



Rapport annuel de gestion 2013-2014

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

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



1 MESSAGE DES AUTORITÉS

MOT DU PRÉSIDENT ET DIRECTEUR GÉNÉRAL

Au cours de l'année fiscale qui s'est achevée, l'hôpital a fait face à des défis financiers importants. Une réduction très importante du financement de nos tiers payeurs (dont la SAAQ) couplée avec une réduction du financement du MSSS dans le cadre de mesures relatives au retour à l'équilibre budgétaire, a créé une «tempête parfaite». Après plusieurs années d'excédents budgétaires, l'hôpital se trouvait dans une situation déficitaire importante. En réponse, et avec l'aide de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, des décisions difficiles ont été prises afin de modifier notre offre de service tout en continuant de répondre à nos obligations face aux communautés que nous desservons, relativement à la qualité des soins et à l'accessibilité de nos services.

Cet exercice nous a permis de recentrer la mission de l'hôpital comme établissement à double mission; celle d'un centre hospitalier de services généraux et spécialisés, voué à la réadaptation et celle d'un centre de réadaptation en déficience physique pour la région de Laval. Cela formalise l'imputabilité quant à la réponse aux besoins de services spécialisés en réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique et rend visible cette responsabilité.

L'Hôpital juif de réadaptation est une perle rare au sein du système québécois de la santé et sa réputation pour son excellence dans la qualité des soins desservis, l'enseignement et la recherche est irréprochable. Sachez que la force d'une organisation naît de ses employés et cette réputation pour son excellence est une réflexion du continuel dévouement de tout notre personnel. Nos sincères remerciements.

Nous tenons aussi à remercier l'équipe de gestion, et plus particulièrement, Monsieur Jacques Hendlitz, notre Directeur général intérimaire pour leur inlassable support et leur indéfectible leadership au cours de la dernière année. Nous remercions également tous nos membres du conseil d'administration, ainsi que les membres de ses divers comités, pour leurs judicieux conseils et recommandations au cours de l'année.

Respectueusement,



Howard Berish
Président du Conseil d'administration



Gary Stoopler
Directeur général

2 DÉCLARATIONS

DÉCLARATION DE 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 2013-2014 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 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 2014.

Le directeur général,



Gary Stoopler

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 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 PricewaterhouseCoopers LLP/s.r.l. /s.e.n.c.r.l. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme PricewaterhouseCoopers LLP/s.r.l. /s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Gary Stoopler
Directeur général



Connie Piccoli
Directrice intérimaire des ressources financières

3 PRÉSENTATION DE L'HJR

MISSION ET VALEURS

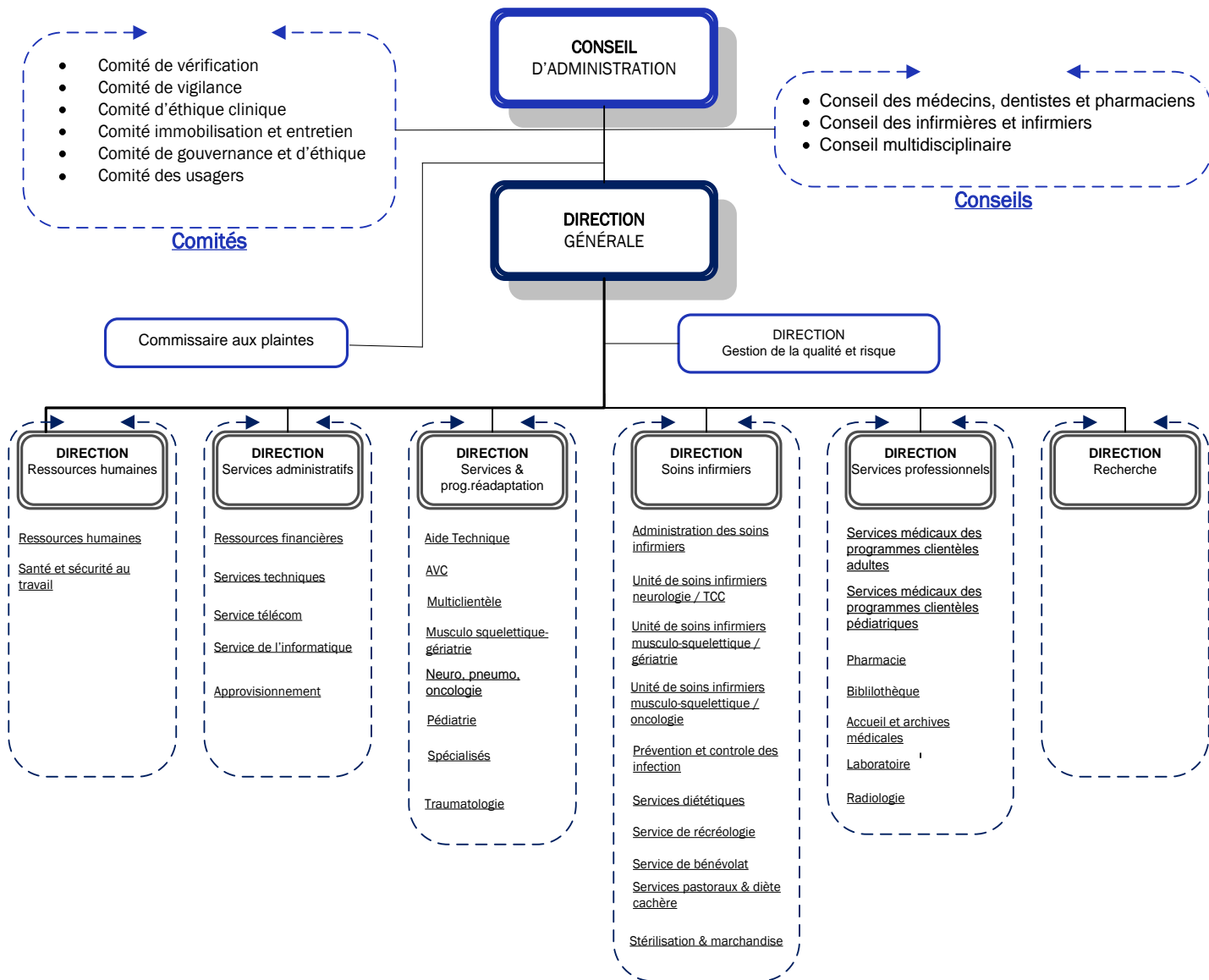
L'Hôpital juif de réadaptation (HJR) est un centre hospitalier de services généraux et spécialisés voué à la réadaptation. C'est aussi le centre régional en déficience physique pour les clientèles adultes et pédiatriques de Laval. Il offre à des clientèles qui présentent des incapacités découlant de problèmes de santé physique, ou de déficience physique, des services spécialisés (de 2^{ème} 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 sociale 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.

ORGANIGRAMME (au 31 mars 2014)



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE SON TERRITOIRE

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.

