



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION



Établissement agréé depuis 1973



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA



Établissement membre :



réseau **PLANETREE**  
francophone



Certification Or

# TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE DIRECTRICE GÉNÉRALE .....	p.4
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....	p.5
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS .....	p.6
3.1 L'ÉTABLISSEMENT .....	p.6
3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES .....	p.10
3.3 FAITS SAILLANTS .....	p.19
4. RÉSULTATS EN REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....	p.33
5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ .....	p. 34
5.1 AGRÉMENT – DISTINCTION AVC .....	p.34
5.2 SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES .....	p.35
5.3 CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....	p.37
5.4 CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU CORONER .....	p.37
5.5 CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN .....	p.37
5.6 PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES CLIENTS (ART 118.1 LSSSS) .....	p.37
5.7 PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT .....	p.37
5.8 EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS .....	p.37
6. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE .....	p.38
7. RESSOURCES HUMAINES .....	p.39
7.1 RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT .....	p.39
8. RESSOURCES FINANCIÈRES .....	p.40
8.1 ÉTATS FINANCIERS .....	p.40
9. RESSOURCES INFORMATIONNELLES .....	p.42
10. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....	p.42

11. DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES ..... p.42

12. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ..... p.42

13. ANNEXES ..... p.43

# 1. MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM) est l'un des plus importants établissements offrant des services spécifiques spécialisés et surspécialisés de réadaptation au Québec. Notre expertise dans les principaux programmes de réadaptation en déficience physique, les grands brûlés, les personnes amputées du membre inférieur, les troubles neurologiques et particulièrement l'AVC, de même que les programmes de réadaptation en santé physique, est reconnue par l'ensemble de nos partenaires du réseau de la santé québécois. Notre engagement est continu et quotidien, à l'égard d'une approche privilégiant l'implication du client et de ses proches.

Au terme de la dernière année riche en défis et réalisations, nous tenons à exprimer notre gratitude à l'égard de chaque membre du personnel pour leur engagement exceptionnel. Nous sommes fiers de partager avec vous les bons coups marquants de cette dernière année qui ont contribué à offrir des soins et services de qualité à notre clientèle.

Cette année fut encore marquée par la COVID. Pendant 11 mois, nous avons poursuivi le mandat qui nous était confié par nos partenaires montréalais et accueilli des clients atteints du CORONAVIRUS afin de les réadapter pendant la période d'isolement. Cette exigence supplémentaire n'a pourtant pas affecté notre écoute et notre capacité à adapter nos soins et services puisque la satisfaction des usagers a atteint un taux de 88,43% au 31 mars 2023, une augmentation de 0,21 par rapport à 2021-2022. Ces résultats démontrent notre volonté collective profonde à vouloir satisfaire notre clientèle en tout temps et en toutes circonstances. Bravo à vous.

Nous tenons aussi à féliciter les équipes pour le déploiement et leur implication dans l'animation de la majorité des salles de pilotage. Nous sommes maintenant dotés d'un outil supplémentaire pour mieux suivre la performance, et ce à différents niveaux de l'organisation. Ces salles nous supporteront et conduiront les équipes à prendre des décisions plus éclairées. Pendant ce déploiement encore jeune, nous sommes à l'écoute des commentaires. Les outils bonifieront progressivement, en termes de qualité de données et en termes de pertinence. Nous avons également obtenu le renouvellement de la Distinction AVC avec d'excellents résultats, témoignant de notre engagement continu envers l'amélioration des pratiques. C'était en juin 2022 et tellement d'eau a coulé depuis cette visite !

Il ne faudrait pas oublier la transition vers Système informatisé pour les Personnes avec une Déficience (SIPAD) qui a exigé des ajustements à plusieurs d'entre vous. Nous vous en remercions.

Nous sommes également fiers de souligner le développement et l'implication du comité de clients collaborateurs au sein de l'organisation. Notre collaboration étroite avec nos clients collaborateurs est essentielle pour co-crée ensemble l'évolution de nos services et s'assurer des services toujours personnalisés, adaptés aux différents besoins comme ont différentes cultures. Fortement demandés par plusieurs groupes d'employés, dans une perspective sécuritaire et respectueuse, nous avons finalement développé un cadre complet pour favoriser la non-violence et gérer les comportements problématiques. Les documents sont élaborés. Il reste le plus important, se les approprier, offrir de la formation et réagir avec célérité aux différentes situations.

Le conseil d'administration a autorisé au début de 2023 un budget exceptionnel important afin de s'assurer du maintien de l'actif Villa Medica, c'est-à-dire la bâtisse dans laquelle nous offrirons nos soins et nos services encore pour le reste de la décennie. Aussi, nous avons également obtenu des financements pour le rehaussement de la structure opérationnelle du service informatique. Une partie du parc informatique a été renouvelée, le renouvellement se poursuivra l'an prochain et permettra d'accroître notre efficacité.

Merci encore pour la contribution inestimable de chacun d'entre vous à la réussite de Villa Medica.



Sylvain Lemieux  
Président du Conseil d'administration

Anne Beauchamp  
Présidente-directrice générale

## 2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2022-2023 de l'HRVM :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.



Anne Beauchamp  
Présidente-directrice générale

### 3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

#### 3.1 L'ÉTABLISSEMENT

##### → LA MISSION

- Au-delà de la mission imbriquée dans la LSSS, offrir à des personnes adultes hospitalisées, en partenariat avec le réseau public, des services spécifiques spécialisés et surspécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) :
  - En déficience physique (incapacités significatives et persistantes à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou autre pathologie neurologique, brûlure grave ou amputation du membre inférieur (PAMI));
  - En santé physique (incapacités temporaires en orthopédie, soins subaigus et postaigus).
- Offrir ces services en ambulatoire pour la clientèle en déficience physique.
- Être un centre d'enseignement universitaire affilié à l'université McGill.
- S'engager à faire équipe avec les clients et leurs proches afin qu'elles développent leur plein potentiel.

##### → LA VISION

- Être une référence incontournable en réadaptation grâce à notre approche humaine, notre caractère innovant et notre performance.

##### → LES VALEURS

- **QUALITÉ** : offrir des soins et des services ayant l'aptitude à satisfaire de manière continue les besoins et les attentes des clientèles.
- **BIENVUEILLANCE** : être à l'écoute de la personne en l'accueillant et en la considérant tant dans son individualité que dans sa globalité pour assurer son bien-être et encourager son autodétermination.
- **INTÉGRITÉ** : faire preuve d'engagement et de transparence quant à sa contribution dans l'actualisation de la mission et, dans un souci de qualité, se responsabiliser à l'égard des actions à réaliser.
- **COOPÉRATION** : partager et mettre en commun les compétences, les connaissances et le potentiel de chaque personne et partenaire pour innover et faire ensemble.



## → PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2019-2023

La gouvernance de l'HRVM table sur une planification stratégique couvrant les années 2019 à 2023 qui privilégie les orientations suivantes :

- Réussir notre déménagement, incluant l'évolution du projet clinique;
- Miser sur la performance et l'innovation;
- Accentuer notre approche centrée sur le client et ses proches;
- Être reconnu comme un milieu de travail de choix;
- Positionner Villa Medica comme référence en réadaptation et partenaire incontournable.

### RÉUSSIR NOTRE DÉMÉNAGEMENT INCLUANT L'ÉVOLUTION DU PROJET CLINIQUE

#### PLANIFIER LA RELOCALISATION POUR 2020-2021

- Implanter un bureau de gestion de projet en regard de la relocalisation
- ✓ Mettre en œuvre un plan de gestion du changement (employés)
- ✓ Revoir le plan de main-d'œuvre
- ✓ Revoir le montage financier
- ✓ S'assurer du succès logistique de la relocalisation
- ✓ S'assurer que le nouvel établissement respecte des normes architecturales d'un milieu hospitalier de réadaptation

#### FAIRE ÉVOLUER NOTRE OFFRE DE SERVICE PUBLIQUE ET PRIVÉE

- Actualiser le projet de Medica+
- Analyser les services privés complémentaires et retenir les plus prometteurs
- Introduire des services privés en complémentarité avec les services offerts

#### ÊTRE RECONNU COMME UN MILIEU DE TRAVAIL DE CHOIX

##### INNOVER DANS L'ORGANISATION DU TRAVAIL

- Revoir l'organisation du travail ainsi que les rôles qui en découlent
- Assurer une proximité gestionnaire et employé
- Développer un programme pour accueillir les CÉPI et les externes en soins infirmiers

##### DÉVELOPPER L'EXPÉRIENCE « RESSOURCES »

- Implanter des modalités de travail favorisant l'attraction des médecins
- Implanter un programme d'expérience ressource pour assurer la rétention

- Consolider les programmes de coaching/mentorat/préceptorat

##### DISPOSER D'UNE MAIN-D'ŒUVRE COMPÉTENTE EN TOUT TEMPS EN

##### MISANT SUR LA FORMATION ET LA RECONNAISSANCE

- Élaborer un programme de formation structuré à l'ensemble du personnel
- Développer une planification de relève pour les médecins
- Effectuer une PMO en continu
- Utiliser la gestion de la contribution individuelle pour développer les talents
- Actualiser notre « programme » de reconnaissance

#### MISER SUR LA PERFORMANCE ET L'INNOVATION

##### RENFORCER LA « CULTURE DE LA MESURE » AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

- Déployer indicateurs et cibles + utiliser le plein potentiel du tableau de bord
- Identifier au mieux nos coûts par programme et par activité
- Maintenir les accréditations et réussir les nouvelles (benchmark en continu)

##### PRIVILÉGIER UN ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE FAVORISANT L'AUTONOMIE DE L'USAGER

- Connaître les technologies existantes les plus porteuses d'amélioration des services aux personnes (salle de test)
- Proposer des partenariats pour rendre accessible un ou des outils/appareils pour le personnel
- Faire une vigie des nouveautés en continu des partenariats

##### PRIVILÉGIER UN ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE FAVORISANT L'EFFICACITÉ DU PERSONNEL

- Accélérer le déploiement de la GDE
- Assurer la migration de GESRISK vers SISSS
- Maximiser l'utilisation de nos systèmes technologiques actuels
- Contribuer à l'uniformisation des systèmes d'information au sein de Groupe Sedna

##### INNOVER DANS NOS FAÇONS DE FAIRE/OPTIMISER LES PROCESSUS DANS LE BUT DE

##### RÉALISER DES GAINS DE PERFORMANCE

- Optimiser le processus d'approvisionnement en collaboration avec Sedna
- Débuter un projet pilote comme fournisseur des services de pharmacie de Groupe Champlain
- Étendre l'offre de service de soir et de fin de semaine afin d'optimiser les services

#### POSITIONNER VILLA MEDICA COMME RÉFÉRENCE EN RÉADAPTATION ET PARTENAIRE INCONTOURNABLE

##### ACCROÎTRE NOTRE LEADERSHIP RÉGIONAL ET NOTRE RAYONNEMENT

- Déployer une nouvelle offre de service intensive en externe pour la clientèle AVC
- Mettre en œuvre un plan d'affiliation universitaire
- Obtenir une reconnaissance en réadaptation pour les programmes de résidence en médecine
- Formaliser les ententes balisant la recherche et l'enseignement en devenant membre associé du CRIR, notamment
- Élaborer un plan de communication

##### CONTRIBUER À L'OPTIMISATION DES CONTINUUMS DE SERVICES EN COLLABORATION AVEC NOS PARTENAIRES

- Devenir une référence en traitement des plaies en QB-PAMI
- Influencer les continums de soins et services en participant entre autres aux tables régionales
- Accroître les collaborations établies avec les OBNL et autres organismes et obtenir leur implication dans nos activités

#### ACCENTUER NOTRE APPROCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT ET SES PROCHES

##### OBTENIR LA DÉSIGNATION OR PLANETREE

- Déployer un plan de formation en continu pour le personnel et les bénévoles
- Favoriser l'appropriation du modèle Planetree par d'autres moyens que la formation
- Maintenir notre reconnaissance Argent
- Viser la désignation Or avec les nouveaux critères

##### AMÉLIORER LA CONTRIBUTION DE L'USAGER, DES PROCHES ET DES BÉNÉVOLES

- Identifier et structurer les contributions potentielles des proches, des bénévoles et des patients partenaires
- Définir une programmation pour le service de bénévolat
- Déployer la programmation pour le service de bénévolat
- Engager davantage les usagers et les proches dans la planification du congé avec nos partenaires

##### DISPOSER D'UNE PROGRAMMATION DE POINTE ADAPTÉE À CHACUN DES PROGRAMMES CLIENTÈLES

- Soutenir la cogestion des programmes clientèle
- Actualiser la programmation santé physique
- Planifier l'offre de service en réadaptation pulmonaire
- Actualiser les programmations Neuro et QB-PAMI
- Adapter nos programmes clientèle à l'évolution des besoins, notamment en terme de santé mentale et dépendance

##### INTÉGRER L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

- Développer les outils et structurer le soutien pour l'application du cadre de référence avec la liste des livrables
- Évaluer l'approche à l'intérieur du programme de santé physique

De chaque orientation découle des objectifs généraux puis spécifiques, des plans d'actions, des cibles et des indicateurs qui sont ventilés sur 5 ans en années calendrier tel que l'illustre le tableau ci-dessus.

Des objectifs opérationnels ont été déterminés pour les années 2022 et 2023. Nous planifions la performance organisationnelle en année calendrier en lien avec le cycle de nos propriétaires français de janvier à décembre de chaque année. En 2022, certains des objectifs n'ont pu être atteints, en partie, en lien avec notre désignation de centre de réadaptation pour la clientèle COVID pour une 3<sup>e</sup> année consécutive. Nous terminons l'année 2022- 2023 sans cette désignation qui a cessé le 8 février 2023.

