



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012

OCTOBRE 2012

Une filiale de
Groupe Santé
sedna 

Table des matières

1. Message des autorités.....	3
2. Déclaration	4
3. Présentation de l'établissement.....	5
4. Activités de l'établissement.....	7
5. Conseils ou Comité de l'établissement créé en vertu de la Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux	14
6. Les ressources humaines de l'établissement	32
7. Les états financiers et l'analyse des résultats d'opération.....	33
8. Les perspectives 2012-2013	35
9. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	36

10. MESSAGE DES AUTORITÉS

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica est un établissement fier de sa contribution au réseau de soins de santé et de services sociaux de la région de Montréal. En effet, la qualité de ses ressources humaines, sa préoccupation d'amélioration continue des services et son désir profond de toujours mieux répondre aux besoins de la clientèle constituent les piliers de l'organisation.

Ce rapport annuel de gestion de l'année 2011-2012 témoignera des résultats obtenus, des projets en cours et des perspectives à venir.

Parmi les nombreuses réalisations ou préoccupations de l'établissement, nous avons choisi de mettre en lumière quatre éléments qui ont teinté l'année 2011-2012 de Villa Medica. Ce sont :

- *Une augmentation significative de notre offre de service, particulièrement pour la clientèle externe;*
- *Une période d'instabilité au niveau de l'équipe de direction;*
- *Un partenariat amélioré avec le CHUM qui donne des résultats intéressants pour la clientèle;*
- *L'amorce de l'implantation du modèle Planetree dans l'établissement.*

Ces éléments ainsi que les autres facettes de notre reddition de compte seront étayés au cours des pages suivantes.

Monsieur Michel Lorange a occupé la fonction de directeur général pendant toute cette année et a quitté peu après la fin de l'année financière. Nous le remercions de son engagement, de sa capacité d'analyse et de sa foi dans les capacités de la clientèle desservie par Villa Medica.

Nous remercions aussi les membres du personnel de Villa Medica pour leur professionnalisme, les gestionnaires cliniques, sous la gouverne de madame Hazel Lefebvre, directrice des services à la clientèle et du Dr Renald Dutil, pour leur engagement, l'équipe de direction du Groupe Champlain qui nous apporte son expertise dans la gestion des services administratifs et les partenaires pour leur contribution à l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services.

Nous espérons que ce document vous permettra de mieux cerner l'ampleur de nos réalisations et vous souhaitons bonne lecture.



Michel Clair,
président du conseil d'administration



Marc Prenevost
directeur général

11. DÉCLARATIONS

A. Déclaration de fiabilité sur les données présentées au rapport annuel et contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel d'activités relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, puisque mon arrivée en poste est postérieure aux activités décrites et aux données produites, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

De plus, je souligne que le système d'information clinique SIPAD n'est pas encore implanté dans l'établissement et que les retards ne sont pas imputables à notre établissement.



Marc Prenevost,
Directeur général

B. Déclaration de fiabilité sur les états financiers de l'établissement

Les états financiers de *Villa Medica Inc* 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 *Villa Medica* 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.

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



Marc Prenevost,
Directeur général



Josée Lanteigne,
Directrice de l'administration et des finances

12. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Mission

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica est un établissement de réadaptation offrant des services spécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à des personnes adultes ayant une déficience physique (incapacités significatives et persistantes) et à des personnes ayant des problématiques de santé physique (incapacités temporaires). Il vise à *conjuguer l'expertise, le savoir-être et l'engagement de l'ensemble du personnel pour offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive personnalisés à des adultes afin de développer leur plein potentiel.*

Installation

Il s'agit d'un établissement privé conventionné, filiale du Groupe Santé Sedna dont les services sont offerts dans une seule installation, située au 225 Sherbrooke Est à Montréal.

Équipe multidisciplinaire

L'équipe interdisciplinaire de réadaptation de l'établissement regroupe les domaines d'expertise suivants : services médicaux, soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, service social, psychologie, neuropsychologie, diététique et pharmacie.

Mandat de services surspécialisés pour les grands brûlés de l'Ouest du Québec

À sa mission en déficience physique et en santé physique, s'ajoute un mandat surspécialisé dans le domaine des grands brûlés. En partenariat avec l'unité des grands brûlés de l'Hôtel-Dieu du CHUM et l'Association « Entraide Grands Brûlés », Villa Medica a été désigné, en 2004, par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux comme étant le *Centre d'expertise pour les adultes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec.*

Villa Medica inc. est le seul hôpital de réadaptation pour les personnes victimes de brûlures graves pour les régions de Montréal et l'Ouest du Québec. Dans ce domaine surspécialisé, il s'associe aux établissements des régions de l'Ouest du Québec pour favoriser la continuité des services.

Contexte et faits saillants

Un établissement qui œuvre dans deux programmes-clientèle

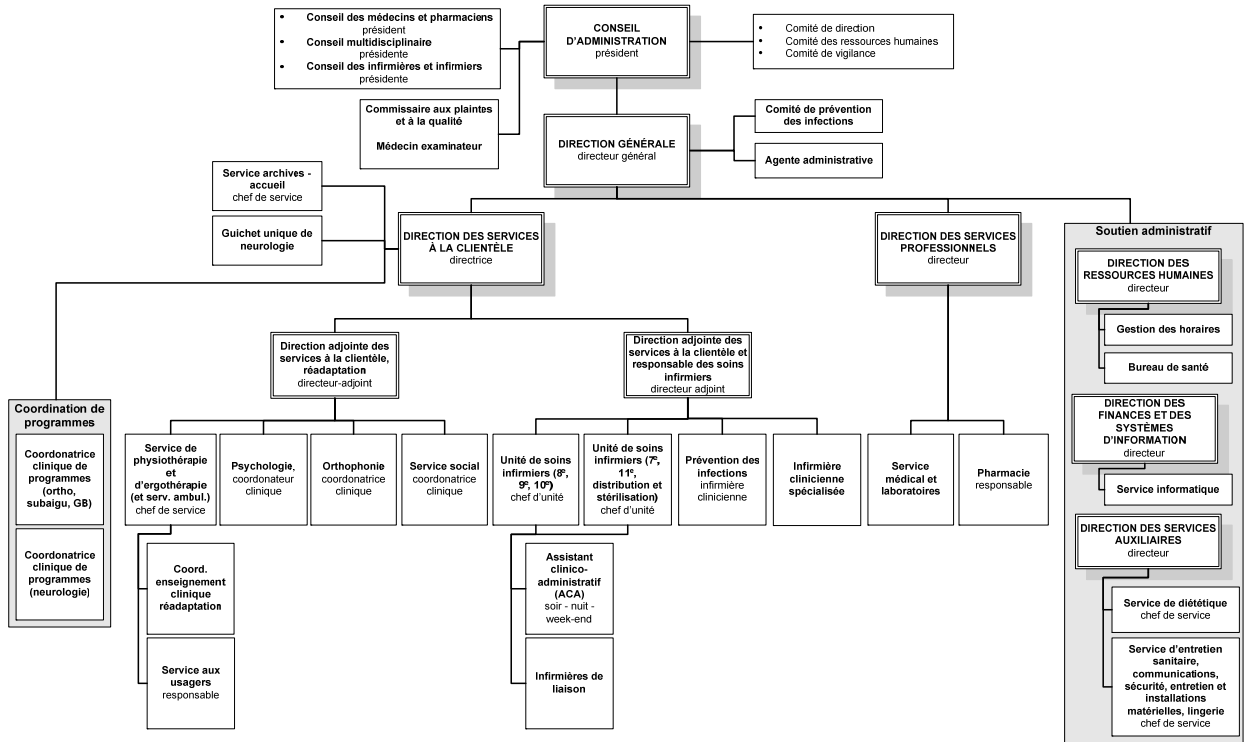
Les services de Villa Medica sont développés pour répondre à des personnes ayant une déficience physique donc avec l'approche de réadaptation fonctionnelle intensive spécifique. Il répond aussi au besoin de personnes du programme de santé physique avec des incapacités temporaires. Ces deux volets influencent les modes de partenariat, les éléments de continuité de services et d'expertise à développer.

Portrait de la clientèle

Le portrait de la clientèle desservie est très diversifié, l'Hôpital de réadaptation Villa Medica ayant un bassin de desserte couvrant tout l'est de l'île, une partie de l'ouest, ainsi que les régions de la Montérégie, des Laurentides, de Lanaudière, et l'ouest du Québec.

- 86 lits en déficience physique :
 - Accident vasculocérébral (AVC) et neurologie (65 lits);
 - Grands brûlés (6 lits);
 - Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves pour l'ouest du Québec;
 - Amputés d'un membre inférieur (15 lits);
- 56 lits en santé physique :
 - Musculo-squelettique (orthopédie et soins subaigus).