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.

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 des 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 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. 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.

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.

1. PROGRAMME DES AIDES TECHNIQUES

Ce programme regroupe trois sous-programmations cliniques

A) Service des aides techniques

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

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 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 conductrice ou passagère.

2. PROGRAMME ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

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 entraînant des déficiences similaires, telles que des hémorragies intracrâniennes).

DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

3. PROGRAMME MULTI-CLIENTÈLE

Ce programme regroupe 4 sous-programmations 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. La plupart du temps, il s'agit de petites résidences accueillant entre 3 et 20 personnes. Le propriétaire y habite, ou encore, du personnel s'y relaie pour dispenser des services aux usagers.

Les ressources proposent des milieux de vie adaptés, avec services de base (repas, lessive, entretien ménager) et assistance aux activités quotidiennes. Elles permettent de maintenir une participation sociale des usagers dans la communauté.

B) Équipe régionale en intervention complexe (ÉRIC)

L'équipe régionale en intervention complexe (ERIC) a été conçue pour supporter les équipes impliquées auprès de clients présentant un trouble grave du comportement (TGC), 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 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 socio-professionnelle 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 sociocommunautaire, socio-résidentielle et socioprofessionnelle du jeune en lien avec son projet de vie.

DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

4. PROGRAMME PÉDIATRIE

Le Programme de pédiatrie à l'HJR offre des services ambulatoires de réadaptation aux enfants présentant une déficience du langage ou une déficience motrice entraînant une incapacité significative et persistante. La programmation clinique est subdivisée en trois sous-programmes :

A) Sous-programme d'intervention concertée

Ces activités s'adressent à une clientèle en attente d'évaluation diagnostique devant être effectuée par une clinique de développement du réseau des CSSS et autres. La programmation consiste à offrir de la stimulation globale aux enfants, ainsi que du soutien aux parents et aux partenaires dans le réseau. Ce programme est offert en concertation avec CRDI-TED de Laval.

B) Sous-programme 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 primaire du langage. Pour les enfants à la prématernelle et maternelle, HJR a une entente avec la commission scolaire pour intervenir dans les classes langage. Le deuxième volet est dédié à une clientèle âgée entre 2 et 18 ans présentant un bégaiement. Finalement, le sous-programme déficience du langage propose également des services à un plus faible volume d'enfants âgés entre 5 et 7 ans présentant un trouble primaire du langage avec une dyspraxie verbale.

C) Sous-programme 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 CRDI-TED de Laval.

5. PROGRAMMES SPÉCIALISÉS / TRAUMATOLOGIE

Le programme regroupe deux volets :

1- Volet spécialisé

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

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 (neurologique, oncologique, amputation,...) qui ont besoin d'interventions interdisciplinaires pour retourner au travail.

DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

Les services incluent notamment l'évaluation des barrières de retour au travail, le développement et l'application d'un plan de traitement pour optimiser les capacités de travail ainsi que l'accompagnement du client pendant son retour thérapeutique au travail (analyse et adaptation de poste de travail, accompagnement, support à la recherche de solution,...).

B) Programme d'adaptation à la douleur chronique (PADoC)

Ce sous-programme vise une clientèle présentant une douleur reliée à une problématique physique sous-jacente, persistant au moins 3 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.

2- Volet traumatologie

A) Traumatisés cranio-cérébraux modéré-grave

Le programme accueille 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) Traumatisés cranio-cérébraux léger

Deux profils d'usagers avec TCC léger sont référés 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 à l'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 sans mise en charge sur un ou plusieurs membres pendant plusieurs semaines. Les usagers peuvent également présenter un diagnostic de TCC léger.

DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

D) Blessé médullaire (BM)

Les usagers BM reçoivent des services de réadaptation fonctionnelle et de la réadaptation axée sur l'intégration sociale sur une base externe.

E) Victimes de brûlure graves (VBG)

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

6. PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

Le programme de santé physique regroupe deux sous programmes cliniques.

A) Sous-programme orthopédique

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

B) Sous-programme pneumologie

Le sous-programme accueille en 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.

7. PROGRAMME SPÉCIALISÉ EN DÉFICIENCE VISUELLE

L'Institut Nazareth, Louis-Braille et MAB-Mackay offrent, dans les locaux de l'HJR, des services d'évaluation en basse vision, de réadaptation dans le milieu de vie de la personne pour le développement d'habiletés dans les déplacements, les activités de la vie quotidienne, ainsi qu'au niveau de la communication écrite et du braille. Des services de prêt d'aides techniques ainsi que de démonstration et de vente de produits adaptés sont aussi offerts.

8. PROGRAMME SPÉCIALISÉ EN SURDITÉ ET EN COMMUNICATION

L'Institut Raymond-Dewar et MAB-Mckay offrent, dans les locaux de l'HJR, des services d'évaluation, d'attribution et d'apprentissage à l'utilisation des aides auditives et de suppléance ainsi que des services d'apprentissage de moyens adaptés de communication. Un suivi orthophonique pour la voix, la parole et le langage, la gestion des acouphènes ainsi qu'un suivi en psychologie sont aussi offerts.

ENTENTE DE GESTION

A. INDICATEUR GESTRED

Usagers desservis en déficience motrice et déficience du langage

Nombre d'usagers	2013-14
Déficience motrice	1640
Déficience langage	625
	2265

Usagers desservis toute déficience par établissement

Nombre d'usagers	2013-14
HJR	2265
IRD	643
INLB	692
MAB-Mackay	179

Heures de prestation de services en déficience physique

HPS	2013-14
Déficience motrice	111 407
Déficience langage	14 272
	125 679

B. PLAN D'ACCES

Standard d'accès au 31 mars 2014

	Demandes reçues	Demandes traitées	Demandes en attente	Taux de respect des délais
DM élevé	781	753	28	99 %
DM modéré	478	355	123	94 %
DL élevé	349	285	64	65 %
DL modéré	37	24	13	54 %
Total	1645	1417	228	90 %

CONSOMMATION DE SERVICES

VOLUMETRIE – PROGRAMMES HOSPITALIERS

	Nombres d'usagers 2013-14	Durée moyenne de séjour 2013-14
PROGRAMME AVC		
Accident vasculaire cérébral	215	52.67
PROGRAMME NPO		
Conditions neurologiques	68	60.64
Réadaptation pulmonaire	78	29.97
Oncologie	26	46.77
PROGRAMME TRAUMA		
TCC et BOG	79	64.37
PROGRAMME MSK-GÉRIATRIE		
Orthopédie	412	36.22
<i>Subaigus</i>	--	--
Amputation	23	85.37
Gériatrie	72	46.81
RÉPIT	10	14.60
TOTAL	983	44.88

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

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

Voici un bilan des activités d'enseignement des stagiaires.

