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(687 676)	(55 681)	(743 357)	(468 198)

	FONDS		Total	
	Exploitation (1)	Immobilisation (2)	Exercice courant (3)=(1)+(2)	Exercice précédent (4)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1 005 009	208 089	1 213 098	1 681 296
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures			0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS - TOTAL	1 005 009	208 089	1 213 098	1 681 296
			0	
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	(687 676)	(55 681)	(743 357)	(468 198)
Transferts interfonds	(317 333)	317 333		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	0	469 741	469 741	1 213 098
Constitués des éléments suivants:				
Affectation d'origine interne				
Solde non affecté			469 741	1 213 098
TOTAL			469 741	1 213 098

DONATIONS FAITES EN 2012-2013

Donation de la Fondation HJR	Montant
Soutien à la recherche	310 497
Soutien à l'enseignement	15 348
Total	\$ 325 845

	FONDS		Total	
	Exploitation (1)	Immobilisations (2)	Exercice courant C1+C2 (3)	Exercice précédent (4)
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	3 766 437	543 041	4 309 478	3 546 488
Placements temporaires	500 000		500 000	
Débiteurs - Agence et MSSS	3 183 200	83 775	3 266 975	4 508 775
Autres débiteurs	1 648 223		1 648 223	1 605 115
Créances interfonds (dettes interfonds)	(26 358)	26 358	0	
Subvention à recevoir (percue d'avance) réforme comptable	3 277 819	(7 547 608)	(4 269 789)	(4 905 511)
Frais reportés liés aux dettes			0	
Autres éléments	120 629		120 629	184 527
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	12 469 950	(6 894 434)	5 575 516	4 939 394
PASSIFS				
Emprunts temporaires		7 432 255	7 432 255	3 223 766
Autres créditeurs e autres charges à payer	4 642 818	347 235	4 990 053	4 348 969
Avances de fonds en provenance de l'Agence enveloppes décentralisées		1 163 083	1 163 083	1 676 027
Intérêts courus à payer		83 775	83 775	140 038
Revenus reportés	4 702 271	1 207 131	5 909 402	6 064 273
Dettes à long terme		5 763 075	5 763 075	7 911 575
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	3 632 065		3 632 065	3 609 346
Autres éléments				
TOTAL DES PASSIFS	12 977 154	15 996 554	28 973 708	26 973 994
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(507 204)	(22 890 988)	(23 398 192)	(22 034 600)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisation		23 360 729	23 360 729	22 780 579
Stocks de fournitures	507 204		507 204	467 119
Frais payés d'avance				
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	507 204	23 360 729	23 867 933	23 247 698
SURPLUS (DEFICITS) CUMULÉS	0	469 741	469 741	1 213 098

	Fonds		Total	
	Exploitation (2012-2013)	Immobilisation (2012-2013)	Exercice courant (2012-2013)	Exercice précédent (2011-2012)
	(1)	(2)	(3)=(1)+(2)	(4)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	537 890	(22 572 490)	(22 034 600)	(19 741 678)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 À L.03)	537 890	(22 572 490)	(22 034 600)	(19 741 678)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(687 676)	(55 681)	(743 357)	(468 198)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(1 770 111)	(1 770 111)	(2 950 052)
Amortissement de l'exercice		1 153 510	1 153 510	1 095 348
(Gain) / Perte sur dispositions		36 451	36 451	
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	-	(580 150)	(580 150)	(1 854 704)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisitions de stocks de fournitures	(40 085)		(40 085)	
Utilisation de stocks de fournitures				29 980
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(40 085)		(40 085)	29 980
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(317 333)	(317 333)		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(1 045 094)	(318 498)	(1 363 592)	(2 292 922)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(507 204)	(22 890 988)	(23 398 192)	(22 034 600)

	Exercice courant	Exercice précédent
	(1)	(2)
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (Déficit)	(743 357)	(468 198)
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses		
Stocks et frais payés d'avance	(40 085)	29 980
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	36 451	
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
-Gouvernement du Canada		
-Autres	(186 114)	(186 012)
Amortissement des immobilisations	1 153 510	1 095 348
Autres	47 433	6 477
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	1 011 195	945 793
Variations des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	1 340 996	251 484
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	1 608 834	729 079
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions	(1 770 111)	(2 950 052)
Produits de disposition		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisation	(1 770 111)	(2 950 052)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(1 020 066)	(1 023 985)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	(1 020 066)	(1 023 985)