Organigramme au 31 mars 2012



13. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Description des services offerts

Pour le programme clientèle « *Déficience physique* », les **86 lits** se répartissent ainsi :

65 lits Clientèle AVC et autres causes neurologiques (personnes de 55 ans et plus)
Le plus grand nombre de lits spécifiquement destinés à ces types de clientèle au Québec.

- Gestion du guichet unique AVC-neuro;
- Programme de réadaptation offert aux populations des CSSS suivants :
 - CSSS du Sud-Ouest-Verdun;
 - CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent;
 - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord;
 - CSSS du Cœur-de-l'Île;
 - CSSS Jeanne-Mance;
 - CSSS de St-Léonard et St-Michel;
 - CSSS Lucille-Teasdale;
 - CSSS de la Pointe-de-l'Île;

15 lits Clientèle des personnes amputées d'un membre inférieur

- Clients provenant des régions suivantes :
 - Montréal (**5 lits**);
 - Montérégie (**2 lits**);
 - Laurentides (**5 lits**);
 - Autres régions (**3 lits**);

6 lits Clientèle des Grands brûlés ayant besoin de réadaptation fonctionnelle intensive en interne

- Pour le territoire de l'Ouest du Québec (70 % de la population du Québec);

Pour le programme clientèle « *Santé physique* », les **56 lits** se répartissent ainsi :

45 lits Clientèle ayant besoin de services en orthopédie et en soins subaigus

- permettent d'offrir des services à la population des territoires suivants :
 - CSSS Cœur-de-l'Île;
 - CSSS de la Montagne;
 - CSSS Jeanne-Mance;
 - CSSS Lucille-Teasdale;
 - CSSS Sud-Ouest-Verdun;

11 lits Clientèle ayant besoin de services en orthopédie et en soins subaigus

- permettent d'offrir des services à la population de la Montérégie.

Principales modifications de l'année 2011-2012

Une augmentation significative de l'offre de services

Pour une bonne partie, cette augmentation a été générée par un financement spécifique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, dans le cadre des projets SARCA destinés au désengorgement des urgences.

De plus, grâce à un projet en [partenariat avec le CHUM](#), nous avons augmenté notre capacité d'offrir des services de réadaptation précoce aux personnes ayant subi un AVC. Les résultats ont été très positifs et

la durée moyenne de séjour du CHUM, pour cette clientèle est passée de 14 jours à 8,4 jours. Quant à la durée moyenne de séjour de Villa Medica, elle s'est maintenue. Il y a donc là une amélioration de l'offre de services régionale.

Pour une autre partie, elle est due à une gestion efficiente des ressources qui a permis, entre autres, de mettre en place des services d'évaluation de la conduite automobile pour nos clients. Comme les délais d'attente étaient très longs pour obtenir ce service important pour nos clients qui retournent à domicile, nous avons développé l'expertise, l'Agence l'a reconnu et un projet pour l'améliorer est, en attente.

Nous témoignerons plus en détail, de cette augmentation, dans la partie concernant les résultats.

Une instabilité dans l'équipe de direction, résorbée en 2012-2013

L'établissement a dû réorganiser sa structure d'encadrement supérieur, suite au départ du directeur des finances et du directeur des ressources humaines.

Après une analyse du Groupe Sedna dont la Villa Medica est une filiale, l'option retenue fut celle d'un partage de services entre le Groupe Champlain et Villa Medica. Donc, les directions mentionnées sont maintenant assurées par celles du Groupe Champlain. Cela permet de concentrer l'expertise dans ces deux domaines et de consacrer nos énergies de gestion au cœur de notre mission, soit la réadaptation.

De plus, le départ du directeur général, même s'il s'est produit en fin d'année, a aussi affecté le contexte de travail puisqu'il en était le gestionnaire principal et qu'il était apprécié du personnel.

Les premiers pas vers l'implantation du modèle Planetree

Villa Medica a accueilli une équipe de visiteurs du Réseau Planetree Québec afin de réaliser une première évaluation organisationnelle qui lui permettra de planifier l'implantation de ce modèle orienté vers la gestion humaniste des soins et services.

Résultats obtenus

Bilan du plan stratégique 2010-2013 pour les deux dernières années

1. Les compétences et les connaissances comme moteur principal de la qualité

- Nouveau plan d'organisation adopté par le Conseil d'administration ;
- Développement des indicateurs de qualité permettant de soutenir l'orientation de réduction de la DMS et d'augmenter le nombre d'admissions et les services ambulatoires afin de mieux soutenir le réseau montréalais ;
- Révision entreprise des politiques, procédures et responsabilités des cadres face à la gestion de leur personnel et de leur budget ;
- Travaux d'implantation de la démarche Planetree : définition de la vision, la mission et des valeurs organisationnelles;
- Poursuite du programme de formation continue auprès du personnel de réadaptation;
- Structuration et début du programme de formation continue aux soins infirmiers;
- Formations interdisciplinaires multiples organisées et offertes aux médecins, au personnel de réadaptation (incluant psychologie et service social), et au personnel des soins;
- Création de nouvelles disciplines ouvertes aux stages (administration, nutrition);
- Création du programme de stage en réadaptation aux résidents en médecine familiale (premier stagiaire au printemps 2012);
- Actions touchant au développement et au transfert de connaissances;

2. La qualité par les pratiques cliniques correspondant aux meilleures pratiques

- Ébauche d'une philosophie d'intervention qui sera synchronisée avec l'implantation du modèle Planetree;

- Comité d'éthique clinique redémarré à l'hiver 2012;
 - Analyse des modes de fonctionnement actuels à Villa Medica quant à l'évaluation et à l'évolution des pratiques cliniques (projet d'un étudiant en administration de la santé);
 - Analyse du mode de fonctionnement disciplinaire et interdisciplinaire en neuropsychologie, révision et proposition d'un nouveau processus pour améliorer l'efficacité des interventions;
 - Réorganisation des soins infirmiers, revue des rôles et responsabilités du personnel des soins, création des postes d'infirmière-chef d'équipe, etc. (recommandations du rapport Théoret);
- 3. La qualité par l'efficacité et l'efficience des ressources**
- Évaluation de la performance sur une base continue; l'excellente performance se maintient en hospitalisation et s'améliore, plus encore, en ambulatoire;
 - Réalisation de plusieurs priorités du PDRI (pharmacie, diététique, requêtes informatiques, visioconférence);
- 4. La qualité par la continuité des services de Villa Medica en collaboration avec ses partenaires**
- Rencontres multiples réalisées par le DG, la DSC, et le DSP sur une base continue (MSSS, Direction nationale des urgences, Agence de Montréal – toutes les directions et tous les comités auxquels nous participons, autres établissements en DP à Montréal, AERDPQ, plusieurs CSSS);
 - Revue des ententes de services avec les CSSS faite sur une base continue;
 - Ajustement continu du fonctionnement inter établissements des programmes, par la DSC, le service d'accueil/archives, le guichet unique en neuro, les tables de coordination des services posthospitaliers, etc.;
- 5. La qualité par l'amélioration de l'accès aux services afin de répondre aux besoins en réadaptation de la clientèle, de permettre le développement de nouvelles compétences, et transférer l'expertise vers de nouveaux marchés**
- Projet pilote pour l'admission précoce des AVC avec des résultats très probants; reconnaissance par le MSSS, l'Agence, et le CHUM de notre contribution à réduire la DMS en neurologie au CHUM; discussions en cours avec le CHUM vers un centre d'excellence en AVC;
 - Cardiologie: rédaction en cours d'un protocole avec l'Institut de cardiologie de Montréal; programme clinique développé à VM;
 - Résultats probants obtenus concernant la valeur ajoutée aux services ambulatoires de 3 CSSS montréalais;
 - Activités de communication externe pour faire connaître les services, expertises et compétences actuelles et en développement à Villa Medica ;
- 6. La pérennité de Villa Medica dans un réseau montréalais où le besoin de lits de réadaptation diminue**
- Travaux en cours avec le CHUM (Dr Louise-Hélène Lebrun et Claire Beaudin) pour pousser plus loin le projet d'admission précoce des AVC suite au succès de la première année;
 - Travaux en cours avec l'Institut de cardiologie de Montréal; programme clinique déjà écrit; poursuivre les démarches pour d'autres programmes;
- 7. La qualité par un milieu de travail stimulant et en étant un employeur de choix pour assurer les effectifs requis à la prestation de services**
- Comité de qualité de vie au travail remis sur pied;
- 8. La qualité par un milieu de qualité pour le patient et sa famille**
- Augmentation du nombre de bénévoles (passe de 10 à 24 bénévoles actifs en deux ans);
 - Introduction de nouveaux services pour amener de la vie dans le quotidien des patients.