Nos objectifs 2023 se ventilent dans 4 des 5 axes de notre planification stratégique. Seul le positionnement comme référence n'a pas été retenu en priorité cette année. Nous visons à créer un environnement propice à l'épanouissement de notre personnel, à l'amélioration de nos services et à l'atteinte d'une excellence opérationnelle. Plus précisément, nous poursuivons les objectifs suivants :

1. Réaliser les travaux prioritaires sur le bâtiment selon le plan de maintien d'actif 2023-2025 : nous nous sommes engagés à entreprendre les travaux essentiels pour maintenir notre bâtiment dans les meilleures conditions jusqu'à notre relocalisation. En respectant le plan de maintien d'actif pour les

années 2023-2025, nous assurons un environnement sûr et fonctionnel pour notre personnel, notre clientèle et nos partenaires. Ces travaux reflètent notre responsabilité envers la pérennité de notre infrastructure et notre engagement envers un lieu de travail optimal.

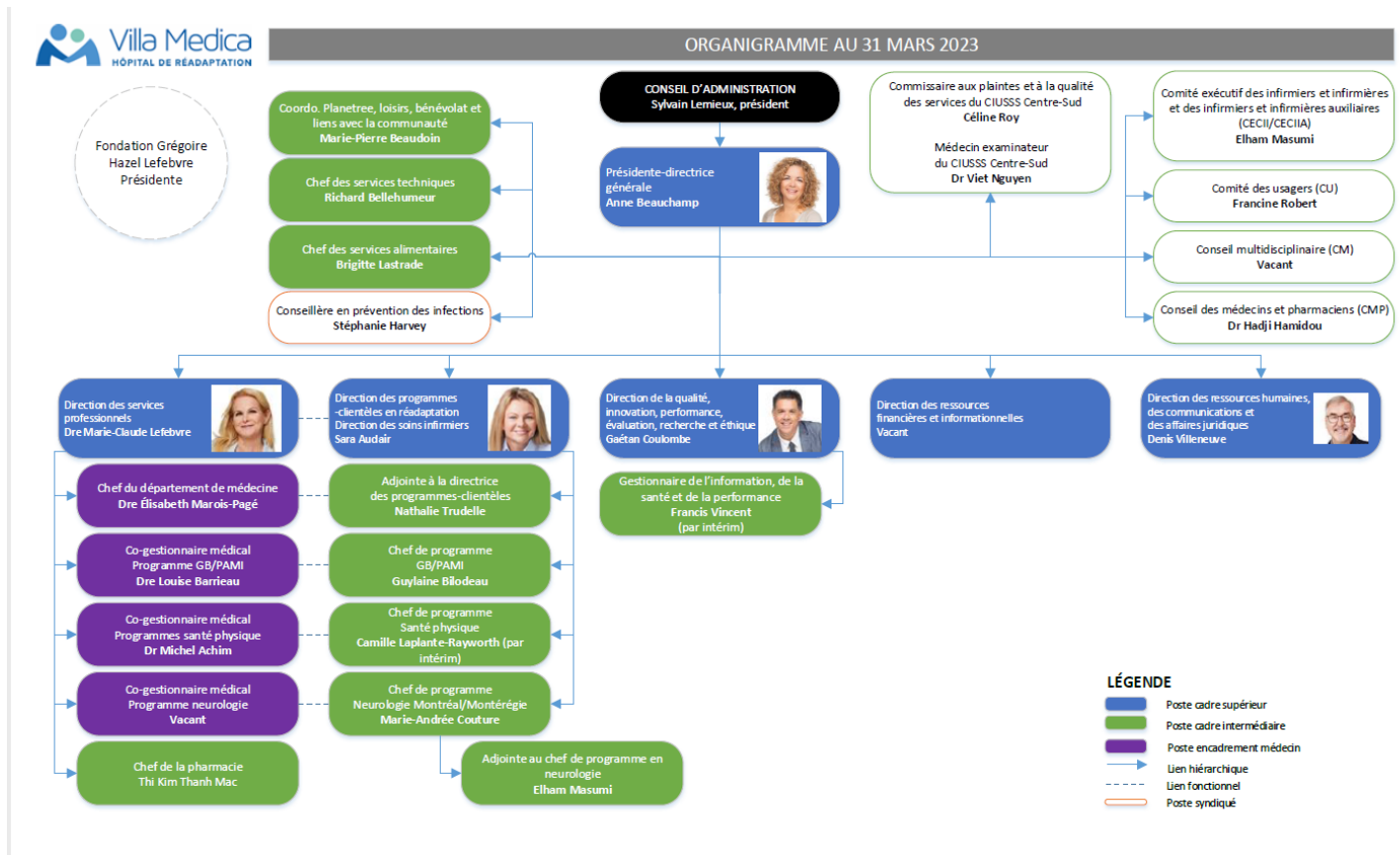
2. Renforcer la « culture de la mesure » : La prise de décision éclairée est au cœur de notre réussite. Ainsi, nous mettons l'accent sur le renforcement de notre « culture de la mesure », en nous appuyant sur des données pertinentes et fiables. Des indicateurs de performance clé sont identifiés et suivis de près pour évaluer notre progression vers nos objectifs stratégiques. En adoptant cette approche, nous pouvons ajuster nos actions en temps réel pour maximiser notre efficacité et notre impact.
3. Privilégier un environnement technologique favorisant l'efficacité du personnel : Nous reconnaissons l'importance des outils technologiques pour soutenir notre personnel dans leur travail au quotidien. En investissant dans des solutions innovantes et conviviales, nous cherchons à accroître l'efficacité de nos équipes. Des formations adéquates sont également proposées pour faciliter l'adoption de ces technologies et renforcer les compétences de notre personnel.
4. Innover dans l'organisation du travail : Dans un monde en constante évolution, nous devons être agiles et créatifs dans notre approche organisationnelle. Nous encourageons l'innovation dans l'organisation du travail, favorisant ainsi la flexibilité, la collaboration et l'autonomie. Les idées novatrices sont encouragées, et nous soutenons la mise en œuvre de nouvelles pratiques qui améliorent l'efficacité et la satisfaction de notre personnel et de notre clientèle.
5. Améliorer la contribution de l'utilisateur, des proches et bénévoles : Nous plaçons l'utilisateur au cœur de nos préoccupations en cherchant constamment à améliorer leur expérience avec notre organisation. Nous nous impliquons activement les proches et les bénévoles dans notre démarche, reconnaissant l'importance de leur engagement et leur apport précieux. En renforçant notre relation avec notre clientèle, nous pourrions mieux répondre à leurs besoins.
6. Disposer d'une programmation de pointe adaptée à chacun des programmes clientèle : Nous sommes conscients que chaque programme clientèle a ses propres besoins et défis. Ainsi, nous nous engageons à développer une programmation de pointe, adaptée spécifiquement à chacun des publics que nous servons. En investissant dans la formation continue et la recherche, nous pouvons offrir des services de haute qualité et constamment améliorés.

Ces objectifs ambitieux nous guideront tout au long de l'année 2023, et nous sommes convaincus que, grâce à l'engagement et de chacun, nous pourrions les atteindre.



## → ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2023

Voici la structure organisationnelle en place au 31 mars



Les changements suivants ont été apportés au plan d'organisation pendant l'année 2022-2023 :

- Modification du poste de Chef de programme neurologie Montérégie pour un poste d'adjointe;
- Abolition du poste de directrice des ressources financières et transferts des responsabilités au Groupe Santé Sedna, à la directrice des ressources financières privées et conventionnées.
- Transferts des postes de chef technique et de chef des services alimentaires sous la direction générale.
- Transfert du poste de Coordinatrice Planetree, loisirs, bénévolat et lien avec la communauté sous la direction générale ;

Au cours de l'année 2022-2023 le Groupe Santé Sedna a aussi modifié son organigramme. Quelques-uns des changements à Villa Médica sont secondaires à l'implantation progressive de la nouvelle structure. Les mécanismes de coordination sont également en révision.

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et instances consultatives sont décrits au point 3.2 du présent document.

## 3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

### → LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

La responsabilité des activités de l'HRVM est pour la quatrième année consécutive sous la gouverne d'un administrateur unique.

Monsieur Sylvain Lemieux a succédé à Monsieur Guillaume Journal à titre d'administrateur unique.

Le conseil d'administration dispose d'un code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Pour l'année 2022-2023, le conseil d'administration ne dénombre aucun cas traité quant à des manquements à l'égard des principes et des règles établis par ce code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion et est également disponible sur le site internet de l'établissement à <http://villamedica.ca>.

### → LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

#### COMITÉ DE VIGILANCE

Le comité de vigilance de Villa Medica a vécu un changement au plan de sa composition. Deux membres ont été ajoutés : Mme Marlène Galdin, Directrice de la qualité, innovation, performance et technologies au Groupe Santé Sedna et Mme Manon Tardif, DSI et des pratiques professionnelles également au groupe Santé Sedna.

Le comité de vigilance s'est rencontré à 4 reprises. Les principaux sujets ont concerné l'augmentation des taux de déclaration, des taux de chutes et d'erreurs de médicaments. Une tendance se dessine et il est difficile de cerner la part qui est reliée à une plus grande sensibilisation à l'importance de la déclaration, campagne qui a eu lieu en 2022-2023. Le comité de vigilance termine l'année en mentionnant qu'il suivra attentivement les rapports trimestriels du comité de gestion de la sécurité des usagers en 2023-24 et des plans d'actions sont attendus.

La gestion de la clientèle fumeuse en période d'isolement à la chambre a représenté également un défi dans la dernière année.

Les autres sujets traités au Comité de vigilance, au-delà des plaintes des usagers, ont porté sur l'application des modifications à la Loi 6 entrées en vigueur en avril 2022 soit la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personnes majeure en situation de vulnérabilité.

Le commissaire adjoint du CIUSSS centre-sud présentera les plaintes, leurs suivis et les recommandations dans un rapport à l'automne 2023. Ces informations vous sont présentées de façon sommaire dans la section prévue à cet effet.

#### COMITÉ DES USAGERS

- Neuf rencontres en 2022-2023.

##### Faits saillants :

- Création d'un canevas, qui regroupe les informations pertinentes à la collecte de données, permettant le suivi des insatisfactions ou des plaintes.
- Participation aux différents comités de l'HRVM : comité de gestion intégrée de la qualité et des risques d'affaires (CGIQRA), Planetree, Comité des mesures d'urgence, planification stratégique de l'HRVM.
- Réalisation de l'activité marquant la semaine des droits des usagers.
- Réalisation du sondage de satisfaction de la firme Médaillon Groupe Conseils (mars 2023), commandité par le Comité des usagers. Trois points à travailler ont été retenus :
  - Faire connaître le Comité des usagers de l'HRVM;
  - Faire connaître les droits et responsabilités des usagers;
  - Faire respecter le temps de repos des usagers.

## CONSEIL DES MÉDECINS ET PHARMACIENS (CMP)

- Quatre rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- **Arrivées :**

- Dr Leinjo Isidore Mengnjo a rejoint l'équipe médicale le 17 octobre 2022.
- Dre Laure Lacroix a rejoint l'équipe médicale le 16 janvier 2023.
- Dre Ève Boissonnault, spécialiste consultante en médecine physique et réadaptation, clinique de plastie, a rejoint l'équipe le 24 janvier 2023.
- Dre Stéphanie Jean, spécialiste consultante en médecine physique et réadaptation, clinique, grands brûlés et amputés, a rejoint l'équipe le 5 décembre 2022.

- **Départs :**

- Dr Roger Bashala a annoncé son départ effectif le 4 novembre 2022.
- Dr Leinjo Isidore Mengnjo a annoncé son départ le 14 mars 2023, portant l'équipe médicale à neuf (9) médecins.

- **Accueil de quatre stagiaires :**

- Une stagiaire en médecine, niveau externat 3 & 4, de l'Université de la Sorbonne.
- Une résidente, 2e année de médecine familiale, de l'Université de Montréal.
- Une résidente, 1ère année de médecine familiale, de l'Université de Montréal.
- Un stagiaire en médecine de famille, permis restrictif, du Collège des médecins du Québec.

- **Présidence du CMP :**

La présidence du CMP a été assumée par Dr Hadji Hamidou. Dr Michel Achim demeure comme secrétaire et Jasmine Collette comme trésorière.

- **Cheffe du département de médecine :**

Dre Élisabeth Marois-Pagé remplace Dr François Bourassa à ce titre depuis le 22 mars 2022.

- **Directrice des services professionnels :**

Dre Marie-Claude Lefebvre remplace Dre Louise-Hélène Lebrun depuis septembre 2021.

- **Les dossiers qui ont fait l'objet de l'attention du CMP en cours d'année sont les suivants :**

- Révision du règlement de régie interne du Conseil des Médecins et Pharmaciens : Le règlement de régie interne du Conseil des Médecins et Pharmaciens et celui du service de médecine en réadaptation ont été révisés et jumelés en un seul document. Celui-ci sera soumis pour approbation à la prochaine rencontre du conseil d'administration en mai 2023.
- Journée carrière pour les médecins résidents du Québec : Les médecins ont participé à une journée Carrière le 9 septembre 2022 au Palais des congrès de Montréal.
- Titre : Le comité d'examen des titres a recommandé la nomination de Dre Laure Lacroix le 16 janvier 2023. Le 5 décembre 2022, Dre Stéphanie Jean a été nommée, en médecine physique et réadaptation (grands brûlés et amputés) puis le 24 janvier 2023, Dre Ève Boissonnault, en médecine physique en réadaptation (spasticité).
- Antibio-gouvernance : Une analyse des données et recommandations du programme d'antibio-gouvernance et gestion des infections urinaires pour l'année 2021-2022 a été effectuée en collaboration avec l'équipe du comité attiré. Cette analyse a été présentée par Guylaine Lefort, pharmacienne, lors d'une réunion du CMP en janvier 2023.