CONSOMMATION DE SERVICES

VOLUMETRIE – PROGRAMMES AMBULATOIRES

Programmes	Nombre d'usagers 2013-14
PROGRAMME AVC	399
PROGRAMME MSK-GERIATRIE	
MSK	1288
Amputés	36
Gériatrie	78
Rhumatologie	29
PROGRAMME NPO	
Neurologie	231
Pneumologie	199
Oncologie	40
PROGRAMME AIDE A LA COMMUNICATION	43
PROGRAMME TRAUMA	
Blessure orthopédique grave	52
Traumatisme crânio-cérébral	144
Blessure médullaire	26
Victime de brûlures graves	2
PROGRAMME PEDIATRIE	
Langage	735
Moteur	282
PROGRAMME MULTICLIENTELE	
Conduite	177
ERIC	23
RNI	64
SINT	13
PROGRAMMES SPECIALISES	
PEDIP	91
PADoC	94
Vestibulaire	123

VOLUMETRIE – SERVICES DES AIDES TECHNIQUES

	2013-14
Attribution fauteuil roulant neuf	470 (65 %)
Attribution fauteuil roulant valorisé	246 (35 %)
Attribution d'orthèse	628
Demandes de services facturées	6601

ENSEIGNEMENTS & STAGES

STAGES 2013 - 2014

Discipline	# Étudiants	# Heures de stages	# Jours de stages
Ergothérapie	13	3255	465
Physiothérapie	15	3920	560
Orthophonie	12	2149	306
Technicien éducation spécialisée	1	120	16
Infirmières (BScN)	27	3086	440
Infirmières (DEC)	69	6489	927
Infirmières auxiliaires	64	6931	990
Préposés aux bénéficiaires	13	1190	170
Diététique et nutrition	18	2730	390
Récréologie	6	384	55
Service Social	1	35	12
Éducation physique/kinésiologie	2	660	130
Technique réadaptation physique	15	1491	132
Inhalothérapie	11	77	11
Psychologie	2	791	113
Technique orthèse/prothèse	1	193	28
Médecine	4	263	38

HEURES D'ENSEIGNEMENT DE COURS UNIVERSITAIRES

Discipline	# heures d'enseignement
Ergothérapie	80,5
Physiothérapie	105,5

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

L'offre de service a été modifiée en cours d'année principalement en raison de restrictions budgétaires et de recentrage des activités vers la réadaptation spécialisée. Voici les principaux faits saillants :

Fermeture du programme de réadaptation oncologique

Le programme de réadaptation oncologique a restreint ses activités de façon significative, entraînant par le fait même, la fermeture du programme en septembre. Sur le total de 8 lits, 6 ont été fermés et deux lits ont été transférés au programme neuro. La clientèle oncologique ayant une incapacité significative et persistante (déficience physique) secondaire à une atteinte neurologique est maintenant accueillie au programme neurologique. La clientèle ayant une atteinte orthopédique est intégrée au programme musculo squelettique sans ajustement de lit.

Fermeture de lits en traumatologie

Le programme de traumatologie possédait 20 lits pour la clientèle TCC et BOG. Le rapatriement de BOG par les Laurentides a justifié la fermeture de 5 lits au printemps 2013. L'analyse du taux d'occupation de 81 % en 2012-13 nous laissait présager qu'un nombre inférieur à 15 lits suffirait à répondre à la demande. Une réduction supplémentaire de 3 lits a été effectuée à la fin mars 2014.

Fermeture du programme de gériatrie

Depuis environ 2 ans, la région analyse la trajectoire de services de réadaptation pour les personnes âgées. Les travaux ont permis de mettre en lumière que le programme de gériatrie de HJR accueille principalement une clientèle à récupération fonctionnelle plutôt qu'une clientèle âgée requérant des services de réadaptation spécialisée. Cette dernière clientèle est accueillie dans les programmes spécifiques à leurs besoins. L'HJR a misé sur l'intégration de l'approche adaptée à la personne âgée à l'ensemble de ces programmes de réadaptation. Ceci dit, la personne âgée sans besoin spécifique de réadaptation mais requérant une programmation pour récupération, peut être orientée à l'UTRF de Ste-Dorothée ou aux lits de gériatrie. Afin de simplifier la trajectoire et de se concentrer sur ses missions, HJR se retire de ce volet avec l'accord des partenaires. Les 12 lits ont été fermés à la fin mars 2014.

Fermeture de lits au programme AVC

Le taux d'occupation justifiait une révision de l'allocation des lits. Le programme n'utilise pratiquement jamais les 32 lits dédiés. (2011-12 : 92 %, 2012-13 : 95 % et en P-7 : 81 % malgré 4 lits en moins dans la période estivale). Ces données incluent les usagers en fin de réadaptation active. L'analyse a permis d'évaluer le besoin à 26 lits. En mars 2014, 6 lits ont été fermés et les effectifs ont été transférés en externe.

Fermeture du lit de répit

HJR offrait un service de répit à un faible volume de clientèle. Il a été convenu de cesser d'offrir ce service qui ne correspond pas à la mission de réadaptation de l'établissement. Afin de ne pas porter préjudice à la clientèle utilisant ces services, HJR a continué à desservir la clientèle ayant déjà eu recours à ce lit et fermera l'accès à une nouvelle clientèle. L'activité se fermera par attrition dans le temps.

PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LES SERVICES OFFERTS, DANS L'ACQUISITION D'IMMEUBLES, DE TECHNOLOGIES MÉDICALES ET INFORMATIONNELLES (suite).

Révision du suivi systématique du PTG-PTH

Depuis 2004, HJR assumait l'offre complète de service pour les soins post hospitalier ambulatoire et à domicile (soins infirmiers, ergothérapie et physiothérapie) de la clientèle ayant eu une chirurgie électorive pour prothèse de genou ou de hanche. Une révision du suivi s'est conclue par un partage de l'offre de service avec le CSSS. HJR assume maintenant que la réadaptation ambulatoire par le biais de thérapeute en réadaptation physique.

Développement du programme de soutien à l'intégration

Un financement récurrent a permis de réaliser le développement du programme de soutien à l'intégration. Ce programme permet d'accompagner de jeunes adultes dans au transfert de la vie scolaire à la vie active.

Tableau récapitulatif de la répartition des lits

Programmes	Mars 2013	Mars 2014
Traumatologie	20	12
AVC	32	26
Orthopédie/ gériatrie	54	43
Neurologie	6	8
Pneumologie	5	5
Oncologie	8	
Répit	1	
Total	126	94

Pharmacie / SARDM

L'HJR a déployé les chariots de médicaments sur les unités de soins ainsi que les chariots de transferts permettant la distribution des médicaments de façon sécuritaire.

L'HJR a également conclu une entente de service avec le CSSS Laval pour que le CSSS Laval procède à l'ensachage sous format unitaire des médicaments qui sont administrés aux patients de l'HJR. Cette entente de service a été mise en application au début de l'année 2014.