Résultats statistiques

Dans les pages qui suivent, nous ferons état de certains éléments statistiques qui décrivent encore mieux les efforts réalisés pour améliorer la desserte de nos clientèles.

LES ADMISSIONS

	Neurologie	Amputés	Grands Brûlés	Orthopédie	Subaigus	Total
2008-2009	380	72	51	379	188	1 070
2009-2010	426	86	59	412	174	1 157
2010-2011	535	92	50	389	252	1 318
2011-2012	552	84	66	338	253	1 293
Écart sur 2 ans	3,2 %	-8,7 %	32,0 %	-13,1 %	0,4 %	-1,9 %
Écart sur 3 ans	29,6 %	-2,3 %	11,9 %	-18,0 %	45,4 %	11,8 %
Écart sur 4 ans	45,3 %	16,7 %	29,4 %	-10,8 %	34,6 %	20,8 %

Constats :

- Nous avons augmenté de 20,8 % les admissions, dans les quatre (4) dernières années.

LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (JOURS)

	Neurologie	Amputés	Grands Brûlés	Orthopédie	Subaigus	Total
2008-2009	50,3	65,0	28,1	38,5	31,3	42,9
2009-2010	45,4	54,0	27,4	34,9	29,7	39,0
2010-2011	39,2	50,8	30,0	31,5	24,8	34,6
2011-2012	40,7	50,1	29,4	30,0	27,0	34,3
Écart sur 2 ans (%)	3,7 %	-1,3 %	-1,9 %	-4,8 %	9,0 %	-0,8 %
Écart sur 3 ans(%)	-10,3 %	-7,2 %	7,5 %	-14,0 %	-9,1 %	-12,0 %
Écart sur 4 ans(%)	-19,1 %	-22,9 %	4,7 %	-22,2 %	-13,9 %	-20,0 %

Constats :

- Notre gestion constante de la durée moyenne de séjour a permis que 4 des 5 programmes de notre établissement enregistrent une baisse de la durée moyenne de séjour. Globalement pour Villa Medica, ce sont des gains de 20 % dans les quatre dernières années.
- Seul le programme des grands brûlés a globalement augmenté sa durée de séjour sur 4 ans. Toutefois, si on isole les années 2010-2011 et 2011-2012, on constate, là aussi, une baisse de la durée de séjour.
- De façon générale, on peut aussi établir le constat qu'une certaine stabilisation de la situation semble s'installer, si on regarde de près les résultats des années 2010-2011 et 2011-2012.

SERVICES AMBULATOIRES

	Neurologie	Amputés	Grands Brûlés	Total DP	CSSS contrats	Total traités
2008-2009	174	49	59	282		282
2009-2010	185	48	50	283	103	386
2010-2011	290	61	44	395	142	537
2011-2012	365	75	62	502	321	823
Augmentation 1 an	25,9 %	23,0 %	40,9 %	27,1 %		53,3 %
Augmentation 2 ans	97,3 %	56,3 %	24,0 %	77,4 %	126,1 %	113,2 %
Augmentation 3 ans	109,8 %	53,1 %	5,1 %	78,0 %	211,7 %	191,8 %

Constats :

- Dans les cinq programmes, les services ambulatoires ont augmenté.
- La plus forte proportion concerne la neurologie (en lien avec le projet-pilote avec le CHUM)
- Pour la clientèle en lien avec le programme de santé physique (6^e colonne), les ententes avec les CSSS ont permis de mieux desservir la clientèle.
- Les services ambulatoires pour la clientèle en AVC-neuro sont offerts, en partie, dans les locaux du CHSLD Gouin afin de se rapprocher de la clientèle. Dans le cadre des services ambulatoires pour la clientèle âgée (SARCA), l'établissement a des contrats de service avec certains CSSS, ce qui l'amène à offrir des services dans les installations desdits CSSS (CSSS de la Pointe-de-l'Île et CSSS du Cœur-de-l'Île).

LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES

- Les *services de physiothérapie et d'ergothérapie* ont à nouveau fait des présentations cliniques aux étudiants de McGill et de l'Université de Montréal ainsi qu'au réseau AVC de Montréal. Ces présentations ont permis le partage de nos connaissances avec les autres intervenants et stagiaires du réseau de santé de Montréal.
- Le service de *psychologie*, en plus de continuer d'assurer la formation de stagiaires au niveau de la maîtrise (Université de Louvain), a accueilli et encadré un stagiaire de niveau doctoral (Université de Concordia).

L'ENSEIGNEMENT

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica est depuis longtemps un milieu de stage actif et reconnu pour la qualité de l'encadrement clinique offert aux étudiants. L'Hôpital continue à développer ce service à la relève et offre des stages dans de nouveaux domaines. Le tableau suivant en fait état.

LES STAGES en 2011-2012

Champ d'expertise	Nombre de stagiaires	Nombre de jours
Infirmières		
Infirmières	42	
Infirmières auxiliaires	120	
PAB	6	
Sous-total	168	305
Archives et accueil		
Archiviste médicale	1	4
Agent administratif	1	20
Sous-total	2	24
Physiothérapie	34	996
Sous-total	34	996
Ergothérapie	22	874
Sous-total	22	874
Direction générale		
Gestionnaire	1	80
Sous-total	1	80
Psychologie	4	180
Sous-total	4	180
Nutrition	8	N/A
Sous-total	8	N/A
TOTAUX	239	2459

Suites données en 2011-2012 aux recommandations émises dans le dernier rapport d'agrément

- Suite à une recommandation du Conseil canadien d'agrément des services de santé, une mise à jour des stratégies de communication a été entreprise. Elle sera finalisée à l'automne 2012 et permettra de décrire plus justement les activités de communication de l'établissement.

Informations relatives à la sécurité des soins et des services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents;

- Depuis avril 2011, les rapports AH-223 sont remis aux chefs de service pour l'analyse et rétroaction au personnel avant leur réacheminement à la DSC pour l'entrée des données à l'informatique (système Gesrisk). Ce changement de pratique a permis une analyse plus rapide des rapports AH-223 ainsi qu'un délai écourté de la rétroaction auprès du personnel
- Révision des politiques et procédures de déclaration et de divulgations complétées et mises en œuvre en 2012.
- Formation à l'ensemble du personnel clinique sur les déclarations des incidents et accidents.
- Hausse importante dans le nombre et la qualité des déclarations par les intervenants en 2011-2012.

- Lors d'un accident, l'intervenant ou son chef de service communique avec les proches du patient pour expliquer l'événement.

Informations relatives à l'examen des plaintes à la promotion des droits

Le rapport annuel du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services est présenté au Comité de vigilance et au Conseil d'administration. Il est également présenté dans ce rapport annuel de gestion, à la section suivante.

14. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉ EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Le conseil d'administration

Voici la liste des membres du conseil d'administration, au 31 mars 2012 :

Monsieur Michel Clair, Président et Chef de direction

Monsieur François Campeau, Vice-Président et chef de la direction financière

Madame Anne Côté, Vice-Présidente e- Affaires juridiques et corporatives

Madame Johanne Brien, Vice-Présidente – Contrôle corporatif et Trésorerie

Madame Marianne Leroux, Vice-Présidente Projets de développement

Informations sur l'entreprise

Groupe Santé Sedna
1010 rue Sherbrooke Ouest
Tél : 514-844-8760
www.groupesedna.ca

Le Groupe Santé Sedna est une équipe de gestionnaires chevronnés, spécialisés dans l'administration et la prestation de services de soins de santé de qualité. Le Groupe Santé Sedna croit en des partenariats solides avec les autorités régionales et provinciales de la santé. Le groupe à cœur l'amélioration continue de l'accessibilité et de la qualité des soins pour tous. Le Groupe Santé Sedna a développé une société canadienne performante, fiable et reconnue : un repère dans l'univers de la santé.

Le comité des usagers

Suite au départ des trois (3) membres, le comité n'a pas pu siéger au cours de l'année 2011-2012 dû à des difficultés de recrutement. Il n'y a donc pas eu de rapport produit pour l'année 2011-2012.

La mise en place d'un comité pour l'année 2012-2013 est un des dossiers prioritaires pour notre organisation.

RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES MÉDECINS ET PHARMACIENS (CMP)

Au cours de l'année 2011-2012, la Direction des services professionnels s'est impliquée dans divers dossiers notamment ceux concernant le plan stratégique de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM), certains projets de développement et les dossiers qui relèvent spécifiquement des mandats que confie la Loi sur les services de santé et services sociaux au directeur des services professionnels d'un établissement.