- **Pharmacie :**
  - Départ de Mme Jasmine Collette, cheffe-pharmacienne – en juin 2022.
  - Départ de Mme Batoul Hammoud, pharmacienne – fin juin 2022.
  - Départ de M. André Allaf, chef-pharmacien – janvier 2023.

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- Quatre rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- **Affirmer le rôle du Conseil multidisciplinaire de l'HRVM :**
  - Présence à divers comités : Comité d'éthique clinique et organisationnelle, Comité Planetree, Comité de gestion de la sécurité des usagers, Comité de gestion intégrée de la qualité et des risques d'affaires, Comité PIII, Comité des présidents CMP, CECM, CII et CIIA.
- **Assurer le rayonnement du Conseil multidisciplinaire de l'HRVM :**
  - Communication aux membres : articles dans le journal Le Messenger.
  - Formation : atelier sur les enjeux de communication interculturels.
  - Mise à jour des informations sur Intranet.
  - Efforts pour la reconnaissance des professions.
  - Envois de courriels pour souligner les événements importants.
  - Mise en œuvre de cartes de fête virtuelles automatisées.
  - Sondage auprès des membres pour cerner les besoins/enjeux en lien avec la qualité des soins.
  - Capsule d'information sur le CECM.
  - Groupe de discussion en ligne sur la formation.
  - Participation aux divers ateliers en ligne.
- **Apprécier et promouvoir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles des membres du Conseil multidisciplinaire :**
  - Mise en place d'un comité de pairs sur la tenue de dossier.
  - Création d'un projet pilote de comité de pairs sur la tenue de dossier en collaboration avec le département d'ergothérapie.
  - Développement d'un système de mentorat par les pairs.
  - Recherche sur le mentorat pour définir le rôle d'un mentor dans notre établissement.
  - Consultation des responsables de discipline sur la possibilité de mettre en place un système de mentorat pour l'ensemble des disciplines.
  - Réalisation d'un sondage pour mesurer l'intérêt des membres, diffusion aux membres en 2023.

## CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES (CII)

- Trois rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- Recommandations faites auprès de la DSI afin d'augmenter l'autonomie des infirmières par le biais de formations
- Organisation de la semaine des soins infirmiers.
- Rencontres avec les équipes de soins pour les encourager à participer aux comités CII-CIIA.
- Amélioration des communications entre le comité et les membres.
- Renouvellement de l'adhésion à l'Association des conseils des infirmiers et infirmières du Québec (ACIIQ).
- Préparation des formulaires nécessaires pour le comité à partir du guide de fonctionnement du CII produit par l'ACIIQ.
- Participation à des midis-conférences.
- Présentation au CII sur le fonctionnement du comité et des rôles et responsabilités de chacun de ses membres.

## COMITÉ DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES USAGERS

- Cinq rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- **Événements sentinelles** : Pour l'année 2022-2023, 2 événements sentinelles ont été déclarés et ont nécessité un plan d'action spécifique pour corriger les situations et éviter la récurrence d'incidents/accidents :
  - Attente prolongée d'une cliente pour son transport adapté (STM) - problème de communication ;
  - Administration des médicaments en lien avec l'utilisation de Gespharlite (médication administrée et signée).
- **Réalisations du plan de sécurité des usagers**
  - Adoption du règlement sur la divulgation d'accidents, la procédure de suivi d'un événement sentinelle, et la procédure de déclaration et d'analyse d'un incident/accident en lien avec les nouvelles règles du SSSS.
  - Consultation et réécriture de la définition d'un chuteur récurrent avec la mise en place d'un logigramme permettant l'identification et la démarche de nomination d'un chuteur récurrent. Des formations sur les étages lors des rencontres d'équipes ont été faites pour diffuser l'information. Un suivi des dossiers des chuteurs répétitifs a été mis en place afin de vérifier si les nouvelles mesures sont bien appliquées.
  - Recherche et intégration d'un nouvel outil validé de dépistage du risque de chutes en français lors de l'admission de la clientèle.
  - Réalisation d'une analyse prospective des risques qui concerne le processus d'admission pour la clientèle permettant un ajustement important de la séquence d'admission vécue par la clientèle.
  - Réalisation d'un audit de concordance a été fait pour vérifier que la feuille d'évaluation pour une évacuation de tout l'établissement correspond aux indicateurs sur les portes des chambres de la clientèle.
  - Consultation auprès des clients-collaborateurs concernant l'affichage et la diffusion des données d'incidents/accidents à la clientèle.

## COMITÉ DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DE GESTION DES MESURES DE CONTRÔLE

- Quatre rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- Élaboration et mise en place d'un logigramme permettant de désigner un chuteur récurrent (répétitif). Formations données aux équipes et mise en place d'un processus pour standardiser cette désignation.
- Les vignettes cliniques en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle et de la prévention des chutes ont été réutilisées jusqu'à l'arrivée de nouvelles vagues de COVID-19.
- Un audit sur la complétion de la grille de dépistage du risque de chute a été effectué en juillet 2022. Les dossiers des clients admis entre les 18 et 29 juillet ont été audités (N=31 dossiers). La complétion de la grille, incluant l'initialisation et l'inscription de la date est de 25/31 soit : 81%. La partie devant être complétée par la réadaptation demeure le principal enjeu.
- Afin de répondre aux normes d'Agrément Canada, une recherche a été faite afin d'établir une grille de dépistage du risque de chute qui soit valide. La grille retenue (Ontario Modified Stratify) n'étant validée qu'en anglais, des démarches ont été effectuées auprès des chercheurs. Ceux-ci nous ont autorisés à traduire librement leur outil. La grille fut donc traduite de l'anglais au français par des membres du personnel parfaitement bilingue. Puis, une fois améliorée, cette version a été retraduite en anglais. La version finale, répondant aux énoncés initiaux (version originale anglaise), a été retenue et sera mis en application en 2023-2024 après que le personnel des soins infirmiers aura été formé à son utilisation. Le personnel des soins infirmiers complétera la nouvelle grille. Le personnel de la réadaptation et des soins infirmiers œuvrant auprès de la clientèle « CPA » complétera pour sa part la grille selon le personnel impliqué dans le suivi de chaque client. Il est à noter que cette nouvelle grille sera complétée par un seul intervenant, réduisant ainsi les risques de non-complétion tels qu'ils existent actuellement (car il y a 2 sections à remplir : une par les soins infirmiers et l'autre par les intervenants en réadaptation).

## COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

### Faits saillants :

#### 1. Surveillance des infections associées aux soins/services de santé et de réadaptation :

- a. Surveillance prospective des clients colonisés ou infectés par le SARM, l'ERV, l'EPC et le C. difficile (données fournies par trimestre au microbiologiste consultant et aux gestionnaires (dont les chefs de programmes, la DPCR, la DSP).

Tableau numéro 1

Indicateur	Bilan des BMR et C. difficile-Année 2022-2023 vs Année 2021-2022							
	SARM		ERV		EPC		C. difficile	
Nb cas nouveaux	30	18	6	3	17	7	17	18
Nb cas nosocomiaux	5	0	1	0	2	0	5	10
% cas nosocomial	17%	0%	17%	0%	12%	0%	29%	56%
Incidence / 10 000 jours présence	1,2	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	1,2	2,4

- Cinq cas de transmission de SARM parmi tous les cas trouvés (n=30) 1 cas de transmission d'ERV parmi tous les cas trouvés (n=6). Aussi, il y a eu 5 cas de diarrhée associée au C. difficile (DACD) acquis plus de 4 semaines après leur admission et non en lien avec une récurrence, parmi tous les cas trouvés (n=17). En ce qui concerne l'EPC, 2 cas de transmission parmi tous les cas trouvés (n=17).
- Depuis 10 ans, l'HRVM participait à la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN-CD) pour le Clostridium difficile. Selon la définition du SPIN, tout épisode confirmé de C. difficile 72 heures et plus post-admission lors de l'hospitalisation actuelle était attribuée nosocomiale à cet établissement. Depuis 2020, les établissements de réadaptation ont été retirés du programme de surveillance

provinciale. Dorénavant, pour qu'une telle infection soit considérée nosocomiale pour un établissement comme le nôtre, il faut que celle-ci soit diagnostiquée plus de 4 semaines après l'admission. En bas de 4 semaines, c'est le centre hospitalier référent qui le présente dans ses déclarations. Ce changement a fait baisser notre taux d'incidence considérablement en passant de 2,4 en 2021-2022 à 1,2 en 2022-2023.

- Cinq cas d'infection nosocomiale à Clostridium difficile.

#### a. Surveillance et prévention d'éclosions :

- Aucune éclosion d'influenza sur les unités de soins.
- Cinq éclosions de COVID-19 réparties sur plusieurs unités de soins et à différents moments : en avril 2022 (7e, 8e et 9e étages) ainsi qu'en août 2022 (8e et 9e étages), octobre 2022 (10e étage), novembre 2022 (7e, 8e et 9e étages) puis en mars 2023 ((7e, 8e, 9e et 10e étages).
- Aucune éclosion de gastro-entérite ni de C. difficile sur les unités de soins.
- Une éclosion d'EPC sur les unités de soins (2 cas nosocomiaux) au 10e étage d'un gène de résistance extrêmement rare et aucunement présent chez nos clients déjà connus.

## 2. Vaccination :

- Vaccination antigrippale

Tableau numéro 2

Nombre et proportion de personnes vaccinées contre l'influenza selon leur catégorie			
	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Employés et médecins (%)	139 (36%)	105 (27%)	79 (21%)
Clients (Nb)	102	41	41

- Vaccination COVID-19 des clients : des cliniques mobiles sont offertes afin de répondre aux besoins de la clientèle.
- Vaccination COVID-19 des employés : le 8 novembre 2022, 97% de nos employés ont reçu leur primovaccination (2 doses) tandis que seulement 33% de nos employés ont reçu une ou plusieurs doses de rappel (3 à 6 doses). Seulement 3% de nos employés ne sont pas vaccinés.
- Clinique de dépistage COVID-19 pour les employés : dépistage dans la communauté par un test PCR lors de symptômes compatibles avec la COVID-19 pour confirmer le résultat d'un test antigénique rapide. Des tests antigéniques rapides (TDAR) sont également disponibles sur les unités de soins et au service de distribution (12e étage) en plus d'un local dédié en tout temps pour le dépistage sur rendez-vous (1er étage).

## 3. Actualisation de balises, politiques, procédures

- Prévention des infections urinaires par les pratiques exemplaires (outil aide-mémoire).
- Mise à jour du protocole en cas d'exposition accidentelle au sang et aux liquides biologiques ;
- Mise à jour de l'algorithme en cas d'exposition accidentelle au sang et aux liquides biologiques ;
- Protocole à l'admission ou réadmission à l'HRVM suite à d'un séjour de plus de 24 heures en milieu de soins ;
- SRAS-CoV-2 : Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et contacts en milieu de soins et réadaptation ;
- Mise à jour du protocole de protection respiratoire ;
- Aide-mémoire pour les articles qui doivent ou non se retrouver dans le bac de retour au service de distribution ;

- Mesures d'isolement pour la gestion des cas et contacts lors d'écllosion de COVID-19 sur les unités de soins ;
- Mise à jour de la procédure sur la gestion d'écllosion de COVID-19.

#### 4. Activités d'information et de formation visant le personnel

Tableau numéro 3 – Activités d'information et de formation visant le personnel

Objet	Durée (# minutes)	# de séances offertes	# personnes formées
Formation pratiques de base (soins infirmiers + hygiène et salubrité)	60 min	9	138
Formation précautions additionnelles (soins infirmiers + hygiène et salubrité)	60 min	12	138
Formation pratiques de base et précautions additionnelles (réadaptation)	60 min	14	xx
Séance d'ajustement des masques N-95 incluant port, retrait, test d'étanchéité	45 min	19	50
Capsule champions PCI (rencontres avec collation)	20 min	3	8
Formation vaccinateurs pour vaccination COVID-19	45 min	2	4
Formation sur le Candida auris équipe du 8 <sup>e</sup> étage soins infirmiers/réadaptation	30 min	4	28

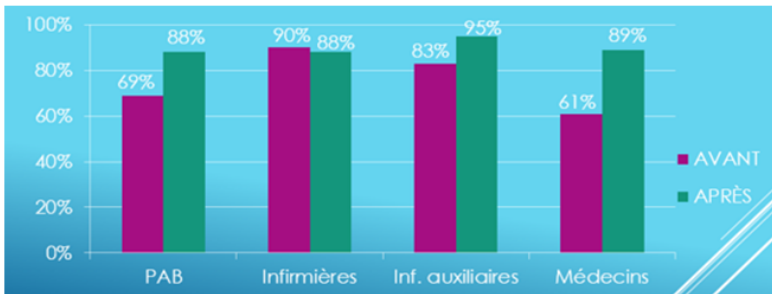
#### 5. Hygiène des mains

Le comité de prévention et contrôle des infections continue par différents moyens (affiche, vidéo, diffusion des résultats, etc.) à privilégier ce volet en 2022-2023 et vise 90% à 95% de conformité à l'hygiène des mains avant contact avec le client et son environnement.