	Exercice courant	Exercice précédent
	(1)	(2)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - dettes à long terme	200 588	
Emprunts effectués - refinancement de dettes à long terme	589 000	
Emprunts remboursés - dettes à long terme	(166 089)	(81 466)
Emprunts remboursés - refinancement de dettes à long terme	(2 387 655)	
Emprunt temporaires effectués - fonds d'immobilisations	4 851 252	1 198 110
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(53 763)	
Emprunts temporaires remboursés - refinancement fonds d'immobilisations	(589 000)	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	2 444 333	1 116 644
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	1 262 990	(2 128 314)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	3 546 488	5 674 802
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	4 809 478	3 546 488
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent		
Encaisse	4 309 478	3 546 488
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	500 000	
TOTAL	4 809 478	3 546 488
Autres renseignements		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations	347 235	589 865
Intérêts:		
Intérêts créditeurs (revenus)	11 777	14 361
Intérêts encaissés (revenus)	11 566	17 281
Intérêts débiteurs (dépenses)	415 870	482 040
Intérêts déboursés (dépenses)	455 320	479 616
Échéance inférieure ou égale à 3 mois		
Solde au 31 mars de l'exercice courant	500 000	
Échéance supérieure à 3 mois:		
Solde au 31 mars de l'exercice précédent		2 005 234
Placements réalisés		2 005 234

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT POUR L'HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION						
Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Tel qu'exigé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadienne pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.	2010-11	R				R
Des états financiers qui indique que le résultat des opérations des activités principales de l'Hôpital Juif de Réadaptation se solde par un excédent des charges sur les revenus au montant de 574 194 \$. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la Santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2011-12	O				NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
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 mesure de ce centre.	2004-05	R				NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
<i>Rapport à la gouvernance</i>						

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

Devoirs et obligations

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 constituerait un conflit d'intérêt.

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.

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 quelque information obtenue au cours de son mandat au conseil d'administration à moins que telle information n'ait été rendue publique.

Régime de sanctions

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu 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 a 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 présumément 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 quand 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.

Annexe : Orientations stratégiques

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
<u>Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins</u>	MPOC 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 défini pour le 31 mars 2013	Participation à 100 % au comité régional qui a procédé à l'évaluation de la programmation clinique. Un rapport devrait être déposé par l'Agence sous peu
			Plan d'opérationnalisation établi pour le 31 mars 2013	Travaux à venir
			Modèle régional implanté pour le 31 mars 2015	Travaux à venir
	Cancer	Une offre de services révisée de façon à s'inscrire dans les continums 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	En cours de révision
			Taux de participation au comité régional pour le programme de lutte contre le cancer	100% de participation

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 défini pour le 31 mars 2013	Révision effectuée avec CSSS. Élaboration d'une entente de service en cours.
			Plan d'opérationnalisation établi pour le 31 mars 2013	
			Modèle régional implanté pour le 31 mars 2015	

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
2.2.8 <u>Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille</u>	Participer aux travaux régionaux entrepris au comité des gestionnaires d'accès pour favoriser la continuité des services et collaborer aux attentes prévues au PRAAC 2	Taux de participation aux rencontres du comité	100% de participation pour chaque année	Conforme
	Participer à la formation régionale PSI	Niveau de participation	Participation maximale, selon le personnel concerné	La formation n'a pas encore eu lieu. Programme en formation.
	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.

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 <u>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)</u>	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 multi problématiques, 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 leurs 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 3h soins par jour	Nombre de places développées	!0 nouvelles places d'ici le 31 mars 2013	Appel d'offres réalisé. Contrat à venir
	Élaborer 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	Cadre de référence	Cadre de référence élaboré en fonction des orientations régionales retenues, d'ici mars 2015	Orientations régionales à déterminer préalablement

	des ressources résidentielles RI-RTF et ressources alternatives			
	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 concernée, de la gamme des ressources résidentielles en déficience physique, des mandats, modalités d'accès, 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, partie RI-RTF	Révision du site web reportée