ACTIVITÉS DU CMP

Le directeur des services professionnels (DSP) a participé à toutes les réunions du Conseil des médecins et pharmaciens (CMP) et s'est assuré que ce Conseil s'acquitte de son mandat premier soit l'évaluation de la qualité des actes médicaux dispensés dans l'établissement et la promotion du développement professionnel continu des médecins. Le rapport annuel du CMP fait état des activités de ce Conseil.

ENTENTE DE SERVICES

Le projet-pilote de réadaptation précoce pour les victimes d'AVC conclu avec le CHUM est entré en vigueur fin novembre 2010 et a débuté en février 2011. Il s'est appliqué pendant toute la période 2011-2012. Ses effets ont été positifs. Au 31 mars 2012, 79 patients ont été traités avec une durée moyenne de 39 jours comparée à une durée moyenne de 40,95 jours pour l'ensemble de la clientèle AVC. La durée moyenne de séjour (DMS) en neurologie au CHUM est passée de 14 à 8.6 jours entre février et juin 2011. Le projet pilote a grandement contribué à cette réduction.

L'intention de Villa Medica est de poursuivre les démarches afin de créer un Centre d'expertise en AVC en partenariat avec le CHUM.

Un projet pilote ayant pour objet d'améliorer l'accès à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) pour les patients atteints d'un gliome de haut grade a été élaboré avec l'Hôpital neurologique de Montréal (HNM). Ce projet pilote n'a pu être complété au cours de la dernière période. Les séances de formation que devait nous donner l'équipe du HNM ont dû être annulées à diverses reprises suite à des contraintes éprouvées par l'équipe du HNM. Toutefois, nous avons néanmoins reçu en réadaptation des patients atteints de gliome et répondant aux critères déjà établis pour une RFI. De récentes discussions avec le HNM devraient nous permettre de finaliser ce projet pilote.

PROGRAMME GRANDS BRÛLÉS

Le DSP du CHUM assume la présidence du comité directeur du centre d'expertise de l'Ouest du Québec pour les victimes de brûlures graves (CEPVBG) depuis avril 2011 selon un principe d'alternance inclus dans nos règlements. Le DSP de HRVM continue à siéger au comité directeur. Outre l'attention portée aux dossiers courants, ce comité directeur a clarifié les mandats des divers sous-comités afin de répondre aux recommandations du groupe-conseil en traumatologie (AETMIS) qui découlaient de sa visite d'évaluation en juin 2010. Nous avons aussi rencontré le Centre d'expertise des grands brûlés de l'Est du Québec afin de partager nos expériences et nos objectifs futurs. Ces travaux ont été faits en partenariat avec les deux autres membres du CEPVBG, l'Unité des grands brûlés de l'Hôtel-Dieu de Montréal et Entraide Grands Brûlés.

Entraide Grands Brûlés (EGB) éprouvant des difficultés financières mettant en péril sa survie, le DSP de l'HRVM s'est impliqué en étroite collaboration avec le président du Conseil d'administration d'EGB pour obtenir une plus grande implication financière du Ministère afin de poursuivre les activités de cet organisme communautaire très aidant pour les victimes de brûlures graves. Une subvention récurrente de 85 000.00 \$ a été obtenue. Malgré un financement qui demeure fragile, cette subvention permettra à EGB de poursuivre ses activités.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Les efforts de recrutement se sont poursuivis pour compléter notre équipe de médecins spécialistes consultants et assurer une relève à l'équipe d'omnipraticiens. Un nouveau médecin, finissant son cours de médecine en juillet, a été recruté, mais nous devons défendre auprès de l'Agence une augmentation de notre PEM qui est de 7 et qui devra être rehaussé à 8 telle qu'accordée en 2010.

Le nombre actuel d'omnipraticiens est minimal pour répondre aux besoins et nous devons prévoir une relève afin de pallier à des retraites totales ou partielles de médecins seniors qui souhaiteraient réduire leur charge de travail.

Trois nouveaux médecins consultants se sont ajoutés, le Dr Édouard Robert Coeugniet, plasticien, le Dr Yan Deschaintre, neurologue, et le Dr Bernard Talbot, psychiatre. La Dre Élisabeth Ling nous a malheureusement quittés, pour des raisons personnelles.

Nous avons fait aux quatre départements de médecine familiale une offre de stages pour des résidents intéressés à parfaire leur formation en hôpital de réadaptation. Cette offre fut acceptée par trois des quatre facultés de médecine. Il s'agit d'un stage optionnel pour les résidents. Un premier résident a débuté son stage début mai 2012. Ce dernier qui a déjà obtenu un PREM et avis de conformité pour exercer à Montréal dans un autre milieu pour satisfaire aux règles du DRMG, il complétera ses activités à HRVM à compter de juillet 2012 dans la mesure où il obtiendra son permis de pratique.

L'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSSM) a modifié les règles d'attribution d'avis de conformité pour les jeunes médecins qui demandent de s'inscrire au PREM de Montréal. Notre demande d'accorder à ce nouveau médecin un avis de conformité répondant aux priorités établies par l'ASSSM n'avait pas été retenue par le DRMG ne jugeant pas notre demande prioritaire dans un contexte où seulement douze postes en deuxième ligne ont été accordés pour l'ensemble de la région 6.

AUTRES ACTIVITÉS

Le directeur des services professionnels assume également les fonctions de médecin examinateur. Aucune plainte ne lui a été transmise au cours de la période 2011-2012. Le rapport du médecin examinateur sera soumis au Conseil d'administration.

Le département de pharmacie relève de la DSP. Un rapport annuel du département de pharmacie a été produit. La réorganisation de nos modes de distribution des ordonnances à l'aide du logiciel GESTPHAR et la gestion du personnel de la pharmacie sont les deux principaux dossiers sur lesquels s'est attardé le DSP. Le logiciel Gestphar a été mis en opération le 30 octobre 2011 et plusieurs politiques et procédures ont été établies en conséquence. Des travaux sont en cours pour évaluer les coûts d'achat ou d'une entente de service d'une ensacheuse.

Projet avec l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM)

Des discussions ont débuté en avril dernier avec l'ICM en vue d'établir un programme spécifique de réadaptation pour la clientèle cardiovasculaire. Nous en sommes à l'étape préliminaire. Un intérêt certain a été exprimé par l'ICM pour mettre en place un projet pilote spécifique à cette clientèle qui a besoin de RFI en phase préopératoire parfois et souvent en phase postopératoire ou après la phase aiguë de leur séjour à l'ICM.

CONCLUSION

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été de précieux collaborateurs dans les dossiers de la DSP. De façon toute particulière, je veux remercier notre directeur général, monsieur Michel Lorange, qui m'a constamment appuyé dans l'exercice de mon mandat et madame Suzanne Pelletier, adjointe administrative à ma direction. Ses vastes connaissances des dossiers de cette direction et de ceux relevant du CMP, sa disponibilité sans faille et son efficacité proverbiale sont des atouts précieux pour permettre à cette direction d'atteindre ses objectifs.

La collaboration des membres de notre CMP a aussi été essentielle dans l'exercice du mandat du DSP.

Le directeur des services professionnels,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renald Dutil', written in a cursive style.

Renald Dutil, M.D.

Le conseil multidisciplinaire

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CECM)

Noms des membres du CECM au 31 mars 2012 :

Insiyah Akbaraly, président par intérim
Marie-Josée Gagnon, vice-présidente
Esther d'Assylva, secrétaire
Valérie Calva
Marie-Hélène Dufour
Raphaël Styger

Représentants de la direction :

Michel Lorange
Hazel Lefebvre
Gaétan Coulombe

Le CECM s'est rencontré à douze (12) reprises durant l'année 2011-2012.

Association des conseils multidisciplinaires du Québec

Le conseil multidisciplinaire (CM) de Villa Medica est membre de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec.

Visioconférence avec d'autres CECM

Nous avons participé en février dernier à un échange sur le fonctionnement et les responsabilités assumées par les comités exécutifs de différents établissements. Nous avons constaté que nous devons formaliser nos façons de faire et recentrer nos objectifs afin de mieux servir les membres.

Restructuration

Avec l'aide de Gaétan Coulombe, directeur adjoint des services clientèles volet réadaptation, que nous remercions, la procédure de régie interne et le processus d'élection ont été écrits afin qu'ils soient conformes.

« Le messager »

Il y a eu trois parutions de cet outil de communication. Les membres du CECM ont publié quelques articles et récolté ceux rédigés par les professionnels.

Semaines de l'interdisciplinarité/Coopération entre les différents conseils

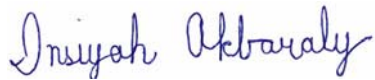
En collaboration avec les CII, CIIA et CMP, le CM a organisé cette activité. Elle s'est étalée sur deux semaines et a connu un bon taux de participation. Y ont été abordés deux thèmes principaux: la connaissance des employés de l'établissement ainsi que celle des rôles de chacun.