De plus l'HJR a procédé à un appel d'offre pour le réaménagement de la pharmacie et des salles de médicaments sur les unités de soins afin d'avoir des espaces conformes et bien aménagés. Les travaux ont débutés au début de l'été 2014.

L'emplacement du système électrique

Dans le cadre d'assurer notre plan d'entretien à long terme, les travaux pour le remplacement du système électrique ont débuté l'automne dernier et ont été complétés récemment, au printemps dernier. Ce projet assure une plus grande capacité de courant continu et un service d'électricité plus fiable et efficace.

4 LES RÉSULTATS

RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL

L'hôpital juif de réadaptation a poursuivi son engagement à l'accomplissement des objectifs de la planification stratégique. Il est à noter que l'évaluation de l'offre services effectuée en mars 2013 a entraîné une modification de certaines orientations. En autres, l'établissement a procédé à la fermeture du programme oncologique. Il s'est ajouté la fermeture du programme de gériatrie et un ajustement du nombre de lits en fonction des besoins régionaux en réduisant les lits aux programmes de traumatologie et AVC.

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
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	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	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'opérationnalisation 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 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	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	

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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
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 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.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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 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 multi-problématiques Échéancier selon l'Agence	Réalisé
	Développer de nouvelles places pour la clientèle nécessitant plus de 3h soins par jour	Nombre de places développées	10 nouvelles places d'ici le 31 mars 2013	Postulant identifié par processus d'appel d'offre. Ressource actuellement en développement.
	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 des ressources résidentielles 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.
	Diffuser l'offre de service du programme des ressources résidentielles de proximité	Système d'information efficace en place	Feuillelet 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, 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	

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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 délais établis : <ul style="list-style-type: none"> 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 	Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis 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 délais 75% des demandes de priorité modérée sont traitées selon les délais Pour 2013-2014-2015 : 90% de toutes les demandes sont traitées selon les délais	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

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 inférieurs ou égaux 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 inférieur aux seuils.
			Poursuivre les activités de sensibilisation et de rappel (nombre)	Politiques et procédures appliquées.
			Effectuer régulièrement la formation des nouveaux employés (nombre de formations)	Activités d'orientation / formations données.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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 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	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 mouvance au sein des programmes n'a pas permis d'augmenter le nombre de stagiaires.
	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	La restriction budgétaire a orienté les interventions vers une stabilité de main d'œuvre plutôt que du développement.
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	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% 2013-2014 = 7.11 %
	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)			Système uni-dose implanté. Formation donnée et préceptorat effectué des infirmières auxiliaires pour leur intégration à l'administration des médicaments.

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013-2014

	<ul style="list-style-type: none"> Révision de la structure et de l'organisation du travail du personnel infirmier (Infs, Infs aux, PABs, 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 effectives 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.
	<ul style="list-style-type: none"> 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.
	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	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	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>	Taux réalisé 2013-14 = 2.2%

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	Décision prise en cours d'année de reporter cet objectif en attente de la nomination d'un Directeur général
	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	<p>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 cuisiner à partir de nouvelles recettes respectent la politique alimentaire tout en respectant les lois cachères.</p> <p>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.</p>
	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 plateformes techniques d'entraînement et des professionnels du sport.

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013-2014

	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	Taux de 4.98 % pour l'année
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.
	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	A revoir en 2014-15 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 autre l'abolition de poste infirmières.
	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 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	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 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	Participation substantielle	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			

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013-2014

	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.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 Assurer la pérennité des projets d'organisation du travail implantés	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 6.1.1

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
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 attente du choix effectué par le MSSS 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.

ORIENTATION 6.1.2

Regroupement d'achats

Axe d'intervention : Cellulaire (voix et données)

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	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 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 Sigma Santé Bell. L'entente provient de l'Agence.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Orientation 6.2.2

Axe d'intervention : Énergie

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	Etat 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 l'émission de CO de 447 tonnes	Economie réalisée	Système mis en place en 2012-2013	Terminé

Axe d'intervention : Téléphonie IP

Objectif régional	Objectif de l'HJR	Indicateur	Cibles et échéanciers	Etat 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	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.

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	Etat d'avancement
Atteindre la capacité maximale de production des plateaux techniques disponibles dans le secteur public Assurer une optimisation de la prise en charge de la clientèle à coûts constants	Elaborer 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 HJR : < 72 heures

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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
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	Donner suite, en continu, aux recommandations des comités de travail nationaux au regard de l'organisation des services	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 participe aux comités.
	<ul style="list-style-type: none"> • Comité du RUIS de Mtl • Comité AERDPQ • Groupe de travail HSCM • Groupe de travail régional 			
	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)	Travaux en suspens.

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
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	Actualiser le continuum de services interne/ambulatoire à l'HJR	Intégration des programmes interne et ambulatoire réalisée	Intégration réalisée en 2012-2013	Comité régional de réadaptation a terminé ses travaux. Un bilan a été déposé au comité directeur. Toutefois, les autres comités n'évoluent pas.
	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	Niveau de réalisation des orientations nationales	Selon les attentes et l'échéancier de l'équipe ministérielle	
		Taux de participation au comité régional	100% de participation	
	Augmenter l'intensité des services en ambulatoire	Augmentation des HPS en ambulatoire	HPS en hausse	
	Entreprendre des discussions avec l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) pour établir les corridors de services et autres paramètres du continuum	Avancement des travaux	Corridors et autres paramètres inclus dans le cadre de référence régional sur les services post hospitaliers	

	Planter le continuum de services, avec ses composantes régionales et interrégionales relevant du mandat de l'HJR	Continuum implanté	Finalisation de l'implantation d'ici au 31 mars 2015	
	Obtenir d'Agrément Canada une désignation d'Unité spécifique de réadaptation AVC	Désignation obtenue	Distinction effective d'ici 2015	Travaux en cours

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
Orientation principale : mise à jour de la structure fine du réseau en en conservant les acquis les plus probants <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : optimiser le réseau des centres de traumatologie 	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 cours à l'Agence

RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS CONTENUS DANS L'ENTENTE DE GESTION

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014		
Direction générale :		Coordination, financement, immobilisations et budget
Priorité	Résultats 2013-2014	État d'avancement des travaux
Approvisionnement en commun (1)	Entente de gestion et d'imputabilité signée.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Mise en oeuvre des phases 1 et 2.	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Commentaires		
(1) Après vérification auprès de la corporation en commun Sigma Santé, celle-ci ne signe pas d'entente particulière avec ses établissements membres.		
Nom : Michel Dumaine et François Lavigne		Date : 2014-05-21

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines		Agréé au 31 mars 2012	Réalisé
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail		NA	Non réalisé (1)
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées		4,99 (2)	4,98
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat		Offre le programme de préceptorat	réalisé

Commentaires

- (1) Le comité de direction a pris la décision d'attendre l'arrivée du nouveau directeur général avant d'entreprendre cette démarche.
 (2) L'engagement de l'établissement a été révisé en cours d'année et se situe maintenant à 4,99% au lieu de 3,6%.