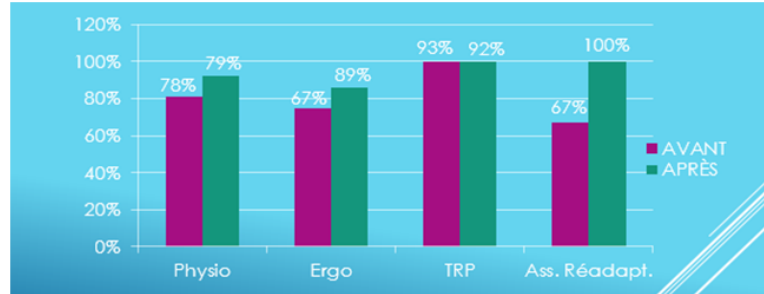
En raison de la pandémie, la journée « ARRÊT ! Lavez-vous les mains » du 6 mai 2022 n'a pu avoir lieu avec la tenue d'un kiosque au rez-de-chaussée comme les années pré-pandémie. Des audits ont tout de même été faits sur les unités de soins et en réadaptation. Lors des capsules de formation sur le port et le retrait de l'équipement de protection individuelle, une révision sur l'hygiène des mains a également été présentée.

Graphique numéro 1 : cumul annuel pour le service de

Taux d'hygiène des mains aux soins infirmiers par titre d'emploi AVANT et APRÈS contact

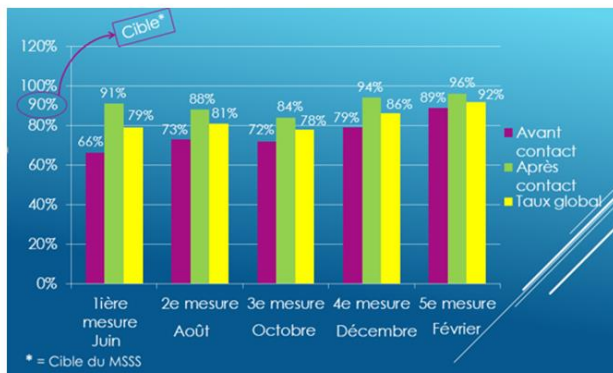


Taux d'hygiène des mains en réadaptation par titre d'emploi AVANT et APRÈS contact

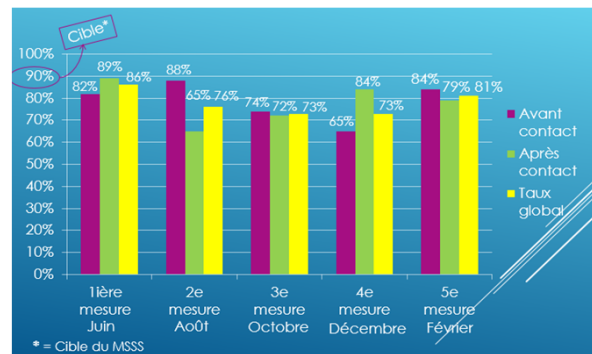


Graphique numéro 2 : cumul annuel pour les soins infirmiers aux unités 7,8,9,10 et 11

Cumul annuel pour les soins infirmiers aux unités 7, 8, 9, 10 et 11 pour les 5 lectures



Cumul annuel pour le service de réadaptation 3e, 4e, et 6e étage pour les 5 lectures





## COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

- Trois rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- Départ à la retraite de la consultante externe en éthique, et embauche d'une nouvelle éthicienne externe à l'automne 2022, Mme Lynda Simard.
- Discussions sur des enjeux éthiques organisationnels :
  - Gestion des fumeurs ;
  - Violence vécue par la clientèle et les employés ;
  - Souffrance psychologique et détresse vécues par les employés
  - Aide médicale à mourir.
- Autoévaluation associée à l'Agrément et sondage aux membres du comité pour évaluer leur compréhension des normes rattachées à la gestion de l'éthique dans l'organisation.
- Mise en place d'une capsule de formation afin d'actualiser les connaissances des membres du comité.

## COMITÉ DES TECHNOLOGIES ET INNOVATIONS

- Huit rencontres en 2022-2023.

### Faits saillants :

- Cinq innovations ont retenu l'attention du comité, dont trois ont été retenues pour un essai
- Parmi les innovations mises à l'essai
  - Trois essais en 2022-2023, dont deux font l'objet d'une discussion en groupe de travail avec les équipes concernées.
  - Un essai complété avec l'outil Sleep Sense.
- Deux innovations ont été retenues en fin d'année pour un essai en 2022-2023
  - Salle multisensorielle.
  - Appareil connecté de mesure de signes vitaux au lit.



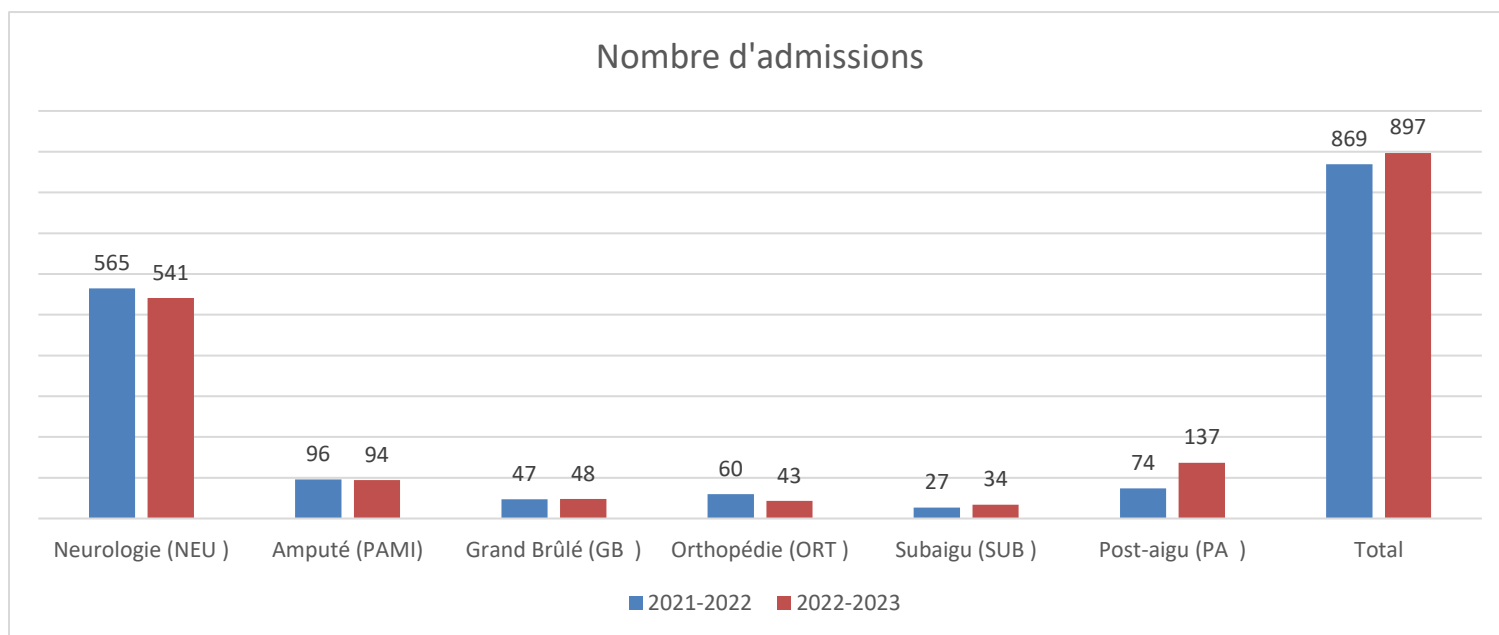
### 3.3 FAITS SAILLANTS

Les principaux faits saillants de 2022-2023 qui décrivent les activités de l'année et les principales réalisations sont présentés dans cette section.

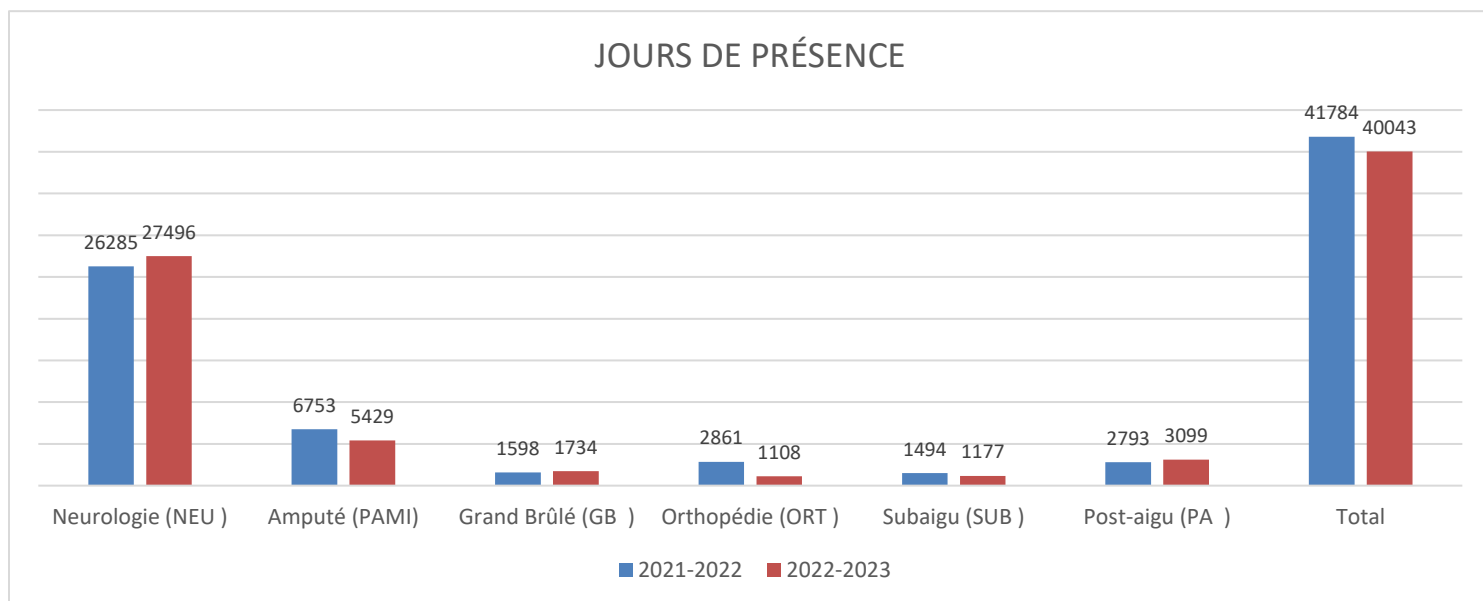
#### → VOLUME D'ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES DANS LES PROGRAMMES-CLIENTÈLES

- 897 admissions en 2022-2023 pour 40 043 jours-présence, comparativement à 869 admissions en 2021-2022 et 41 784 jours-présence. Les écarts de volume observés dans les trois dernières années par rapport aux années antérieures sont attribuables à la pandémie de COVID-19.
- Réduction de la capacité globale de l'HRVM à 136 lits tout au long de l'année. Aussi, plusieurs chambres sont fermées en lien avec la cohabitation. Notons également que lors d'éclotions de COVID-19, les unités étaient fermées aux admissions pendant quelques jours ce qui impacte la capacité totale.

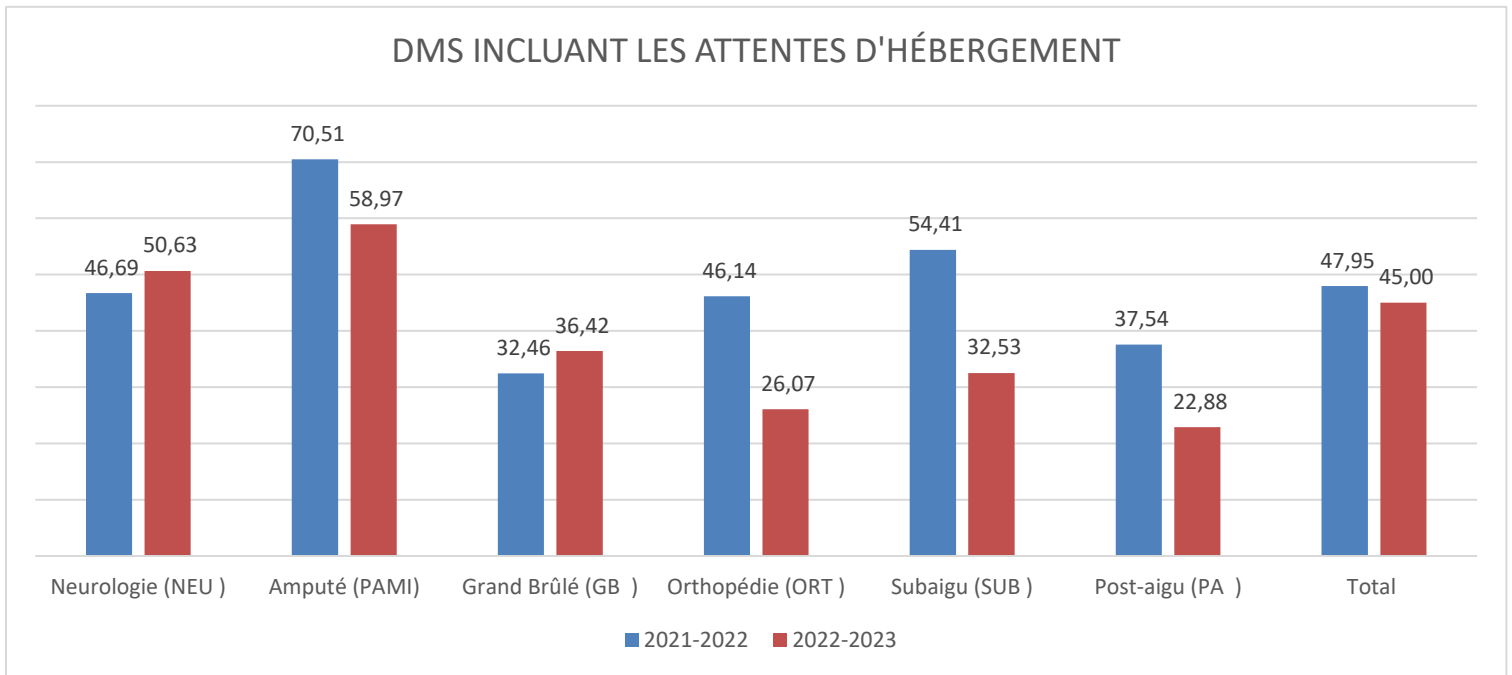
*Graphique numéro 3 : comparatif du nombre d'admissions à l'HRVM entre 2021-2022 et 2022-2023*