Plan d'action pour l'année à venir

- Établir la table de concertation et superviser la réalisation de projets améliorant la qualité des services offerts par les membres.

- Représenter le CM à travers les divers comités (gestion de risques, conseil d'établissement, etc.).
- S'impliquer davantage au niveau de l'ACMQ.
- Participer à une seconde visioconférence avec d'autres CECM pour poursuivre l'élargissement de nos horizons.
- Maintenir notre collaboration avec les éditeurs de 'Le messenger' pour continuer à tenir nos membres informés.

La présidente intérimaire du CECM



Insiyah Akbaraly

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA)

Le conseil des infirmiers et infirmières (CII) et le conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires ont été mis en place, cette année.

L'évolution des activités de ces deux conseils aura un effet positif pour la qualité des soins prodigués au cours des prochaines années. Ces deux comités seront donc en mesure de produire un rapport pour l'année 2012-2013.

Voici les membres de ces deux comités au 31 mars 2012 :

Comité des infirmières et infirmiers (CII)

Madame Martine Augustin, présidente
Madame Nathalie Méhats
Madame Latufa Abdoul-Karim
Madame Guylaine Bilodeau

Comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA)

Madame Sarah Foley, présidente
Madame Nisrine Loumrhari
Madame Fritza Chavry
Madame Anne Tremblay

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

RAPPORT ANNUEL SUR LA GESTION DES PLAINTES ET DES INSATISFACTIONS

Voici le résumé des activités reliées aux plaintes :

	Plaintes en cours au 31 mars 2011	Plaintes conclues en 2011-2012	Assistance	Interventions
1 ^{er} avril 2011 au 31 mars 2012	2	9	13	8

Objet des plaintes (9):

- (5) Soins et services dispensés/compétence technique et professionnelle/ organisation des soins et services /propre à l'établissement/traitement /intervention /médication
- (3) Relations interpersonnelles / Communication – attitude / Manque d'empathie/ manque de respect
- (1) Organisation du milieu/Sécurité et protection des lieux/ fugue

Programmes concernés : 2 au programme amputé du membre supérieur, 3 au programme des soins aigus, 1 programme neurologie, 1 programme grands brûlés, 2 au programme orthopédie.

Objet des interventions (8):

- (6) Soins et services dispensés/compétences techniques habilités/continuité congé/ coordination entre les services réseau/processus de transfert
- (1) Aspect financier pour le transport ambulancier
- (1) Organisation du milieu et ressources matérielles/biens personnels/perte d'une prothèse

Programmes concernés : 7 au programme neurologie, 1 au programme des soins aigus.

***À noter que 55 % d'objets de plainte
et 75 % d'objets d'intervention relèvent des soins et services dispensés à la clientèle.***

Assistance (13) :

- (3) Soins et services dispensés/continuité/coordination entre les ressources du réseau/plan d'intervention
- (4) Aspect financier/ perte d'objets /facturation –chambre- stationnement accessibilité / difficulté d'accès à un processus de transfert
- (2) Organisation du milieu et ressources matérielles /alimentation- manque de variété
- règles et procédures du milieu- fréquence du changement de chambre
- (2) Relations interpersonnelles/abus par un usager / manque d'égard à la personne
- (1) Droits particuliers/assistance

***À noter que 23 % d'objets d'assistance concernent les soins et services dispensés à la clientèle
et que 30 % concernent l'aspect financier***

Activités reliées à la promotion des droits des usagers :

- 4 visites en établissement
- 1 kiosque pour le personnel sur les droits, les obligations et le code d'éthique
- 1 parution dans le journal Le Messenger

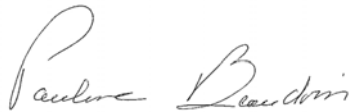
Activités reliées à la promotion du régime des plaintes :

- 1 participation au regroupement des commissaires aux plaintes de la région de Montréal
- 1 formation reçue de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal
- 1 rencontre à l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal pour le dossier Santé Québec

Depuis 2009, le régime du traitement des plaintes connaît une légère diminution de l'ensemble des plaintes, interventions et assistance. Pour l'année 2011-2012, le nombre d'assistances a augmenté versus les interventions, car les suivis ont satisfait les plaignants qui n'ont pas porté plainte par la suite.

Médecin examinateur:

Le directeur des services professionnels assume les fonctions de médecin examinateur. Aucune plainte ne lui a été transmise au cours de la période 2011-2012.



Pauline Beaudoin
Commissaire locale aux plaintes

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Geneviève Beaudoin, présidente
infirmière clinicienne en prévention et contrôle des infections

Dre. Louise Barrieau
Louise Hébert
Michel Lorange
Denis Rochefort
Caroline Fafard
Louise-Hélène Gélinas
Chantal Rivest
Diane Brulé

Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) :

Notre taux d'incidence des diarrhées associées au Clostridium difficile au cours de l'année a été de 3,1/ 10 000 jours-présence (14 patients), comparativement à 4,8 (22 patients) pour l'année 2010-2011. Ce qui représente une diminution de 36 % des cas nosocomiaux. Aucun des patients ayant développé des diarrhées associées au Clostridium difficile n'a subi de complication grave. Le taux d'incidence moyen provincial annuel est de 7,3. Nous avons admis 65 patients avec un antécédent de Clostridium difficile (nombre stable comparativement à l'année précédente). Quatorze patients ont eu une récurrence, autant chez les patients admis avec antécédent de Clostridium difficile que ceux ayant contracté la bactérie à Villa Medica. Huit patients ont développé des symptômes et étaient positifs dans les 72 heures après leur admission (9 en 2010-2011). Nous sommes toujours actifs quant à la surveillance provinciale des diarrhées associées au Clostridium difficile de l'Institut national de santé publique du Québec.

Entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV) :

Notre taux d'incidence pour l'ERV au cours de l'année a été de 0,2/ 10 000 jours-présence (un patient), comparativement à 0,7 (3 patients) pour l'année 2010-2011. Ce qui représente une diminution de 66 % des cas nosocomiaux. Nous avons admis 72 patients porteurs de la bactérie, comparativement à 47 patients l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 35 %. Onze usagers ont été décelés ou annoncés positifs à l'admission. Ces patients ont été découverts soit par un dépistage à l'admission ou par un appel reçu de l'hôpital référent. Nous avons comptabilisé 16 patients ayant eu un contact avec un patient porteur et malheureusement, un d'entre eux a acquis la bactérie suite à ce contact. Il y a eu 12 patients de plus que l'année dernière ayant eu un contact avec un patient porteur. Il est important de dire que le taux nosocomial est peut-être sous-évalué, car aucun dépistage n'est effectué régulièrement pour vérifier s'il y a de la transmission.

Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) :

Notre taux d'incidence du SARM au cours de l'année a été de 3,5/ 10 000 jours-présence (16 patients) comparativement à 5,7 (26 patients) pour l'année 2010-2011. Ce qui représente une diminution de 39 % des cas nosocomiaux. Nous avons admis 78 patients porteurs de SARM et 16 ont été décelés ou annoncés positifs à l'admission. Nous avons donc admis 32 % moins de porteurs que l'année 2010-2011. Nous avons comptabilisé 29 personnes ayant eu un contact significatif avec un usager porteur et trois d'entre eux sont devenus porteurs suite à ce contact. Ce nombre est comparable à celui de l'année dernière.

Comme mentionné dans le rapport annuel de 2010-2011, nous devons nous efforcer de diminuer les taux d'infections nosocomiales, car les taux pour les trois bactéries étaient en hausse. Nous avons eu une diminution des cas de 36 % pour le Clostridium difficile, de 39 % pour le SARM et de 66 % pour l'ERV. Il importe donc de maintenir nos interventions et nos efforts pour que ces taux restent le plus

bas possible. Il est essentiel que la formation en prévention des infections soit accessible et que la gestion des risques soit évaluée régulièrement.

Écllosion Gastro-entérite d'allure virale

La gastro-entérite d'allure virale a frappé cette année. Nous avons eu une écllosion au 11^e étage se déroulant du 11 au 21 mars 2012. Neuf patients ont été symptomatiques, sept d'entre eux répondaient à la définition offerte par l'INSP. Deux d'entre eux ont développé des diarrhées associées au Clostridium difficile. Les patients se sont rétablis dans un délai normal (de 3 à 7 jours). Neuf employés ont été atteints par le virus.

Influenza

Il n'y a eu aucun cas d'Influenza cette année.