Nom : François Lavigne Date : 2014-05-21

* Résultats en date du
 ** Résultats en date du

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Direction générale:	Services de santé et médecine universitaire
----------------------------	---------------------------------------------

<i>Priorité</i>	<i>Résultats 2013-2014</i>	<i>État d'avancement des travaux</i>
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail; Le faire approuver par le SMA de la DGSSMU; Mise à jour du plan de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

<i>Commentaires</i>	
<p><u>Suivi systématique PTH-PTG</u> L'HJR a participé à la révision de l'offre de service régional. Elle est maintenant partagée par les 2 établissements. L'HJR offre maintenant que les services de réadaptation ambulatoire dispensés par des thérapeutes en réadaptation physique. Il y a eu une augmentation significative d'usagers ayant recours aux services ambulatoires.</p> <p>2012-2013 : 456 usagers 2013-2014 : 580 usagers</p> <p><u>Politique et processus pour l'amélioration des transferts</u> Dans le but de diminuer le nombre d'admissions tardives (arrivées près 14h00 à l'HJR) qui atteignait une moyenne de 13 admissions par période (période 2 -11, 2013-14), ce qui équivalait à près de 20% du nombre total des admissions, l'HJR a soumis une nouvelle politique et procédure aux directions des services professionnels du CSSL et du centre hospitalier du Sacré-Coeur en mars 2013, principaux partenaires acheminant des patients à ces heures. Dès les périodes 12 et 13, 2013-14, le nombre d'admissions tardives était réduit à 7 et 6 respectivement, représentant 12% des admissions.</p>	
Nom : Marie-Claude Beaulieu et Michelle Nadon	Date : 2014-05-21

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
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 %	n/a
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	88 %	90 %	89,5%
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	95 %	90 %	91,4%

Commentaires

Il est à noter qu'en déficience du langage, le taux de respect est de 64%. Il y a 77 usagers en attente d'un premier service. Il y a une croissance continue du nombre de référence d'année en année. Le potentiel d'amélioration est limité sans l'apport de nouveaux investissements.

Nom : Marie-Claude Beaulieu Date :2014-05-21

* Résultats en date du
 ** Résultats en date du

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention : *Contrôle des infections nosocomiales*

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
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 Clostridium difficile	ND	100	100
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 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	ND	100	n/a en réadaptation
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	n/a en réadaptation

<i>Commentaires</i>	
Nom : Michelle Nadon	Date : 2014-05-21

* Résultats en date du

** Résultats en date du

HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Mis à jour	Mise à jour annuelle	Réalisé
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Engagements réalisés	Assurer la formation du personnel Réviser les processus	(1)

Commentaires

(1) Dans le cadre de l'exercice menant à l'équilibre budgétaire, et une révision de son offre de service, l'HJR a procédé à une révision des processus cliniques et administratifs. À titre d'exemple, la révision de rôle des infirmières auxiliaires en lien avec la loi 90, qui a permis de revoir le rôle des infirmières et des préposés au bénéficiaire. Plusieurs autres secteurs ont également réalisé une démarche de révision des processus de travail.

Nom : François Lavigne Date : 2014-05-21

* Résultats en date du
 ** Résultats en date du

LOI – METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE

Une compression de 429 624 \$ a été ponctionnée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année 2013-2014 dans le cadre de mesures relatives au retour à l'équilibre budgétaire. L'HJR a assumé cette compression par l'optimisation des services et la révision de processus de travail.

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

L'HJR est agréé par l'Agrément Canada pour la période de 2012 à 2015. Les dates de notre prochaine visite sont les 29 et 30 septembre et le 1 octobre 2015.

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

Initiatives pour la sécurité et l'amélioration de la qualité en 2013-14

- Implantation des nouveaux formulaires d'incident et d'accident AH223 et du nouveau site de Gesrisk.
- Des sessions de formation sur ces nouveaux formulaires ont été données au personnel, à 20 gestionnaires cliniques et à 5 gestionnaires non-cliniques. Les sessions portaient notamment sur l'obligation à signaler tous les incidents et accidents et sur la nécessité de divulguer à la victime toutes les informations sur les conséquences potentielles de cet accident. Suite à leur formation, les gestionnaires ont pu transmettre les informations à leurs équipes.

Contentions et mesures alternatives

- La politique et procédure sur l'utilisation des contentions et des mesures alternatives a été implantée en juin 2013. Nous avons utilisé une variété de stratégies pour s'assurer que le personnel possède une bonne compréhension de ces politiques et procédures. Nous avons installé un kiosque et nous avons offert des séances de formation sur les unités des soins infirmiers et auprès des ergothérapeutes.

Recommandations du rapport du Coroner

- En 2013-14, nous n'avons reçu aucune recommandation du bureau du Coroner qui nécessitait des mesures correctives.

LOI – SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.

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.

Le tableau suivant indique les problèmes reliés aux médecins, aux infirmiers et infirmières, aux professionnels de la réadaptation et autres impliqués dans les soins.

PLAINTES				INTERVENTIONS				ASSISTANCES				CONSULTATIONS			
2012-13		2013-14		2012-13		2013-14		2012-13		2013-14		2012-13		2013-14	
# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs	# doss	# motifs
31	48	24	34	2	2	12	13	13	14	11	18	4	4	5	5
TOTAL DES DOSSIERS		2012-13						2013-14							
		dossiers		motifs		recommandations		dossiers		motifs		recommandations			
		50		68		11		52		70		13			

L'hôpital a traité environ 902 patients à l'interne durant l'année dont 41 individus ont enregistré 59 motifs de plaintes, d'interventions, d'assistances et de consultations par le biais de la procédure d'examen des plaintes, reflétant une moyenne de 6,5 motifs d'insatisfaction par 100 patients hospitalisés.

L'hôpital a de plus traité 3 500 patients en clinique externe durant cette période dont 11 individus ont enregistré 11 situations de plainte, d'intervention, d'assistance et de consultation reflétant une moyenne approximative de 0,3 motifs de souci par 100 patients ambulatoires. Il est important de noter que, même avec ce faible nombre de problèmes, les enquêtes menées par le commissaire aboutissent à un maintien de la position de l'hôpital. Le fait que les plaintes variaient largement quant au motif et qu'aucun type unique de plainte n'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 à travers ses divers mécanismes. Ces derniers incluent la procédure d'examen des plaintes, les questionnaires de satisfaction des patients ainsi que les structures internes et celles du Conseil, telles 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 similaires répétitives.