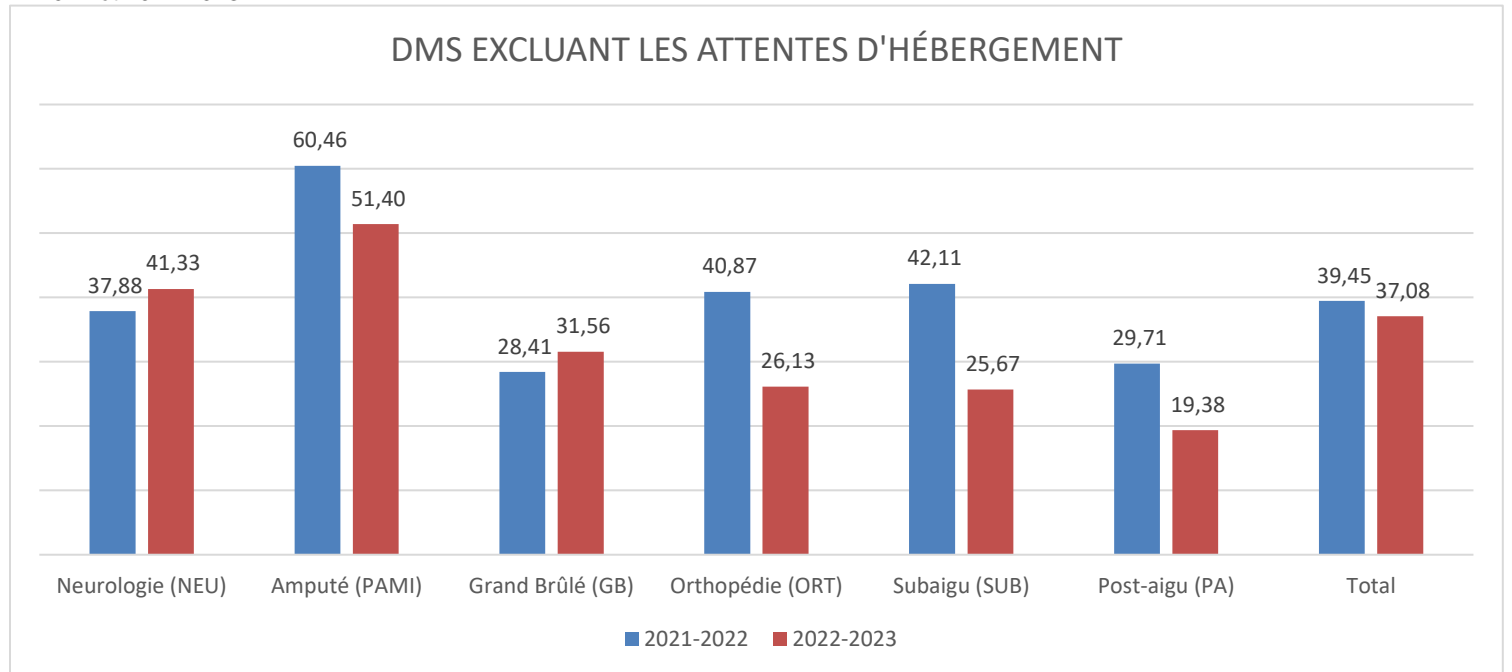
*Graphique numéro 4 : comparatif du nombre de jours-présence à l'HRVM entre 2021-2022 et 2022-2023*



Graphique numéro 5 : comparatif de la durée moyenne de séjour (DMS) incluant les attentes d'hébergement à l'HRVM entre 2021-2022 et 2022-2023



Graphique numéro 6 : comparatif de la durée moyenne de séjour (DMS) excluant les attentes d'hébergement à l'HRVM entre 2021-2022 et 2022-2023

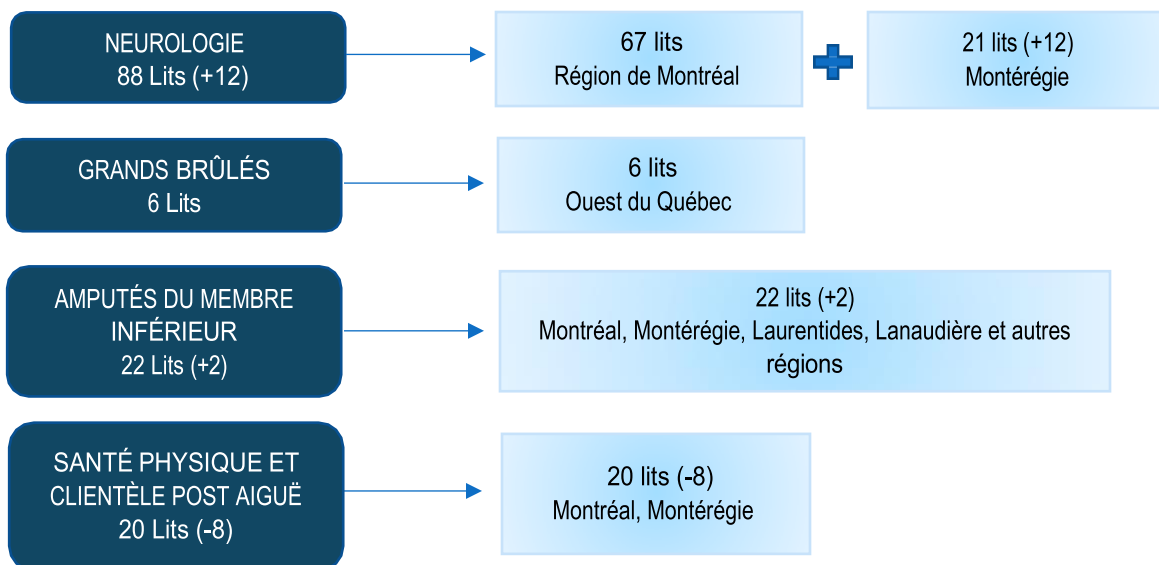


- Durée moyenne de séjour (DMS) incluant les attentes d'hébergement : 45,00 jours en 2022-2023, comparativement à 47,95 jours en 2021-2022, soit une diminution de 2,95 jours.
- Durée moyenne de séjour (DMS) excluant les attentes d'hébergement : 37,08 jours en 2022-2023, comparativement à 39,45 jours en 2021-2022, soit une diminution de 2,37 jours.

## → GESTION DES LITS

- Pendant la majeure partie de l'année, la zone chaude a été dédiée à la clientèle COVID+ des hôpitaux généraux en niveau de soins alternatifs (NSA) et prêts à débiter la RFI. Ces clients ont fait un court séjour à l'HRVM, puis ont été transférés au CHR de leur région à la fin de la période d'isolement.
- La désignation COVID de l'HRVM a pris fin le 8 février 2023. La zone chaude a été fermée progressivement par la suite.
- La répartition des lits théorique par programme est restée inchangée pour la majeure partie de l'année. À partir du 16 février, une entente régionale temporaire est entrée en vigueur. Deux lits dédiés aux clients amputés de Montréal ont été convertis en lits surnuméraires en santé physique pour les CIUSSS du Nord et de l'Est. Cette entente temporaire est en vigueur jusqu'en septembre 2023.

Portrait d'attribution des lits au 31 mars 2023



## → CLIENTS DESSERVIS ET INTERVENTIONS RÉALISÉES POUR LES SERVICES AMBULATOIRES DE RÉADAPTATION

- Au total 1506 clients ont été traités en ambulatoire soit en SARCA neurologie. Les services ont été offerts dans deux points de service en location :
  - Au CHSLD Champlain-de-Gouin dans le nord de l'Île-de-Montréal;
  - Dans un local situé sur la rue Berri. La location de ce point de service a été prolongée pour une deuxième année consécutive avec l'autorisation de la Direction des immobilisations et des infrastructures du MSSS, toujours dans la perspective de protéger la clientèle contre la COVID-19 et d'éviter le croisement entre les clientèles admises et celles inscrites.
- En septembre 2022 des budgets supplémentaires non récurrents ont été attribués afin d'augmenter l'offre de service en SARCA. Des efforts sont déployés pour embaucher les ressources et offrir graduellement plus de services.

À domicile, le programme de congé précoce assisté (CPA) a permis de rejoindre 78 clients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). L'offre de services de réadaptation à domicile pour le programme du congé précoce assisté a donc augmenté de 30% par rapport à 2021-2022 où seulement 60 clients en avait bénéficié.

## ➔ TRAVAUX VISANT LA RELOCALISATION DE L'ÉTABLISSEMENT DANS UN NOUVEL ÉDIFICE ET RÉPONDANT AUX BESOINS FUTURS ET À UNE PROGRAMMATION ADAPTÉE

Le dossier d'opportunité en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) et le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal se poursuit.

Un terrain a été identifié dans l'est de la ville de Montréal et des études de faisabilité sont en cours.

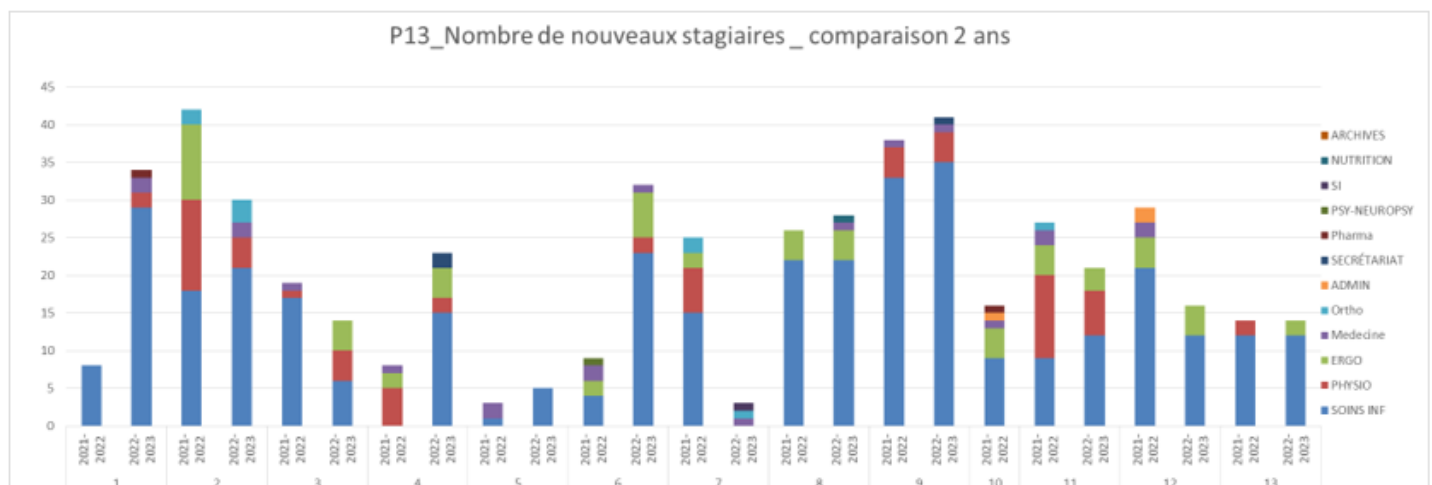
### ➔ PRIX ET DISTINCTIONS DE L'ANNÉE 2022-2023

- Prix Athéna de l'Université de Montréal pour la qualité de la supervision clinique en physiothérapie : Katherine Arsenault. Gil-Roch Bouillon, physiothérapeute, s'est vu nommer parmi les finalistes du Prix Athéna.
- Prix Persillier-Lachapelle à Dre Louise-Hélène Lebrun, médecin neurologue retraitée, considérée par ses pairs comme une « préceuse des soins de l'accident vasculaire cérébral ». Dre Lebrun est fondatrice du programme AVC du CHUM et cofondatrice de la Société des sciences vasculaires du Québec.
- Financement conclu avec la Fondation Denise Grégoire pour le soutien d'un « débrouilleur scientifique », ou courtier de connaissances. Hélène Côté a été nommée pour effectuer une recherche de la littérature scientifique et des activités de mobilisation de connaissances aux orthophonistes.