Infections urinaires

Nous avons suivi et analysé tous les patients ayant une infection urinaire dans l'année 2011-2012. Nous avons des taux, selon les périodes, variant de 2,6 à 24,5 /10000 jours présences, ce qui se traduit par 1 à 7 infections urinaires nosocomiales par période. Nous avons pu constater que la clientèle subaiguë suivie de près par la clientèle de neurologie est la plus atteinte par ce problème de santé. Par contre, nous pensons que la poursuite de cette analyse s'avère non nécessaire. En effet, il ne semble pas y avoir de transmission nosocomiale des bactéries urinaires et ce problème de santé ne requiert pas d'interventions touchant la prévention et le contrôle des infections. Par contre, le comité de prévention des infections se prononcera sur cette question, puisque le suivi des infections urinaires constituait une recommandation d'Agrément Canada (2009).

Réalisations - Politiques et procédures

Cette année, nous avons procédé à la révision de notre politique générale sur la prévention et le contrôle des infections, qui vise à clarifier les rôles et responsabilités de chacun. Une politique et procédure a également été faite pour la clinique externe des grands brûlés. Le retraitement des matériaux médicaux (les lave-bassines) a aussi été encadré par une politique. Considérant le problème grandissant des punaises de lit, une procédure a été réalisée cette année, pour nous permettre de mieux intervenir. De plus, puisque nous sommes un hôpital de réadaptation, plusieurs aides techniques sont en circulation dans l'hôpital. Nous devons nous assurer de leur désinfection adéquate, c'est pourquoi une procédure a été faite. Nous avons également élaboré une procédure concernant les contacts avec les animaux pour limiter les risques infectieux reliés à ceux-ci. Pour terminer, des guides d'interventions ont été réalisés concernant le SARM, l'ERV et le Clostridium difficile pour que les intervenants aient en main tous les éléments nécessaires pour bien intervenir.

Formation

Nous continuons à former tous les nouveaux employés des soins infirmiers durant une heure lors de leur embauche, formation portant sur les pratiques de base, les précautions additionnelles ainsi que sur les agents infectieux les plus fréquemment rencontrés. De plus, les stagiaires aux soins infirmiers sont également rencontrés au début de leur stage. Le service d'hygiène et salubrité a été formé à deux reprises au cours de l'année 2011 pour uniformiser et mettre à jour les pratiques. Une nouvelle formule de formation a débuté; des capsules de formations sur la prévention des infections seront données à tout le personnel, et ce de façon régulière. Ce processus est déjà en branle et les capsules sont données sur tous les quarts de travail et portent sur différents sujets.



Geneviève Beaudoin
Infirmière clinicienne en prévention
et contrôle des infections

Le comité de gestion des risques

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

BILAN DES INCIDENTS/ACCIDENTS

Pour l'ensemble des tableaux présentés dans ce rapport, il faut tenir compte qu'à compter du 1er avril 2011, la totalité des incidents du niveau de gravité C est passée du statut d' « incident » à « accident ». Cette modification a causé une diminution du nombre d'incidents et une augmentation du nombre d'accidents.

TOTAL DES INCIDENTS/ACCIDENTS

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Total des incidents/accidents	771	699	707	779
Total de jours/présence	45 012	44 336	45 686	45 642
Taux par 10 000 jr /présence	171.2	157.66	154.75	170.68

INCIDENTS/ACCIDENTS PAR TYPE

2010-2011	N	%	Taux pour 10 000 jrs/ présence	2011-2012	N	%	Taux pour 10 000 jrs/ présence
	707	100	154.75		779	100	170.68
Traitement	12	1.70	2.63	Traitement	8	1.03	1.75↓
Test diagnostique	6	0.85	1.31	Test diagnostique	6	0.77	1.31=
Diète	4	0.57	0.88	Diète	28	3.59	6.13↑
Médication	303	42.86	64.35	Médication	331	42.49	75.52↑
Chutes	300	42.43	65.45	Chutes	339	43.52	74.27↑
Bâtiment	2	0.28	0.44	Bâtiment	1	0.13	0.22↓
Équipement	2	0.28	0.44	Équipement	1	0.13	0.22↓
Matériel	4	0.56	0.88	Matériel	15	1.93	3.29↑
Effet personnel	10	1.41	2.19	Effet personnel	6	0.77	1.31↓
Possibilité d'abus, d'agression ou de harcèlement	3	0.42	0.66	Possibilité d'abus, d'agression ou de harcèlement	6	0.77	1.31↑
Autres	61	8.63	13.35	Autres	38	4.88	8.33↓

CHUTES PAR PROGRAMME

2010-2011	N	Taux pour 10 000 jrs/ présence	Jours/ présence	2011-2012	N	Taux pr 10 000 jrs/ présence	Jours/ présence
	300				339		
Aucun programme	2			Aucun programme	0		
Neurologie	175	82.04	21332	Neurologie	205	91.24	22468
Musculosquelettique	36	28.86	12476	Musculo-squelettique	43	42.68	10073
Amputés	30	66.58	4506	Amputés	26	61.25	4245
Brûlés	11	75.97	1448	Brûlés	20	104.77	1909
Subaigus	46	77.65	5924	Subaigus	45	64.78	6947

INCIDENTS/ACCIDENTS PAR NIVEAU DE GRAVITÉ

	2010-2011		2011-2012	
	N	%	N	%
A	61	8.63	81	10.39
B	120	16.97	54	6.93
C*	368	52.05	n/a	n/a
TOTAL INCIDENTS	549	77.65	135	17.33
C*	n/a	n/a	306	39.28
D	83	11.74	268	34.40
E1	67	9.48	57	7.32
E2	7	0.99	6	0.77
F	1	0.14	4	0.51
G	0	0	1	0.13
H	0	0	1	0.13
I	0	0	0	0.13
TOTAL ACCIDENTS	158	22.35	643	82.54
Indéterminé	3	0.43		
GRAND TOTAL	707	100	779	100

* Passage du niveau de gravité C du statut « incident » à « accident » à compter du 1er avril 2011

ÉVÈNEMENTS SENTINELLES

Les événements "sentinelle" englobent des événements de deux ordres : ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques (Statut/gravité G, H ou I) ou ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine des conséquences graves.

	2010-2011	2011-2012
Statut/Gravité G, H ou I	0	2
De grande fréquence		
Médication	303	331↑
Chutes	300	339↑

Les deux événements en catégorie G et H sont des chutes ayant causé des blessures aux patients.

TAUX D'ANALYSE

	2010-2011	2011-2012
Taux d'analyse	0 %	100 %

Depuis avril 2011, les rapports AH-223 sont remis aux chefs de service pour l'analyse et rétroaction au personnel avant leur réacheminement à la DSC pour l'entrée des données à l'informatique (système Gesrisk). Ce changement de pratique a permis une analyse plus rapide des rapports AH-223 ainsi qu'un délai écourté de la rétroaction auprès du personnel.

TAUX DE DIVULGATION

	2010-2011	2011-2012
Taux de divulgation	0 %	0 %

Lors d'un accident, l'intervenant ou son chef de service communique avec les proches du patient pour expliquer l'événement. Par compte, le processus de divulgation tel que prescrit par la loi n'est pas encore en fonction sur les unités de soins ni aux services de réadaptation. Le formulaire n'est pas rempli et mis au dossier. La recherche de toutes les informations nécessaires avant d'informer le patient et ses proches n'est pas exhaustive.

FAITS SAILLANTS CONCERNANT LES RAPPORTS D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS

Constats généraux

- Augmentation de 15,93 du taux d'incidents/accidents par 10 000 jours/présence comparativement à 2010-2011 (Explication : augmentation du nombre d'incidents/accidents combiné à une diminution des jours/présence)
- Augmentations significatives du taux pour 10 000 jours/présence pour la médication (11,17 de plus), les chutes (8,82 de plus) et les diètes (5,25 de plus) (Explication : augmentation du nombre de déclarations effectuées, modification de la classification de « autres » à « médication », « chutes » ou « diètes »)
- Diminution globale de la proportion d'incidents (- 60 %) et augmentation du nombre d'accidents (+ 60 %) (Explication : passage du niveau de gravité C du statut « incident » à « accident » à compter du 1er avril 2011)
- Diminution significative de la proportion d'incidents de gravité B (- 10 %) et de gravité C (- 13 %). Augmentation significative de la proportion d'accidents de gravité D (+ 23 %)
- Augmentation du taux de chutes pour 10 000 jours/présence pour les programmes suivants :
 - Neurologie : + 9,20
 - Musculosquelettique : + 13,82
 - Brûlés : + 28,80
- Diminution du taux de chutes pour 10 000 jours/présence pour les programmes suivants :
 - Amputés : - 5,33
 - Subaigus : -12,87