5

LES COMITÉS ET CONSEILS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Howard Berish, président	Louise Courteau
Alvin Shrier, vice-président	Mark Fleisher
Jacques Hendlisz, secrétaire	Marissa Frishman
Andrew MacMartin	Marvin Garellek
Connie Piccoli	Michael Feil
Golda Kligman	Sylvain Villiard
Grace Alter	Sylvain Villiard
Kimberley Singerman	Vacant
Leslie K. Breitner	Vacant

CONSEIL ET COMITÉS INSTITUÉS

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Membres du comité exécutif :

Rola Najem, présidente remplacée par Samar Khreiss
Olivier Fugère, vice-président sortant en septembre 2013
Samar Khreiss, Secrétaire
Bouchra Skali, conseillère élue en septembre 2013
Samantha Naylor, présidente CIIA
Anick Lebreton, vice-présidente CIIA
Michelle Nadon, DSI, membre ex-officio
Jacques Hendlisz, directeur général par intérim

Faits saillants :

Le CII a tenu 6 rencontres au cours de la dernière année et le président du Comité des préposés a été invité à y participer en tant qu'observateur. En septembre 2013, le conseil a tenu des élections pour 2 sièges vacants, mais un seul siège fut comblé jusqu'en mars 2014. Deux membres ont participé à l'assemblée générale de l'ORIIIM/L et ont été élus délégués à l'assemblée et congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

CONSEILS ET COMITÉS INTITUÉS

Plusieurs des sujets traités lors des rencontres du Comité exécutif du CII (CECII) ont été en lien avec les changements de structure du personnel infirmier et de l'organisation du travail qui en découle suite à la décision de la direction de réduire le nombre de lits à 114 en septembre 2013 et à 94 lits en avril 2014. Les changements de rôles et responsabilités des infirmières et infirmières auxiliaires ont été discutés et soutenus par le CECII ainsi que les formations requises tel que la formation intensive sur l'administration des médicaments donnée par l'école d'études professionnelles, Compétences 2000, à toutes les infirmières auxiliaires et le système de préceptorat infirmière-infirmière auxiliaire. Dans le but de maintenir la formation continue, le CII a encouragé le partage des connaissances. Ainsi, 6 présentations « Nursing Grand Rounds » ont eu lieu au cours de l'année. Par ailleurs, la nouvelle politique et procédure de soins plaies qui permet la détermination des soins de plaies ont été approuvées par le CECII.

Le CII a contribué à la poursuite des travaux des comités de travail pour l'implantation de la nouvelle structure de communication inter-quart, l'implantation des nouveaux chariots de médicaments sécurisés et les différents processus reliés au circuit du médicament. Le CECII a aussi assuré sa représentation au sein des comités de gestion des risques, de prévention et contrôle des infections et du circuit du médicament (MUPIT- Médication use and process intervention team). Par ailleurs, le CECII a pris connaissance de la compilation des rapports d'incidents et d'accidents, des résultats des questionnaires de satisfaction des patients et des audits de l'utilisation de l'évaluation de risques de chutes.

La semaine des infirmières a été soulignée par un « 5 à 7 » afin de permettre des échanges dans le contexte d'une activité sociale entre le personnel infirmier. Ce fût à nouveau une occasion pour reconnaître une infirmière, Petronela Benejaru, qui a obtenu sa certification canadienne en soins infirmiers de réadaptation de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Par ailleurs, une première eu lieu lors de l'événement du 5 à 7, soit la remise d'un « Prix d'excellence en soins infirmiers » qui a été décerné à l'infirmière auxiliaire, Linda Hadzurik.

De son côté, le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) a tenu des élections en septembre 2013 pour 3 sièges vacants qui furent comblés.

Les membres du CIIA ont soutenu les changements dans les rôles et responsabilités des infirmières auxiliaires en ce qui a trait à l'implantation de la glucométrie, l'administration des médicaments par les infirmières auxiliaires et à la communication inter-quart. Elles ont aussi contribué aux décisions reliées à la nouvelle organisation de travail suite aux changements de structure des équipes du personnel infirmier.

Suite à l'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) de mars 2013, le CIIA a pris connaissance du rapport qui ne soulignait aucune lacune pour les champs de compétences reliées à la contribution des infirmières auxiliaires de l'HJR à l'évaluation de l'état de santé des patients et à la réalisation du plan de soins.

CONSEILS ET COMITÉS INTITUÉS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Membres du comité exécutif :

Dr. Rubin Becker, président
Dr. Henri Coopersmith, DSP
Jacques Hendlisz, directeur général par intérim
Dr. Allen Sterverman
Dr. Martin Lipnowski
Dr. Joseph Raffoul
Dr. Morris Schweitzer

Faits saillants :

Cette année a été la plus difficile jusqu'à présent. Nous avons dû faire face et composer avec des compressions majeures à l'intérieur de nos programmes. Ces compressions nous ont obligés à procéder à une restructuration significative de notre établissement dans le but de continuer à offrir les meilleurs services à nos patients.

Nous avons eu quelques mouvements de personnel au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital juif de réadaptation. Nous avons dit au revoir à Dr Magdalena Padureanu, mais nous avons accueilli Dr. Hanane Benbarkat. Également, notre pharmacien chef, Sidney Retik, nous a quittés pour une retraite bien méritée. Marie-Chantal Dubuc, pharmacienne, a accepté de reprendre le flambeau.

Notre département de contrôle et prévention des infections poursuit un travail exemplaire dans la protection de nos patients. Nous constatons d'ailleurs une diminution du nombre de cas de C. difficile et des autres infections nosocomiales.

Malgré tous les aléas d'une situation financière difficile, nous poursuivons notre engagement d'offrir des soins cliniques d'un niveau excellent à nos patients.

CONSEILS ET COMITÉS INTITUÉS

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Membres du comité exécutif :

Franca Coscia, présidente
Josée Maltais, vice-présidente
Sylvain Miljours, secrétaire
Chantal Denis, membre exécutif
Ada Pagnotta, membre exécutif

Faits saillants :

- Le CECM s'est réuni à 8 reprises au cours de l'année 2013-2014 et a participé à différents comités/colloques et orientations tant l'extérieur tant qu'au sein de l'HJR:
- Le CECM a participé à l'élaboration de la politique et procédure concernant la section sur la fermeture des dossiers.
- Le CECM a été consulté quant à l'application de Loi 21 sur les actes réservés des ergothérapeutes vs les éducateurs spécialisés. Le CECM a consulté différents partenaires face à l'application de cette loi. À poursuivre selon les demandes de l'employeur et du service d'ergothérapie.
- Le CECM a été consulté par la Fondation au sujet du programme de reconnaissance des employés. Projet intitulé Ange gardien HJR.
- Le CECM a participé au sondage de la Conseil multidisciplinaire régionale de Laval – planification stratégique 2015-2020 sur les engagements prioritaires.
- Conseil d'administration (Kim Singerman)
- Commission multidisciplinaire régionale de Laval (CMuR) (Franca Coscia)
- Le CECM rencontre les nouveaux employés afin de leur expliciter le fonctionnement du CM.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Membres du comité :

Ralph Bienstock, président
Jacques Hendlisz, directeur général par intérim
Michael Greenberg, commissaire aux plaintes
Thérèse Beaudin
Louise Courteau

Faits saillants :

Le comité de vigilance s'est réuni 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 comité a noté que les plaintes varient largement quant à leur sujet et qu'il n'y a pas un type prépondérant menant à un problème significatif.