### ➔ ENSEIGNEMENT

- L'Hôpital de réadaptation Villa Medica a accueilli 261 stagiaires durant l'année, ce qui constitue un volume similaire aux années précédentes.
- Notons une augmentation marquée du nombre de stagiaires en soins infirmiers ayant été accueillis durant l'année, afin de stimuler la visibilité de l'établissement auprès de la relève infirmière.
- Deux subventions ont été remportées auprès du Programme de financement pour la formation médicale - accueil en milieu clinique – de l'Université McGill : l'une pour la création d'une salle de simulation pour l'enseignement en soins infirmiers (15 000\$) et l'autre pour l'installation d'une salle d'évaluation à distance avec des caméras à 360 degrés (12 000\$).

Tableau numéro 4



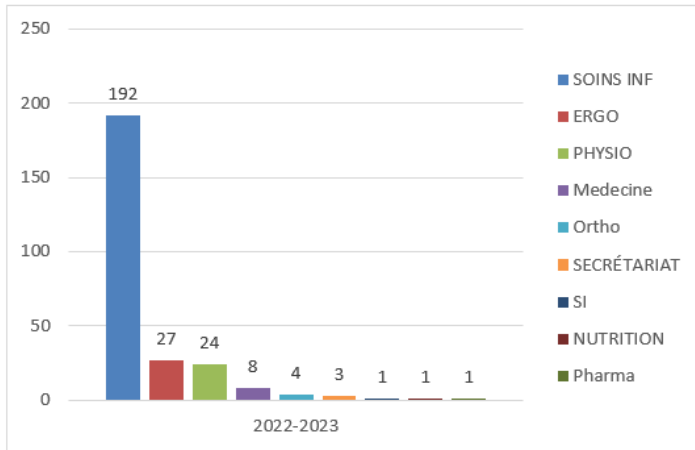


Tableau numéro 5

- Un stage en administration de la santé a été réalisé, avec pour objectif d'optimiser les processus et d'augmenter l'efficacité du Programme Amputés du Membre Inférieur (PAMI) en regard des données issues de la littérature scientifique et des pratiques cliniques de nos partenaires de la réadaptation.

## → RECHERCHE

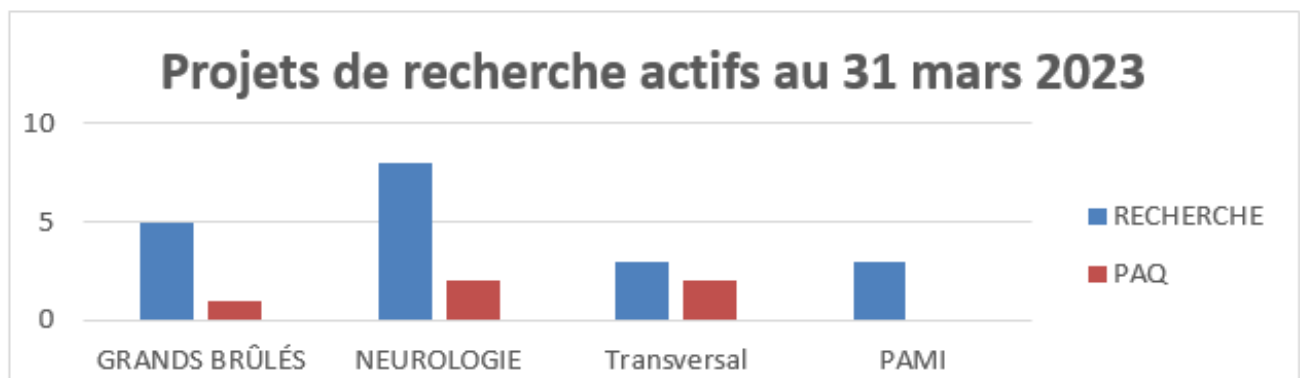
- Treize projets de recherche ont fait l'objet d'une convenance institutionnelle
- Dans un souci de diversifier ses domaines d'expertise, plusieurs projets ont été initiés pour la première fois au bénéfice de la population amputée des membres inférieurs.

Deux projets transversaux sont aussi en démarrage pour améliorer la qualité de vie au travail des gestionnaires.

En sus, un projet d'amélioration de la qualité a été initié par le programme Neurologie, avec l'objectif de créer une équipe de préposés aux bénéficiaires spécialisée en neurologie et en utilisant les principes de mentorat et de partage de connaissances.

Au total, 19 projets de recherche et 5 projets d'amélioration de la qualité ont été actifs durant l'année.

Graphique numéro 7



## → ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE

### • SIPAD (Système d'Information des Personnes Ayant des Déficiences)

- Première année d'utilisation de la plateforme SIPAD par les membres des équipes interdisciplinaires.
- Soutien à l'ensemble des intervenants afin de faire coïncider le début de la saisie de données dans SIPAD avec la nouvelle année financière 2022-2023.
- Saisie des statistiques dans SIPAD depuis le 1er avril 2022.
- Révision des processus en fin d'année, une proposition de modification des unités administratives de niveau 3 (UA3) a été faite et entrera en vigueur pour la P2 de 2023-2024.

## → PLANETREE

- Journée des membres du Réseau Planetree Francophone : présentation sur le projet d'amélioration de la qualité "groupe de musico-physio" le 17 octobre 2022. Cette présentation a été offerte par Hélène Gaudreau, musicothérapeute et Milena Avenia, physiothérapeute, puis retransmise en webinaire à tous les membres.
- Journées QBIC : les quatre journées ont pu être soulignées pour l'année 2022-2023. Initiatives Planetree : trois projets ont été réalisés sur cinq propositions.
- Congrès internationaux : représentation à deux congrès internationaux annuels, dont celui d'Anaheim où le prix de la certification Or a été remis lors de la cérémonie de remise des prix. Une présentation par Mya DiBiase et Marie-Pierre Beaudoin - sur les défis et efforts réalisés pendant les débuts de la pandémie de COVID-19 pour humaniser l'expérience des clients de la zone chaude - a été réalisée lors de ce congrès. Le deuxième congrès international a eu lieu à Baltimore.
- Séminaire : aucun séminaire de formation Planetree n'a eu lieu pendant l'année, l'élaboration d'une formule raccourcie en plusieurs modules a été développée.
- Visite du Réseau Planetree : la visite s'est déroulée le 18 octobre 2022 dans le contexte de la journée des membres afin de faire visiter les lieux et expérimenter la culture organisationnelle avec un repas.
- Clients-collaborateurs : un comité de clients-collaborateurs a vu le jour dans l'année et s'est réuni à six reprises entre août 2022 et avril 2023. Des rencontres avec les intervenants en clinique externe ont été effectuées par deux groupes de deux clients-collaborateurs afin de faciliter le recrutement de nouveaux membres. Une nouvelle cliente-collaboratrice a été accueillie en janvier 2023.
- Les clients-collaborateurs participent à ce jour à plusieurs comités de l'organisation et groupes de travail.



## → PRATIQUE MÉDICALE

- Mise en place de certains formulaires dans une perspective du dossier médical électronique

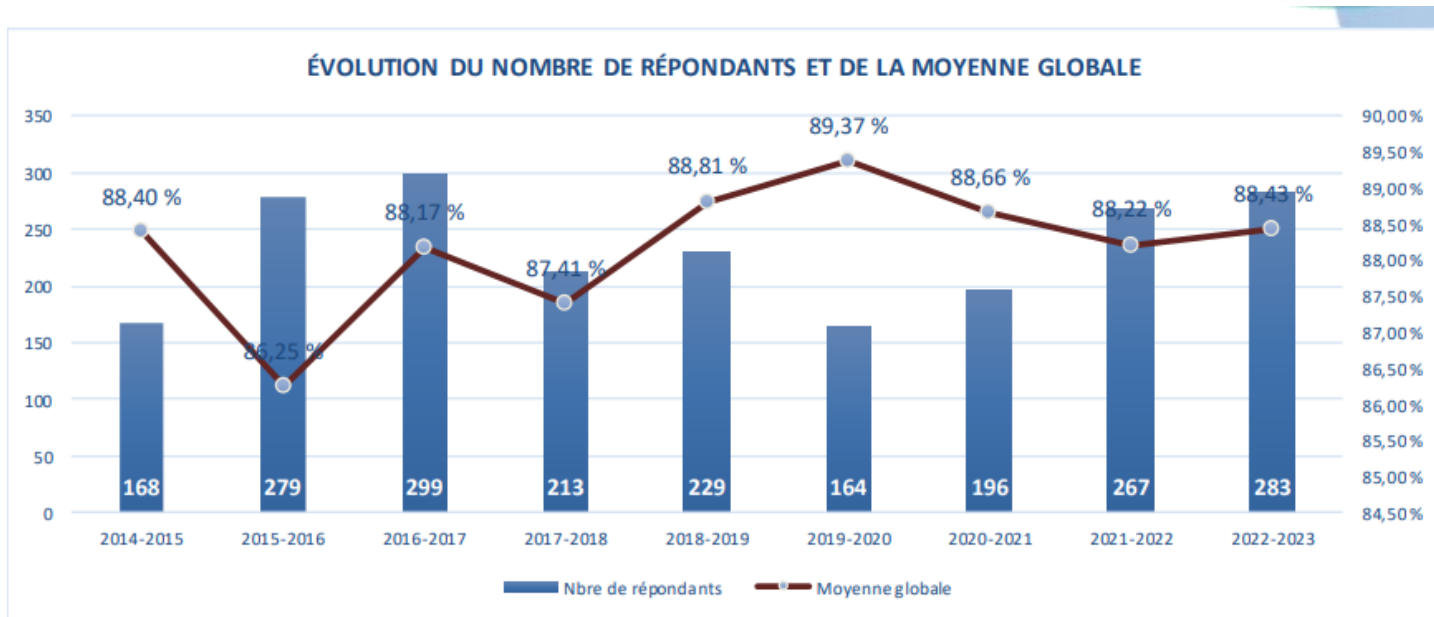
## → COMMUNICATIONS

- Mise à niveau du site intranet et actualisation du site web de l'HRVM
- Ajout de nouveaux outils permettant une présence plus active de l'HRVM pour tous les sujets d'intérêt sur les réseaux sociaux : diffusion des postes ou des concours disponibles, des annonces ou avis touchant les clients et les proches de l'HRVM. La visibilité accrue peut permettre de hausser la notoriété de Villa Medica.
- Réalisation de la campagne de recrutement revue et augmentée avec le support du personnel des communications.
- Implication du personnel des communications dans la tenue de nombreuses activités qu'on pourrait qualifier de mesure palliative en temps de COVID-19. L'animation d'activités ponctuelles et adaptées a en effet été soutenue par les communications dans un contexte où les alignements et les contraintes étaient sans cesse renouvelés. Il faut souligner la capacité d'adaptation des communications dans un contexte particulièrement difficile.
- Publications du journal Le Messenger, journal interne, tout au long de l'année 2022-2023 :
  - Avril 2022
  - Juin 2022
  - Février 2023
- Publications de 25 bulletins CORONAVIRUS annonçant les mesures ponctuelles décidées en lien avec la pandémie et destinés aux employés de l'HRVM.

## → SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE EN 2022-2023

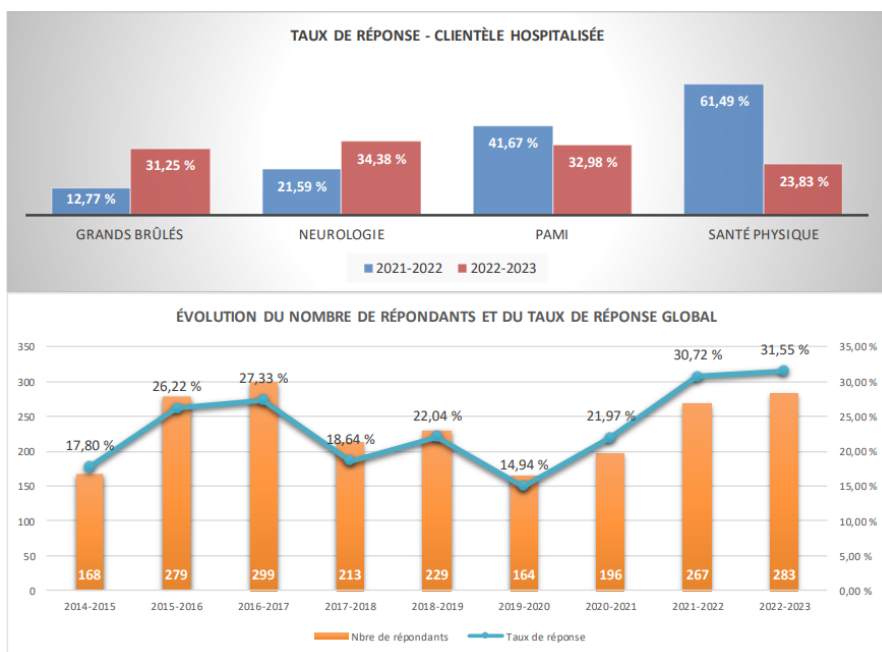
### Faits saillants clientèle admise :

Pour l'année 2022-2023, les résultats aux questions démontrent une augmentation du taux de satisfaction globale pondéré passant de 88,22% à 88,43% soit une augmentation de 0,21 point par rapport à 2021-2022. Vous trouverez sur le tableau ci-bas l'évaluation de la moyenne globale du taux de satisfaction pour les neuf dernières années et l'évolution du nombre de répondants.



Nous observons une augmentation du nombre de répondants grâce aux efforts renouvelés de nos équipes et au support des bénévoles. En effet en 2022-2023 nous observons 283 répondants alors que seulement 267 répondants avaient été rejoints en 2021-2022. En fonction du nombre d'admissions, le taux de réponse pour 2022-2023 est donc supérieur à l'an passé, passant de 30,72% à 31,55%. Nous sommes très fiers d'observer une augmentation du taux de réponse global pour la 4e année consécutive.