Chutes

- Presque la moitié des chutes surviennent le jour
- 7/10 chutes ont le statut d'accident en 2011-2012 alors qu'en 2010-2011, 7/10 chutes avaient le statut d'incident. (Explication : passage du niveau de gravité C du statut « incident » à « accident » à compter du 1er avril 2011)
- La majorité des chutes se produisent au 9e étage (28 %) et au 10e (27 %)
- Le taux de chutes a augmenté au 8e étage (+4 %) et au 9e (+3 %)
- La majorité des chutes sont de gravité D (46 %), C (29 %) et E1 (13 %)
- Le taux de chutes a significativement augmenté pour la gravité D (+ 31 %) et diminué pour la gravité C (- 28 %)

Diètes

- 3/4 erreurs surviennent le jour
- 8/10 déclarations reliées à des diètes sont des incidents
- La majorité des déclarations reliées aux diètes se produisent au 9e étage (71 %)
- La majorité des déclarations concernant les diètes sont de gravité B (39 %), A (29 %) et C (21 %)

Médication

- Près de la moitié, des erreurs de médication surviennent le jour
- 6/10 déclarations reliées à la médication sont des « accidents » en 2012, comparativement à 1/10 en 2011 (Explication : passage du niveau de gravité C du statut « incident » à « accident » à compter du 1er avril 2011)
- La majorité des erreurs de médication se produisent au 11e étage (33 %)
- Le taux d'erreur de médication a augmenté au 11e étage (+ 12 %) et au 10e étage (+ 3 %) et au 9e (+ 3 %)
- La majorité des erreurs de médication sont de gravité C (54 %) et D (30 %)
- Le taux d'erreur de médication de gravité D a significativement augmenté (+22 %) tandis que celui de gravité B a significativement diminué (-21 %)

SITUATIONS À RISQUE, RECOMMANDATIONS ET ÉTAT DE SITUATION DES MESURES CORRECTIVES

Situation à risque	Recommandations	Statut
Trous dans le gazon	Refaire l'aménagement du côté ouest de l'établissement en remplaçant le gazon par des dalles de béton, tel qu'à l'avant du bâtiment	En attente du budget disponible
Fissures dans le pavé du stationnement	Réfection de l'asphalte côté nord-est (emplacement des véhicules) et réparation des trous dans le couloir d'accès à l'arrière de l'établissement	Soumission à venir (travaux effectués en fonction du budget disponible)
Moustiquaires non fixés	Vérification des moustiquaires lors du lavage des fenêtres à chaque printemps Directive au service de l'entretien ménager d'effectuer une vérification lors des routes de travail journalier et, au besoin, de soumettre une requête au service des installations matérielles	Réalisé
Portes ouvertes des salles d'utilité	Directive au personnel des soins et des services auxiliaires de fermer les portes de toutes les salles d'utilité, et ce, en tout temps	Réalisé, mais suivi à faire en continu
Possibilité de frapper des usagers lors du transport des chariots d'alimentation	Directive d'installer les cônes orange de circulation pour bloquer le chemin et ouverture des portes en drapeau de sorte que la signalisation « arrêt » soit visible	Réalisé
Plancher glissant de certaines salles de bain	Modification des planchers des salles de bain du 11e et du 7e étage avec de la tuile antidérapante	Réalisé (11e étage) En cours de réalisation à l'été 2012 (7e étage)
Fugue d'un patient sans aucun préavis	Prise de photo à l'admission pour tout nouvel usager Bracelet antifugue pour tout patient à risque dès l'identification du risque de fugue Installation d'un système d'alarme et d'arrêt pour les ascenseurs et les portes des cages d'escaliers	Objectifs réalisés (photo et bracelet) Soumission effectuée (coût 26 000 \$ prévu) Travaux à effectuer en 2013 avec le budget d'aménagement de 2013
Accès possible pour les usagers aux sous-sols	Évaluation des coûts impliqués : projet non réalisable dans la situation actuelle	Projet abandonné pour 2012-2013

Situation à risque	Recommandations	Statut
Plancher mouillé	Directive du service d'entretien sanitaire de toujours mettre en place les pancartes jaunes quand les planchers sont lavés	Réalisé
Manque de visibilité à la sortie arrière	Une évaluation a permis de déterminer que l'installation de miroirs n'était pas adéquate, vu la proximité de la ruelle (accrochages possibles par les ambulances et camions de déchets). Comme solution de rechange, deux ralentisseurs (dos d'âne surélevés) ont été placés à des endroits stratégiques.	Réalisé
Possibilité de feu dans la cuisine d'ergothérapie	Supervision assurée en tout temps Système d'alarme de la cuisine vérifié	Réalisé
Possibilité d'être frappé par la porte des cages d'escaliers	Affiches « ouvrir lentement » installées sur les portes	Réalisé
Identification non conforme de l'entrepôt des déchets biomédicaux	Identifier le lieu avec un pictogramme « biohazard »	Réalisé

RÉALISATIONS POUR L'ANNÉE 2011- 2012

- Mise en place d'un nouveau logiciel pour la pharmacie et la mise à jour de politiques et procédures liées aux changements.
- Formation des infirmières et infirmières auxiliaires au sujet des nouvelles procédures de gestion de médicaments. Suivi régulier fait par la conseillère aux soins infirmiers.
- Révision des politiques et procédures de déclaration et de divulgations complétées et mises en œuvre en 2012.
- Formation à l'ensemble du personnel clinique sur les déclarations des incidents et accidents.
- Hausse importante dans le nombre et la qualité des déclarations par les intervenants en 2011-2012.
- Révision de la composition du comité gestion des risques ainsi que du déroulement des rencontres. Ce processus a été retardé en 2012 en raison des changements multiples dans l'établissement en 2011-2012.
- Ajout de plusieurs nouveaux systèmes d'alerte pour prévenir les chutes.
- Évaluation des besoins de l'établissement pour prévenir les fugues en plus des éléments évalués et mis en place en 2010-2011. Demandes de soumissions pour les systèmes de verrouillage des portes des cages d'escaliers et des ascenseurs pour les patients portant un bracelet antifugue.
- Achat et mise en circulation d'aiguilles sécuritaires (aiguilles papillon) pour la collection du sang.
- Formation des infirmières et infirmières auxiliaires sur l'utilisation des aiguilles sécuritaires.
- Achat et mise en application du nouveau matériel qui répond aux besoins pour les soins de plaie.
- Formation des infirmières et infirmières auxiliaires sur l'utilisation du nouveau matériel de soins de plaie.
- Formation sur les pompes à perfusion, les pompes à gavage et d'autres équipements de soins.
- Achat de matelas préventifs pour les plaies de pression (nous ne louons plus de matelas).
- Installation de strapontins dans l'ascenseur sud ainsi que dans les cages d'escaliers, ceux-ci étant utilisés pour pratiquer la montée et la descente des escaliers avec les patients. Ces strapontins permettent aux patients de se reposer au besoin entre deux paliers et ainsi éviter une chute.
- Participation à la journée mondiale de lavage des mains.

PLAN D'ACTION POUR LA PÉRIODE 2012-2013

- Développer et mettre en œuvre un plan de sécurité des patients basé sur les résultats du Medication Safety Self Assessment.
- Mise en application des politiques et procédures révisées de déclaration, d'analyse et de divulgation d'accidents.
- Suivi des procédures aux unités de soins et dans les services.
- Mise en œuvre du plan d'action pour décentraliser l'entrée de données dans le logiciel GESRISK.
- Rapports périodiques versus tableau de bord (chutes / erreurs de médication/ erreurs de traitement) – Faire l'analyse – établir plan d'action et suivi.
- Faire une analyse prospective de prévention des chutes et de réduction des contentions aux 9^e et 10^e étages (plus grand nombre de chutes).
- Effectuer une nouvelle analyse prospective pour la gestion des médicaments au 11^e étage suite à l'implantation des changements de la pharmacie.
- Achat de chariots de médicaments.



Hazel Lefebvre,
Directrice des services à la clientèle

15. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Informations requises concernant les ressources humaines à l'emploi de l'Hôpital Villa Medica

	Exercice se terminant le 31 mars 2012
<u>Note 1 :</u>	
Effectifs de l'établissement	360
<u>Les cadres : (en date du 31 mars)</u>	
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1 (0,4, ETC)
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0
<u>Les employés réguliers : (en date du 31 mars)</u>	
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	164
- Temps complet temporaire (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	18
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	104 (79,01, ETC)
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0
<u>Les occasionnels :</u>	
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	45 312
- Équivalents temps complet (b)	24,8

Note 1 : Suite à des actions prises afin de réduire la main d'œuvre indépendante (MOI), nous comptons, à l'été 2011, une utilisation de la MOI de 7,1 % des heures aux soins infirmiers comparativement à l'année précédente où l'utilisation de la MOI était de 27 %. Les efforts se poursuivent pour réduire encore plus le recours à la MOI.