CONSEILS ET COMITÉS INTITUÉS

COMITÉ DE LA GESTION DES RISQUES

Co-présidentes :

Linda Gloutney
Michelle Nadon

Faits saillants :

Sommaire des rapports d'incidents et d'accidents pour 2013-14

Nous avons comptabilisé 459 rapports d'incidents et d'accidents en 2013-14. Sur ce nombre, on note 186 chutes, 138 erreurs de médication, 101 évènements de nature « autre » et 34 évènements reliés à la diète, à l'environnement etc. De plus, nous précisons que 3 incidents, 86 accidents avec une gravité de C, 88 accidents avec une gravité de D, 12 accidents avec une gravité de E1, 2 accidents avec une gravité de E2 et 1 accident avec une gravité de F furent signalés.

PRINCIPALES ZONE DE RIQUES

Évènements sentinelles

Nous avons procédé à une seule analyse détaillée en 2013-14 suite au signalement du comportement agressif d'un membre de la famille d'un patient la journée de son congé. Une recommandation fut émise d'offrir de la formation supplémentaire au personnel sur la prévention et la gestion des comportements agressifs.

Programme de prévention des chutes

Nous poursuivons l'implantation des meilleures pratiques pour des formations de groupe dans le domaine de la prévention des chutes. Une présentation du projet d'un étudiant de maîtrise à McGill a été offerte et une « boîte à outils » fut remise.

Pratiques de sécurité en matière de médication

Les bilans comparatifs de médicaments sont faits pour tous les patients au moment de l'admission et du congé et lors de transferts pour les patients du 4^e étage. La mise en œuvre du projet SARDM a débuté en 2013-14 avec l'introduction de nouveaux chariots de médicaments compatibles avec ce nouveau système. Des pratiques de sécurité supplémentaires ont été ajoutées dont l'utilisation d'une ceinture en bandoulière fluorescente (sash) par le personnel qui distribue les médicaments. Cette ceinture indique que la personne qui la porte ne doit pas interrompre dans son travail. Le système Unidose a été implanté en février 2014. Les infirmières auxiliaires autorisées ont reçu une formation sur les techniques d'administration de la médication afin qu'elles puissent assumer cette responsabilité.

Recommandations sur la prévention et le contrôle des infections en 2013-14

Suite à une éclosion de gastro en décembre 2013, un certain nombre de recommandations ont été émises et réalisées. Nous avons donc procédé à une révision de l'allocation des ressources et de l'organisation du travail des employés de l'entretien ménager durant une éclosion. Les autres recommandations portaient notamment sur l'utilisation des bénévoles pour promouvoir l'hygiène des mains aux entrées principales de l'Hôpital et adopter une approche proactive dans la gestion des futures éclosions.

CONSEILS ET COMITÉS INTITUÉS

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Membres du comité :

Sylvain Villiard, président
Howard Berish
Mickey Guttman
Michael Feil
Jacques Hendlisz
Connie Piccoli

Faits saillants :

- Accueil du nouveau trésorier du comité de vérification ainsi que des nouveaux vérificateurs
- Révision des processus en lien avec l'approvisionnement
- 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 budgétaire des services et des mesures de compression présentées à l'Agence et au conseil d'administration dues à la réorganisation des services et de la fermeture des soins infirmiers du 2^e étage.

COMITÉ DES USAGERS

Membres du comité :

Ralph Bienstock
Jacques Hendlisz
Grace Alter
Michael Greenberg
Vacant
Vacant

Faits saillants :

- Étude sur diverses méthodes d'évaluation de satisfaction des usagers.
- Établissement du sondage de satisfaction auprès des usagers
- Révision de notre livret d'accueil.
- Nous sommes en campagne de recrutement actif afin de combler des postes au sein du comité.

6 RESSOURCES HUMAINES

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

<u>CADRES</u>	<u>Exercice en cours</u>	<u>Exercice antérieur</u>
Temps complet <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	22,00	24,00
Temps partiel		
Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	3,00	3,00
Nombre de cadre en stabilité d'emploi	0,00	0,00
<u>EMPLOYÉS RÉGULIERS</u>		
Temps complet <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	225,00	258,00
Temps partiel		
(Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a)) <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	95,00	98,00
<u>EMPLOYÉS OCCASIONNELS:</u>		
Nombre d'heures rénumérées au cours de l'exercice	140,005	139,404
Équivalents temps complet (b)	77,00	76,00

- (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

RAPPORT DE L'AUDITEUR



Le 2 juillet 2014

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Hôpital Juif de réhabilitation

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 audites du RSSS l'hôpital Juif de réhabilitation (ci-après « établissement ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport date du 11 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenues après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas tous les informations requises par les Normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers utilisés pour la préparation des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audites 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 audites de l'établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux Normes comptables canadiennes du secteur public.

Autre point

Les états financiers résumés de l'Hôpital Juif de Réadaptation pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion non modifiée en date du 11 juin 2013.

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

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

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière
État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2014

	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	28 816 811	47 007	1 766 702	30 630 520	29 392 477
Subventions Gouvernement du Canada				0	
Contributions des usagers	3 819 650			3 819 650	5 408 759
Ventes de services et revouvrements	275 057			275 057	361 300
Donations	0	494 649	185 997	680 646	706 050
Revenus de placement	3 060			3 060	11 777
Revenus de type commercial		4 028 888		4 028 888	3 959 659
Gains sur disposition					
Autres revenus	18 379	641 821		660 200	588 076
TOTAL	32 932 957	5 212 365	1 952 699	40 098 021	40 428 098
CHARGES					
Salaire, avantages sociaux et charges sociales	25 859 093	1 763 335		27 622 428	28 718 109
Médicaments	477 294			477 294	540 165
Produits sanguins					
Fournitures médicales et chirurgicales	343 001			343 001	412 667
Denrées alimentaires					
Rétributions versées aux ressources non institutio	1 515 638			1 515 638	1 375 235
Frais financier			388 561	388 561	415 870
Entretien et réparations, (C2-P650 c/a 7800) capitalisables relatives aux immobilisations	349 922		395 825	745 747	431 525
Créances douteuses					
Amortissement des immobilisations			1 145 459	1 145 459	1 153 510
Perte sur disposition d'immobilisations					36 451
Autres charges	4 444 413	3 246 043		7 690 456	8 087 923
TOTAL	32 989 361	5 009 378	1 929 845	39 928 584	41 171 455
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(56 404)	202 987	22 854	169 437	(743 357)