### Graphique numéro 8



Le taux de réponse pour les 4 programmes clientèles varie entre 23,83% pour le programme de santé physique et 34,38% pour le programme des personnes amputées du membre inférieur.

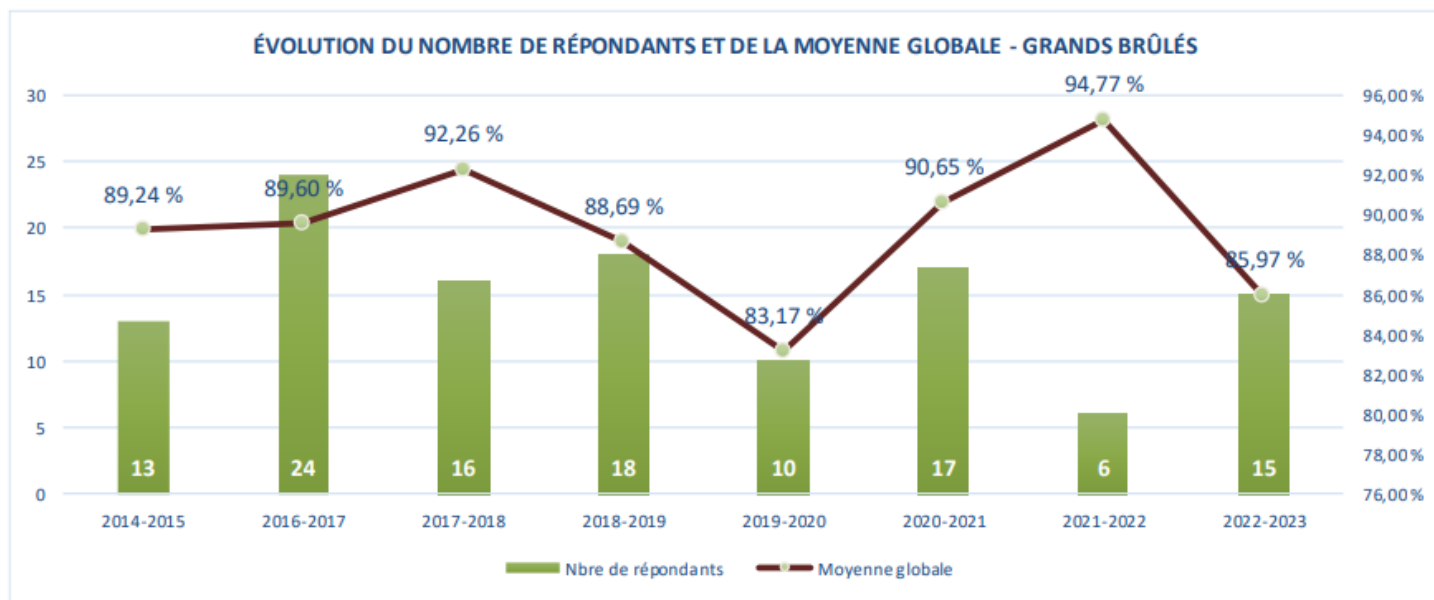
Vous trouverez dans les prochains tableaux le taux de réponse par programme ainsi que l'évolution du taux de réponse pour les neuf dernières années.



Regardons maintenant les résultats par programme.

- **Programme des victimes de brûlures graves**

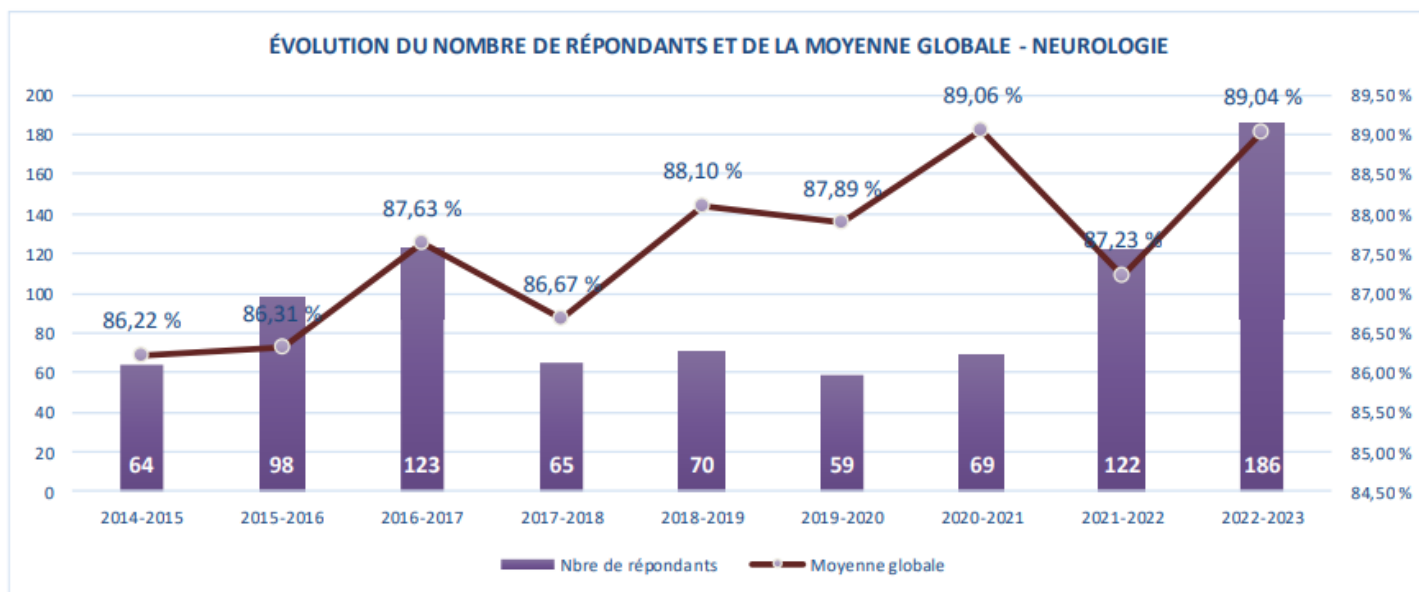
*Graphique numéro 9 : évolution de la moyenne pondérée globale du programme des victimes de brûlures graves entre 2014-2015 et 2022-2023*



Le programme pour les victimes de brûlures graves connaît une baisse de son taux de satisfaction de la clientèle, passant de 94,77% en 2021-2022 à 85,97% en 2022-2023. Il faut cependant noter qu'il y a plus du double de répondants par rapport à l'année précédente, soit 15 répondants en 2022-2023 pour 6 répondants en 2021-2022. Le faible volume de répondants conduit à une grande prudence par rapport à ces résultats.

- **Programme de neurologie**

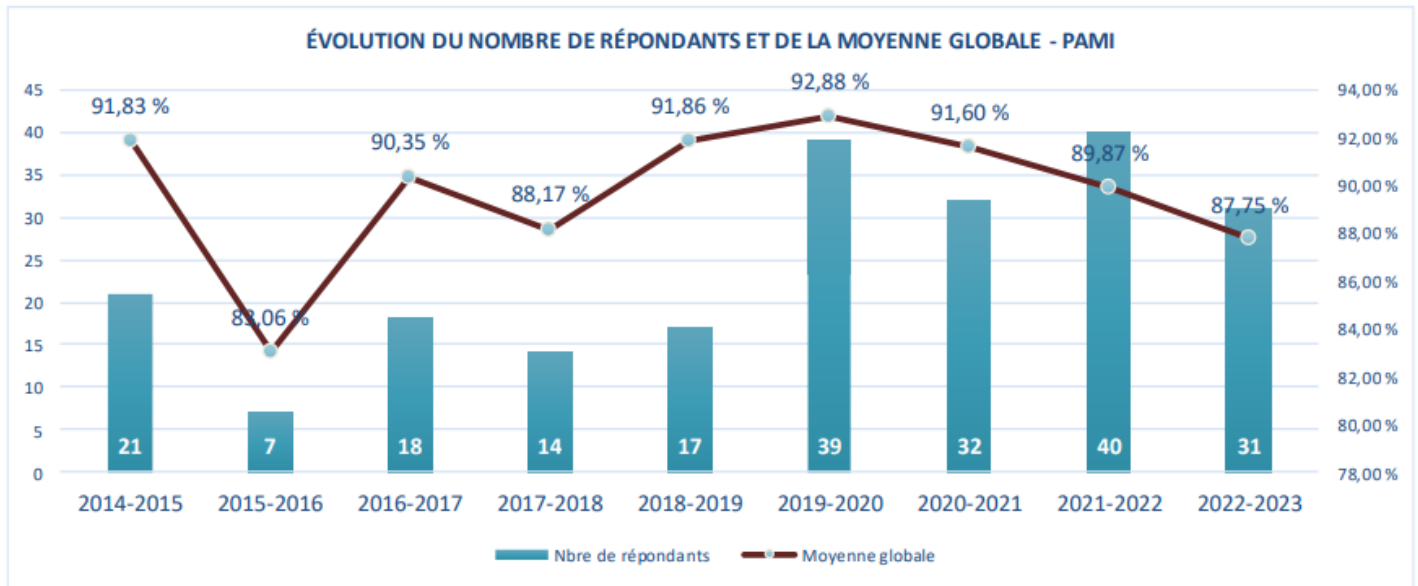
*Graphique numéro 10 : évolution de la moyenne pondérée globale du programme de neurologie entre 2014-2015 et 2022-2023*



Le programme de neurologie connaît une augmentation de son taux de satisfaction, passant de 87,23% en 2021-2022 à 89,04% en 2022-2023, soit une hausse de 1,81 point. Le taux du programme de neurologie vient grandement influencer la moyenne pondérée étant donné l'importance de ce programme dans l'organisation. Cette année 186 clients ont complété le sondage.

- **Programme des personnes amputées du membre inférieur (PAMI)**

*Graphique numéro 11 : évolution de la moyenne pondérée globale du programme des personnes amputées du membre inférieur entre 2014-2015 et 2022-2023*

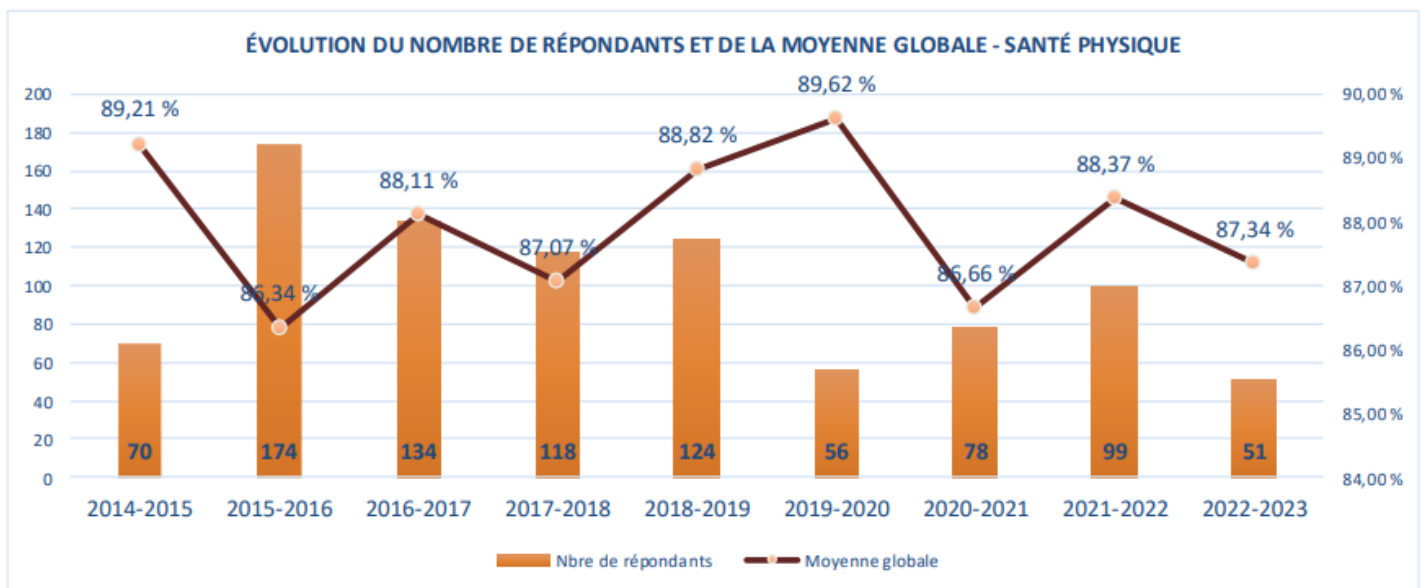


Le programme des personnes amputées du membre inférieur est en baisse pour la quatrième année consécutive, passant de 92,88% en 2019-2020 à 87,75% en 2022-2023, soit une diminution de 5,13 points en quatre ans.

Le programme des personnes amputées du membre inférieur est en baisse pour la quatrième année consécutive, passant de 92,88% en 2019-2020 à 87,75% en 2022-2023, soit une diminution de 5,13 points en quatre ans. Comme plus de 30 clients ont complété le sondage pendant cesdites années, une tendance semble se dessiner et un groupe de discussion avec cette clientèle serait à faire afin de comprendre les motifs entourant la diminution de la satisfaction.

- **Programme de santé physique**

*Graphique numéro 12 : évolution de la moyenne pondérée globale du programme de santé physique entre 2014-2015 et 2022-2023*



Le programme de santé physique connaît une diminution de satisfaction passant de 88,37% en 2020-2021 à 87,34% en 2022-2023, soit une diminution de 1,03 point. Précisons que ce programme accueille la majorité de la clientèle atteinte de la COVID-19.