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
<p><u>Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours</u> • <u>Pour les personnes dont la demande est de</u> 	<p>Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis par le <i>Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience</i></p>	<p>Taux de respect des délais prévus</p>	<p>Pour 2012-2013 : 90% des demandes de priorité urgente et élevée sont traitées selon les délais 75% des demandes de priorité modérée sont traitées selon les délais</p> <p>Pour 2013-2014-2015 : 90% de toutes les demandes sont traitées selon les délais</p>	<p>Suivi fait par le biais de l'entente de gestion</p>

<p><u>niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an</u> 	<p>Participer aux travaux prévus au PRAAC pour chacune des années couvertes par le présent plan stratégique</p>	<p>Taux de participation aux réunions du comité régional des gestionnaires d'accès place</p>	<p>100% de participation, en continu</p>	<p>Conforme</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------

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
<p><u>4.1.3</u> <u>Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis</u></p>	<p>Maintenir la performance de l'HJR avec des taux d'infections nosocomiales inférieurs aux seuils établis</p>	<p>Taux d'infections nosocomiales</p>	<p>En continu : Veiller à l'application rigoureuse des politiques et procédures à cet effet</p> <hr/> <p>Poursuivre les activités de sensibilisation et de rappel (nombre)</p> <hr/> <p>Effectuer régulièrement la formation des nouveaux employés (nombre de formations)</p>	<p>Données (C-diff) transmises à l'INSPQ.</p> <p>Taux inférieur aux seuils.</p> <p>Politiques et procédures appliquées.</p> <p>4 activités d'orientation / formation données.</p>

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 <u>Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local et régional de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles</u>	5.1.3 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 2013
	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 comblés 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 réorganisation de la direction de réadaptation n'a pas permis d'atteindre la cible.
	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	HJR a mis en œuvre une stratégie et des actions permettant de rencontrer ses objectifs.
5.1.4 <u>Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la</u>	5.1.4 Maintenir le taux de roulement du personnel au niveau de 2010-2011	Taux de roulement du personnel	Taux de roulement maintenu à 9,4%	2010-11 = 9.40% 2012-13 = 9.21%

<u>mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail</u>	Assurer la formation du personnel à la révision de certains processus	Formation effectuée	Nombre de formations	Formation de UQTR Gestion opérationnelle de la performance a été offerte.
	Réaliser la révision des processus identifiés :	Processus révisés	Processus identifiés révisés pour le 31 mars 2013	Réalisé
	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement par programmes à la direction de la réadaptation 			Formations données pour l'implantation de nouveaux chariots de médicaments. Chariots implantés. Formations données pour l'implantation de la Politique et Procédure (P & P) révisée sur l'administration des médicaments. P & P implantée.
	<ul style="list-style-type: none"> • Administration des médicaments (SARDM) 			1) Formations données pour que les inf. aux. contribuent à la glucométrie. Activité de glucométrie par les inf. aux. implantée. 2) P & P sur la prise des signes vitaux révisée pour une contribution plus efficiente des inf. aux. 3) Implication des PABs à la prise des poids et grandeurs lors de l'admission des patients révisée pour une contribution systématique des PABs à cette tâche.
<ul style="list-style-type: none"> • Réorganisation du travail entre infirmières et infirmières auxiliaires (loi professionnelle et PABS) 	Analyse effectuée – plusieurs tâches révisées pour une contribution plus efficiente des commis à la collecte d'infos (statistiques, etc...)			
<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluation et réaffectation des tâches cléricales en soins infirmiers 				

	Terminer la révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail, et mettre en place les modifications requises par l'analyse	Processus révisés et modifications apportées	Tous les processus révisés et toutes les modifications apportées pour le 31 mars 2015	Implantation de l'AEO
<u>5.1.5</u> <u>Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité clinique</u>	5.1.5 Maintenir le recours au temps supplémentaire en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,7%	% de temps supplémentaire	<p>Pour 2012-2013 : Maintien du % de temps supplémentaire en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,7%</p> <p>Pour 2013-2014 : Maintien du % de temps supplémentaire en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,6%</p> <p>Pour 2014-2015 : Maintien du % de temps supplémentaire en soins infirmiers à un taux inférieur à 3,5%</p>	Réalisé 3.5%

Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives 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	L'HJR a choisi la norme Entreprise en santé. Présentation faite au comité de direction en février 2013.
	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.
	Activités physiques collectives et individuelles	Nombre d'activités collectives et facilités mises en place pour les activités individuelles	Augmentation continue des nouvelles activités et facilités	Le personnel a accès à des plateaux techniques d'entraînement et des professionnels du sport.
	Prévention du cancer et des maladies chroniques	Nombre de sessions et d'activités de prévention	Maintien ou augmentation du nombre de sessions	Différents programmes d'information et de prévention sont actifs.
	Environnement physique	Ajouts et améliorations apportées	Augmentation des ajouts et améliorations	Ajouts et 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 Pour 2013-2014 : 3,59 Pour 2014-2015 : 3,57	En 2012-13, réduction de 6.04%

5.2.2 <u>Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail</u>	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.
	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	En cours
	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.

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 <u>Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux</u>	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	Formation offerte aux gestionnaires et à l'équipe des Ressources Humaines / SST
	Planifier des activités de formation et la participation à des activités de formation régionales, en fonction des orientations ministérielles et des priorités régionales	Nombre d'activités de formation offertes	Nombre d'activités et de participants	Formation gestion de la présence au travail, gestion opérationnelle de la performance et leadership a été offerte aux gestionnaires.
		Niveau de participation aux activités régionales	Participation substantielle	
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. Travaux avec consultants mandatés en cours.	

Axe d'intervention : Suivi et rétroaction de la performance

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
6.1.5 <u>Assurer la pérennité des projets d'organisation du travail implantés</u>	Maintenir et renforcer le projet réussi d'intégration des 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.

Orientation 6.6.1 Accès aux services spécialisés

Axe d'intervention : Secteur de l'imagerie

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Atteindre la capacité maximale de production des plateaux techniques disponibles dans le secteur public</u> <u>Assurer une optimisation de la prise en charge de la clientèle à coûts constants</u>	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	Transfert effectué de l'appareil mobile vers le CSSS Laval à l'automne 2012. Transfert effectué de l'appareil de vidéofluoroscopie vers le CSSS Laval en janvier 2013
	Contribuer au plan d'action régional pour l'atteinte des cibles			Actualisation des éléments du plan d'action sous la responsabilité de l'HJR

Orientation 6.6.8 Accès aux services spécialisés

Axe d'intervention : Continuum de services AVC

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<p><u>Offrir à tout patient victime d'un AVC les modalités de traitement requises, selon son état, sans délai et dans le cadre d'un continuum de services dans le but de réduire au minimum possible les séquelles</u></p>	<p>Actualiser le continuum de services interne/ambulatoire à l'HJR</p>	<p>Intégration des programmes interne et ambulatoire réalisée</p>	<p>Intégration réalisée en 2012-2013</p>	<p>Comité régional de réadaptation avance grandement les travaux d'harmonisation et de continuums.</p> <p>Toutefois, les autres comités ne semblent pas évoluer au même rythme.</p>
	<p>Implanter les paramètres d'organisation des services du MSSS et de l'INESSS au niveau de la réadaptation (avec le CSSSL), incluant le soutien à l'intégration</p>	<p>Niveau de réalisation des orientations nationales</p>	<p>Selon les attentes et l'échéancier de l'équipe ministérielle</p>	
		<p>Taux de participation au comité régional</p>	<p>100% de participation</p>	
	<p>Augmenter l'intensité des services en ambulatoire</p>	<p>Augmentation des HPS en ambulatoire</p>	<p>HPS en hausse</p>	
	<p>Entreprendre des discussions avec l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) pour établir les corridors de services et autres paramètres du continuum</p>	<p>Avancement des travaux</p>	<p>Corridors et autres paramètres inclus dans le cadre de référence régional sur les services posthospitaliers</p>	
	<p>Implanter le continuum de services, avec ses composantes régionales et interrégionales relevant du mandat de l'HJR</p>	<p>Continuum implanté</p>	<p>Finalisation de l'implantation d'ici au 31 mars 2015</p>	
<p>Obtenir d'Agrément Canada une désignation d'Unité spécifique de réadaptation AVC</p>	<p>Désignation obtenue</p>	<p>Désignation effective d'ici 2015</p>	<p>Travaux en cours</p>	