16. LES ÉTATS FINANCIERS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS D'OPÉRATION

L'ÉTAT DES RÉSULTATS AU 31 MARS 2012

	2010-2011	2011-2012
Activités principales		
Revenus		
Agence et MSSS	23 807 738 \$	24 901 641 \$
Usagers	759 316 \$	780 207 \$
Recouvrements	377 796 \$	648 974 \$
Autres revenus	258 005 \$	244 695 \$
Total (L.01 à L.07)	25,202 855 \$	26 575 517 \$
Charges		
Salaires	13,606,278 \$	13 827 470 \$
Avantages sociaux	2,825,397 \$	3 187 842 \$
Charges sociales	1,604,379 \$	1 855 163 \$
Médicaments	640,997 \$	602 355 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	308,552 \$	245 607 \$
Denrées alimentaires	467,290 \$	583 612 \$
Créances douteuses	(7,473) \$	(9 905) \$
Entretien et réparations	1,222,825 \$	1 260 630 \$
Autres charges	3,748,125 \$	3 958 432 \$
TOTAL (L.12 À L.27)	24,416,370 \$	25 511 206 \$
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales (L.08 - L.28)	558,040 \$	881 982 \$

L'ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2012

Nom de l'établissement
VILLA MEDICA INC.

Code
2973-2187

Page
204

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert de banque).....01	2,608,557		2,608,557	1,346,496
Placements temporaires.....02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI p408).....03				116,257
Autres débiteurs (FE: p360, FI: p400).....04	305,679		305,679	220,274
.....05	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds).....06				
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: p362, FI: p408).....07	1,485,601		1,485,601	1,485,601
Placements à long terme.....08				
Frais reportés liés aux dettes.....09				
.....10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....11	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400).....12	708,962		708,962	674,760
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12).....13	5,108,799		5,108,799	3,843,388
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403).....14				
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408).....15	87,776		87,776	
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401).....16	3,410,899		3,410,899	3,121,085
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées.....17	xxxx			
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401).....18				
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294).....19	182,212		182,212	
.....20	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403).....21				
Passifs environnementaux.....22	xxxx			
.....23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....24	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401).....25	13,691		13,691	53,222
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25).....26	3,694,578		3,694,578	3,174,307
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26).....27	1,414,221		1,414,221	669,081
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422).....28	xxxx			
Stocks de fournitures (FE: p360).....29	216,852	xxxx	216,852	192,805
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400).....30	99,273		99,273	65,210
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30).....31	316,125		316,125	258,015
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT.....32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32).....33	1,730,346		1,730,346	927,096

Obligations contractuelles (pages 362 et 401)
Éventualités (pages 362 et 401)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

17. Les perspectives 2012-2013

En terminant ce document de reddition de compte, il est important pour nous de faire part des perspectives qui orienteront nos actions de 2012-2013.

Sans être exhaustive, la liste qui suit présente les dossiers qui sont déjà sur la table à dessin de l'établissement.

- *La visite du Conseil canadien d'Agrément qui se tiendra en 2012-2013*
- *Suite à l'évaluation organisationnelle réalisée par le Réseau Planetree Québec en juin 2012, Villa Medica produira le plan d'action qui guidera ses prochains pas vers l'implantation de ce modèle, dans tout l'établissement*
- *L'implantation de Planetree permettra aussi d'arrimer la réflexion sur la philosophie de gestion, le code d'éthique, etc.*
- *Mise en place du comité de coordination de la qualité suite à la visite d'agrément*
- *Révision du plan d'organisation*
- *La planification stratégique 2013-2017*
- *Une planification budgétaire 2012-2013, axée sur l'efficience au niveau des services auxiliaires.*

18. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Contexte

À titre d'établissement privé conventionné visé par la Loi sur les Services de santé et les services sociaux, la Compagnie doit, au terme de la Loi sur le ministère du conseil exécutif se doter d'un code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Au-delà de cette stricte obligation légale, l'adoption d'un tel code d'éthique s'inscrit dans la volonté de la Compagnie de se doter de meilleures pratiques d'affaires qui guident toute entreprise privée soucieuse d'efficacité et de performance.

De plus, la Compagnie estime qu'un tel code garantit la transparence, l'intégrité et la qualité de sa gestion, que commande son partenariat avec le secteur public.

Objet

Le présent code d'éthique a pour objet d'établir les principes et règles auxquels sont assujettis les administrateurs de la Compagnie dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

Champs d'application

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de la Compagnie.

Il s'applique également au directeur général de la Compagnie. En conséquence aux fins d'application du présent code, le terme « administrateur » signifie également le directeur général.

Honnêteté et intégrité

L'administrateur doit se comporter avec honnêteté, intégrité et loyauté, avec l'objectif constant de servir les intérêts de la Compagnie.

L'administrateur doit faire preuve de prudence, de diligence et agir au meilleur de sa compétence dans l'exécution de son mandat.

L'administrateur doit éviter toute situation de corruption et de fraude et n'accepter aucune faveur ou avantage significatif pour lui-même ainsi que pour tout membre de sa famille immédiate.

L'administrateur ne doit pas confondre les biens de la Compagnie avec son bien et ne peut utiliser lesdits biens pour ses fins personnelles ou pour celles de tout membre de sa famille immédiate (conjoint, enfants).

Discrétion et prudence

L'information et la documentation fournies à l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions sont confidentielles de même que les délibérations lors des séances de travail ou réunions du conseil d'administration.

L'administrateur a le devoir de respecter cette règle de confidentialité et de prendre les mesures nécessaires pour conserver l'information confidentielle, notamment en ne révélant d'aucune façon la substance de ce qui est porté à sa connaissance, à moins que le conseil d'administration de la Compagnie n'en décide autrement.

L'administrateur qui a cessé d'exercer sa fonction au sein du conseil d'administration doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, discussion auxquels il a participé et qui avait un caractère confidentiel.

Loyauté

L'administrateur a notamment le devoir de ne pas se servir de son poste pour utiliser ou obtenir des biens ou de l'information privilégiée à des fins personnelles ou pour l'avantage de tout membre de sa famille immédiate.

L'administrateur doit, en acceptant le mandat qui lui est confié, reconnaître les exigences des disponibilités qui y sont afférentes. L'administrateur a notamment le devoir d'être présent de façon assidue aux réunions du Conseil d'administration convoquées et d'y participer de façon active.

L'administrateur ne doit pas utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions dans le but d'en retirer un avantage pour lui-même ou tout membre de sa famille immédiate (conjoint, enfants).

Conflits d'intérêts

L'administrateur doit éviter de se placer en situation réelle, apparente ou potentielle de conflits d'intérêts susceptible de compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaire à l'exécution de ses fonctions.

L'administrateur doit dénoncer au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect dans une entreprise, susceptible de le mettre en conflit entre son intérêt personnel et celui de la Compagnie incluant toute charge d'administration (ou dirigeant) dans une entreprise autre qu'une entreprise liée avec la Compagnie.

L'administrateur doit s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects.

L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de transiger de quelques manières avec la Compagnie à moins d'une autorisation expresse du conseil d'administration.

Sauf dans les cas dûment autorisés par le conseil d'administration, la Compagnie ne permet pas que son nom soit utilisé à des fins qui sont étrangères à ses activités.

L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de toute sollicitation en mentionnant son poste au sein de la Compagnie, sauf avec l'autorisation du conseil d'administration ou du Président dudit conseil.

L'administrateur ou tout membre de sa famille immédiate n'accepte aucun don ou legs d'un usager alors que ce dernier reçoit des services dans un établissement de la Compagnie.

Respect

L'administrateur doit respecter la loi, les règlements, les politiques et autres directives de la Compagnie.

Mesures d'application

Dès son entrée en fonction, l'administrateur doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I du présent document (engagement personnel).

Dans les soixante jours de sa nomination, l'administrateur doit déclarer ses intérêts en complétant, en signant et en remettant au Président du Conseil d'administration l'annexe II du présent document (déclaration des intérêts). Quant au Président du Conseil d'administration, il remettra sa déclaration d'intérêt à la Secrétaire de la Compagnie. Cette déclaration doit être amendée par l'administrateur si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.

Le Président du conseil d'administration remet les déclarations reçues à la Secrétaire de la Compagnie qui les conservent et les tient à sa disposition.

De plus, la Secrétaire de la Compagnie avise le Président du Conseil d'administration de tout manquement aux obligations prévues dès qu'elle en a connaissance.

Les déclarations remises sont traitées de façon confidentielle.

Sanction

Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent code, le Président du Conseil d'administration en informe l'actionnaire qui a désigné l'administrateur concerné.

Entrée en vigueur

Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date d'adoption par le conseil d'administration.

Le Président du Conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologies par les administrateurs.