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière
État des surplus (déficits) cumulés
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Fonds Exploitation (1)	Fonds Immobilisation (2)	Total Exercice courant (3)=(1)+(2)	Total Exercice précédent (4)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS		469 741	469 741	1 213 098
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS - TOTAL	0	469 741	469 741	1 213 098
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	146 583	22 854	169 437	(743 357)
Transferts interfonds	(145 127)	145 127		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	1 456	637 722	639 178	469 741
Constitués des éléments suivants:				
Affectation d'origine interne			639 178	469 741
Solde non affecté				
TOTAL			639 178	469 741

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exploitation (1)	Immobilisations (2)	Exercice courant C1+C2 (3)	Exercice précédent (4)
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	4 438 175	527 525	4 965 700	4 309 478
Placements temporaires				500 000
Débiteurs - Agence et MSSS	963 914	81 935	1 045 849	3 266 975
Autres débiteurs	1 393 830		1 393 830	1 648 223
Créances interfonds (dettes interfonds)	(1 796)	1 796		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) réforme comptable	3 256 551	(6 639 116)	(3 382 565)	(4 269 789)
Frais reportés liés aux dettes				
Autres éléments	20 875		20 875	120 629
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	10 071 549	(6 027 860)	4 043 689	5 575 516
PASSIFS				
Emprunts temporaires		9 163 663	9 163 663	7 432 255
Autres créditeurs e autres charges à payer	3 351 878	175 321	3 527 199	4 990 053
Avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées		930 483	930 483	1 163 083
Intérêts courus à payer		81 935	81 935	83 775
Revenus reportés	3 782 090	1 040 288	4 822 378	5 909 402
Dettes à long terme		5 340 612	5 340 612	5 763 075
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	3 441 181		3 441 181	3 632 065
Autres éléments				
TOTAL DES PASSIFS	10 575 149	16 732 302	27 307 451	28 973 708
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(503 600)	(22 760 162)	(23 263 762)	(23 398 192)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisation		23 397 884	23 397 884	23 360 729
Stocks de fournitures	505 056		505 056	507 204
Frais payés d'avance				
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	505 056	23 397 884	23 902 940	23 867 933
SURPLUS (DEFICITS) CUMULÉS	1 456	637 722	639 178	469 741

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière

Les donations

Exercice terminé le 31 mars 2014

Donation de la Fondation HJR	<u>Exercice courant</u>
Soutien recherche	268 123
Soutien à l'enseignement	<u>75 000</u>
TOTAL DES DONATIONS	<u>343 123</u>

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière
État des flux de trésorerie
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant (1)	Exercice précédent (2)
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (Déficit)	169 437	(743 357)
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses		
Stocks et frais payés d'avance	2 148	(40 085)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations		36 451
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
Gouvernement du Canada		
Autres	(185 997)	(186 114)
Amortissement des immobilisations	1 145 459	1 153 510
Autres	19 154	47 433
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	980 764	1 011 195
Variations des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(233 086)	1 340 996
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	917 115	1 608 834
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions	(1 182 614)	(1 770 111)
Produits de disposition		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en imm	(1 182 614)	(1 770 111)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(887 224)	1 020 066
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	(887 224)	1 020 066

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière
État des flux de trésorerie
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant (1)	Exercice précédent (2)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - dettes à long terme	(219 590)	200 588
Emprunts effectués - refinancement de dettes à long terme		589 000
Emprunts remboursés - dettes à long terme	(202 873)	(166 089)
Emprunts remboursés - refinancement de dettes à long terme		(2 387 655)
Emprunt temporaires effectués - fonds d'immobilisations	1 919 971	4 851 252
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(188 563)	(53 763)
Emprunts temporaires remboursés - refinancement fonds d'immobilisations		(589 000)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	1 308 945	2 444 333
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	156 222	1 262 990
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	4 809 478	3 546 488
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	4 965 700	4 809 478
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent		
Encaisse	4 965 700	4 309 478
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois		500 000
TOTAL	4 965 700	4 809 478
Autres renseignements		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations	175 321	347 235
Intérêts:		
Intérêts créditeurs (revenus)		11 777
Intérêts encaissés (revenus)	3 060	11 566
Intérêts débiteurs (dépenses)	388 561	415 870
Intérêts déboursés (dépenses)	373 839	455 320
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		
Placements réalisés		

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

État de la situation financière État des variations des actifs financiers nets Exercice terminé le 31 mars 2014

	FONDS		Total	
	Exploitation (1)	Immobilisations (2)	Exercice courant C1+C2 (3)	Exercice précédent (4)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(507 204)	(22 890 988)	(23 398 192)	(22 034 600)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(507 204)	(22 890 988)	(23 398 192)	(22 034 600)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	146 583	22 854	169 437	(743 357)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(1 182 614)	(1 182 614)	(1 770 111)
Amortissement de l'exercice		1 145 459	1 145 459	1 153 510
(Gains/Perte sur dispositions)				36 451
TOTAL VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	-	(37 155)	(37 155)	(580 150)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	2 148		(2 148)	(40 085)
Acquisition de frais payés d'avance				
Utilisation de stocks de fournitures				
Utilisation de frais payés d'avance				
TOTAL VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATION	2 148		(2 148)	(40 085)
Autres variation des surplus (déficits) cumulés	(145 127)	145 127		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	3 604	130 826	134 430	(1 363 592)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(503 600)	(22 760 162)	(23 263 762)	(23 398 192)

8 TABLEAU DE SUIVIS DES RÉSERVES

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 2014		
				R	PR	
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 1 des états financiers qui indique que le résultat des opérations des activités principales de l'Hôpital Juif de Réadaptation se solde par un déficit au montant de 1 005 009 \$. 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.	2012-13	O				NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Au cours de l'exercice, l'établissement a relevé une erreur dans la compilation de certaines des données relatives aux unités de mesure, tel que décrit à la note 2 complémentaire à ces données. Ces erreurs ont été corrigées pour l'exercice clos le 31 mars 2013. Toutefois, la direction nous a informés qu'elle n'est pas en mesure de déterminer, au prix d'un effort raisonnable, les corrections à apporter aux données de l'exercice clos le 31 mars 2012. Par conséquent, il nous a été impossible d'obtenir des éléments probants suffisants pour nous faire une opinion sur les redressements qui auraient dû être apportés aux unités de mesure de l'exercice clos le 31 mars 2012. Nous exprimons donc une opinion modifiée sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées de l'exercice clos le 31 mars 2013 en raison de l'incidence possible de ce problème sur la comparabilité des chiffres de la période considérée et des chiffres correspondants	2012-13	R		R		
Centre d'activités dirigées-Loisirs et Sports (#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 mesure de ce centre.	2004-05	R				NR
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						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

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 des leurs fonctions.

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 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.

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

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 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 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.