Orientation 6.6.5 Accès aux services spécialisés

Axe d'intervention : Gestion de la douleur chronique

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Mise sur pied de réseaux hiérarchisés de services interdisciplinaires et amélioration de la formation des professionnels de la santé dans le domaine de la douleur chronique</u>	Donner suite, en continu, aux recommandations des comités de travail nationaux au regard de l'organisation des services <ul style="list-style-type: none">• Comité du RUIS de Mtl• Comité AERDPQ• Groupe de travail HSCM• Groupe de travail régional	État d'avancement de l'organisation des services	Selon les directives et orientations issus des comités et préconisés par le ministère et l'Agence	Sous le leadership de l'Agence, l'HJR parle aux comités.
	Participer, lorsque requis, aux travaux des comités	Taux de participation	100% de participation	100 %
	Renforcer les mécanismes de liaison avec le CSSSL et l'HSCM, afin d'établir un continuum de services, régional et interrégional, en douleur chronique pour les lavallois	État d'implantation du continuum	Continuum implanté d'ici le 31 mars 2015 (échéancier dépendant des travaux nationaux)	Partenariat implanté avec CSSSL

Orientation 6.6.8 Accès aux services spécialisés

Axe d'intervention : La traumatologie (actualisation et consolidation du réseau intégré)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Orientation principale : mise à jour de la structure fine du réseau en en conservant les acquis les plus probants</u> • <u>Objectif : optimiser le réseau des centres de traumatologie</u>	Participer, en continu, à l'actualisation du plan d'action directeur régional en traumatologie	État d'avancement du plan d'action	Bilan annuel chaque mois de septembre	Réalisé
	Participer aux instances régionales et interrégionales	Taux de participation	100% de participation	100%
	Participer à l'élaboration et à l'implantation le PROS TCC légers de Laval		Élaboration pour l'automne 2012 Implantation d'ici à 2015	Travaux en suspens à l'Agence

Orientation 6.1.2b Regroupement d'achats

Axe d'intervention : Cellulaire (voix et données)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Réduire le montant total des investissements par le recours aux appels d'offres regroupés</u> <u>Arrimer les devis techniques avec les normes ministérielles en matière de télécommunications</u>	Planifier le renouvellement des contrats et préparer une transition (Vérifier les conditions d'un regroupement avec Sygma Santé à Montréal)	Contrats regroupés	Contrats regroupés s'il y a pertinence, d'ici 2015 <i>Note : La téléphonie cellulaire à l'HJR est d'envergure restreinte (17)</i>	Les cellulaires ont été regroupés avec le contrat SigmaSanté Bell.

Orientation 6.1.1 Un seul service national et un seul logiciel de courrier électronique

Axe d'intervention : Courrier électronique

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Réduire le montant total des investissements par le partage d'un service de courrier électronique</u> <u>-Permettre de régler plusieurs problématiques</u> <u>-Permettre une normalisation assurant la performance, la disponibilité, l'accessibilité, la relève et la continuité des services</u>	Actualiser le scénario retenu par le ministère		En attente du choix effectué par le MSSS pour procéder à l'actualisation	Travaux internes débutés. En attente du plan de projet d'implantation de l'Agence de Laval (nouveau système courriel)

Orientation 6.2.2

Axe d'intervention : Énergie

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Mesurer l'impact annuel des investissements déjà réalisés</u> <u>Réaliser de nouveaux projets</u>	Finaliser la mise en place du projet Écosystème (projet de géothermie) visant à réduire la consommation d'énergie de 30% et l'émission de CO de 447 tonnes	Économie réalisée	Système mis en place en 2012-2013	Terminé

Axe d'intervention : Téléphonie IP

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	État d'avancement
<u>Augmenter la productivité des intervenants dans l'usage des solutions informatiques...</u>	Remplacer le système en place (très précaire et en fin de vie utile) par un nouveau système selon les recommandations nationales et régionales	Nouveau système en place	Nouveau système en place d'ici 2015 (cet échéancier dépend du financement accordé)	Budget approuvé par l'Agence. Les travaux débuteront en 2014 selon l'échéancier à venir (ASSL).
	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.



Hôpital juif
de réadaptation
Jewish
Rehabilitation
Hospital

3205, place Alton-Goldbloom
Laval (Québec) H7V 1R2

T: 450 688-9550
F: 450 688-4493

www.hjr-jrh.qc.ca



Hôpital d'enseignement affilié à l'Université McGill
A McGill University Affiliated Teaching Hospital