Tableau numéro 6 : Étalonnage par question

## TABLEAU DE BORD SATISFACTION CLIENTÈLE ÉTALONNAGE PAR QUESTION

#	QUESTIONS	MOYENNE GLOBALE 2021-2022	MOYENNE GLOBALE 2022-2023	VARIATION
Q2	Lors de mon arrivée, les intervenants ont été attentifs à mes préoccupations/besoins	91,86%	91,88%	0,02
Q3	J'ai senti que les informations à mon sujet et à celui des autres patients étaient traités de façon confidentielle	91,34%	91,85%	0,51
Q4	Les intervenants ont été attentifs à soulager mes malaises, mes inconforts et/ou mes douleurs (si applicable)	90,63%	90,77%	0,14
Q5	Mon intimité a été respectée lors des soins et des traitements donnés par les intervenants	91,51%	92,00%	0,49
Q6	J'ai pu exprimer mes attentes face à ma réadaptation (PIII)	88,40%	90,08%	1,68
Q7	Les soins reçus répondaient à mes besoins	92,42%	92,81%	0,39
Q8	Je suis satisfait du niveau d'autonomie que j'ai atteint	89,11%	91,17%	2,06
Q9	J'ai reçu de l'information nécessaire pour prévenir les risques d'accidents reliés à mon état de santé	90,70%	92,47%	1,77
Q10	Le personnel m'a traité avec respect et courtoisie	93,08%	92,32%	-0,76
Q11	Les locaux et les équipements sont propres	88,55%	82,47%	-6,08
Q12	Les équipements pour m'aider à me déplacer étaient adéquats et adaptés à mes besoins	91,63%	94,00%	2,36
Q13	Généralement, j'ai trouvé les repas bons et variés	72,61%	69,60%	-3,01
Q14	Si je ne suis pas satisfait, je connais les ressources disponibles	76,46%	72,61%	-3,85
Q15	Les intervenants se sont assurés que j'aurais l'aide et le soutien nécessaire à mon retour à la maison (famille, CLSC)	91,54%	94,25%	2,72
Q16	On m'a informé des services d'aide à domicile dont j'aurais besoin après mon hospitalisation et de leur coût	86,91%	86,67%	-0,24
Q17	Avant mon départ, j'ai été informé du suivi que requiert mon état de santé	86,01%	91,32%	5,31
Q18	Je recommanderais cet hôpital à mon entourage	89,32%	90,26%	0,93

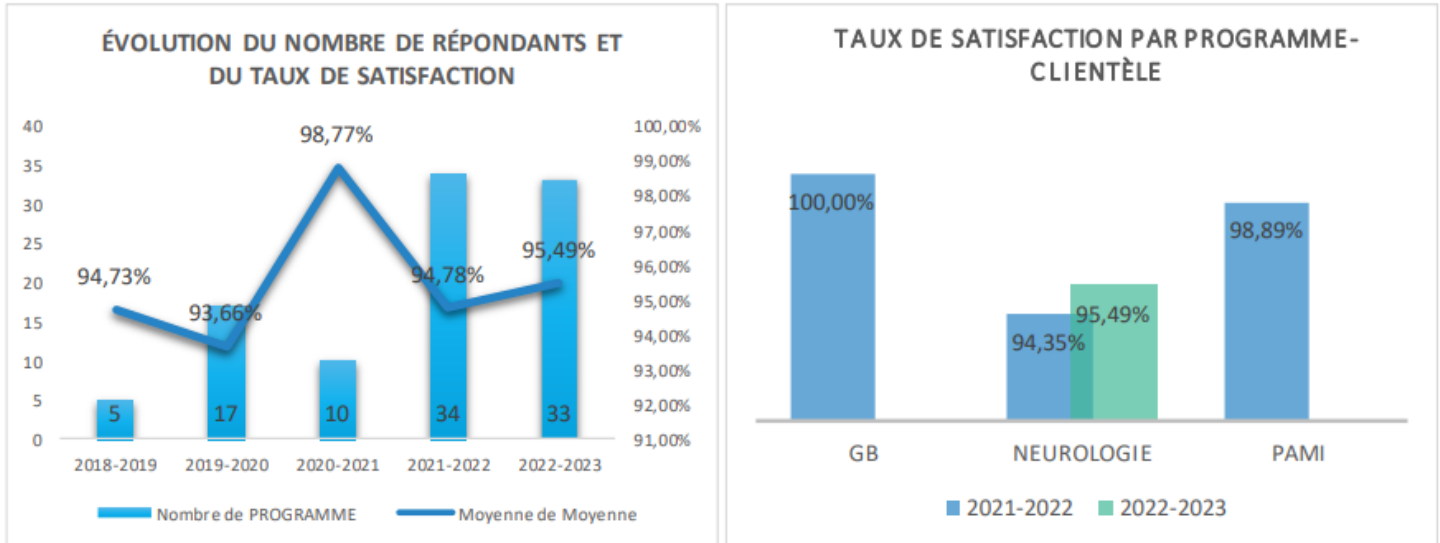
- Sur 17 questions, 5 obtiennent des réductions du taux de satisfaction par rapport à l'an passé alors que 12 connaissent une amélioration. Les variations de taux passent d'une réduction maximale de 6,08 points et d'une augmentation maximale du taux de 5,31 points.
- Si l'on prend comme critère déterminant le taux de satisfaction de 85% à une question, les trois questions qui ressortent et devront faire l'objet d'un suivi :
  - Q11 – Les locaux et les équipements sont propres (82,47%)
  - Q13 – Généralement, les repas sont bons et variés (69,60%) ;
  - Q14 – Si je ne suis pas satisfait, je connais les ressources disponibles (72,61%) ;

Les résultats de ce questionnaire seront partagés avec le comité des usagers et un plan d'action en découlera.

→ **Faits saillants clientèle inscrite ou ambulatoire**

- Résultats pour la clientèle en clinique externe :
  - 33 personnes ont complété le sondage en 2022-2023.

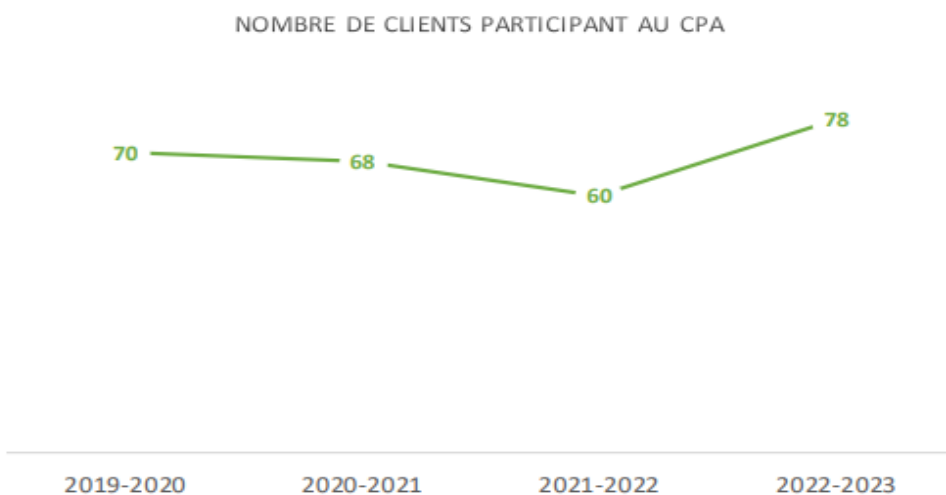
*Graphique numéro 13 : Évolution du nombre de répondants et comparatif du taux de satisfaction moyen par clientèle en externe entre 2021-2022 et 2022-2023*



On note une augmentation du taux de satisfaction global de 0,71 point, passant de 94,78% en 2021-2022 à 95,49% en 2022-2023. Le nombre de répondants reste stable, avec 33 répondants en 2022-2023 pour 34 répondants en 2021-2022. Seule la clientèle en neurologie a répondu au sondage en 2022-2023.

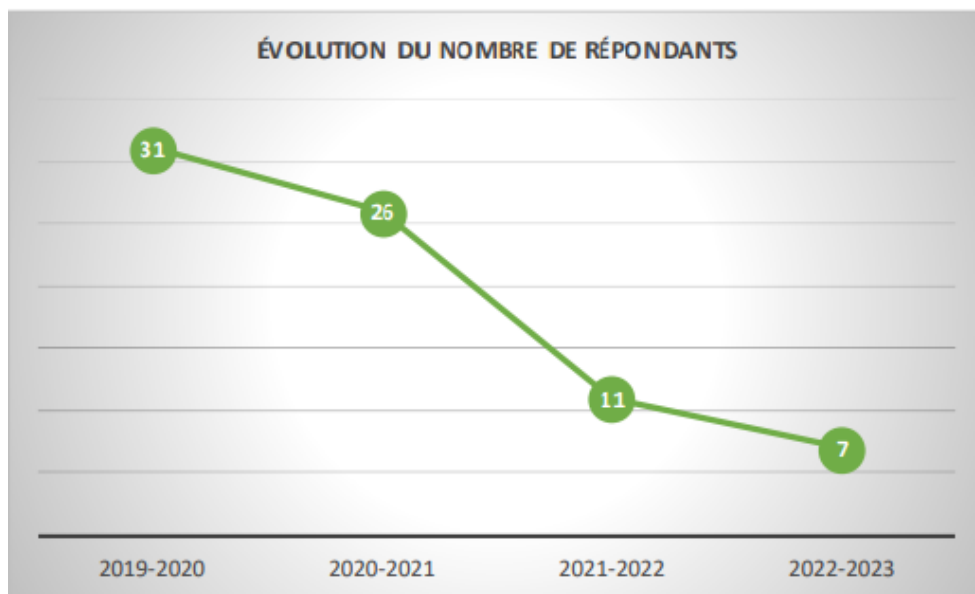
- Résultats pour la clientèle participant au programme du congé précoce assisté (CPA)

*Graphique numéro 14 : Nombre de clients rejoints en CPA*



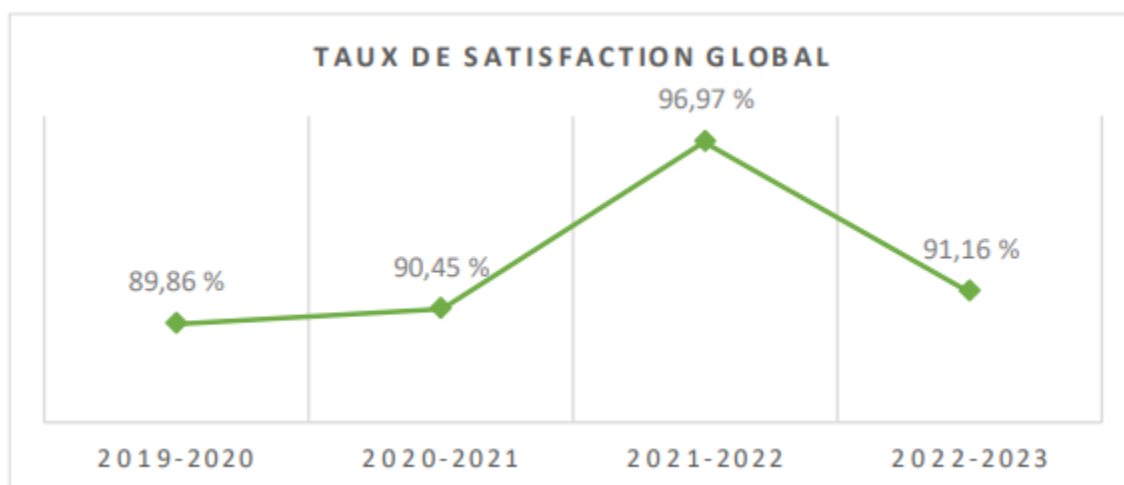
Il y a augmentation du nombre de clients participant au CPA passant de 60 en 2021-2022 à 78 en 2022-2023 suite à un ajout budgétaire du MSSS à l'automne 2022.

Graphique numéro 15 : évolution du taux de satisfaction global pour la clientèle participant au programme du congé précoce assisté



Il est à noter une baisse du nombre de répondants, avec seulement 7 répondants pour 2022-2023

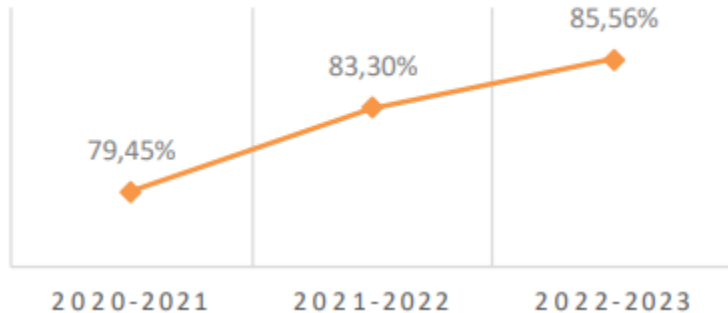
Graphique numéro 16 : Évolution du taux de satisfaction global entre 2019-2020 et 2022-2023



Le taux de satisfaction global connaît une baisse par rapport à 2021-2022, avec 91,16% des clients satisfaits du CPA en 2021-2022. Il faut noter que le faible volume de répondants conduit à une grande prudence dans l'interprétation de cette satisfaction. En 2023-24 l'objectif d'atteindre plus de clients bénéficiant du programme sera maintenu, doublé d'une augmentation du nombre de répondants aux questionnaires de satisfaction.

- Résultats sur la satisfaction pour les proches de la clientèle participant au programme du congé précoce assisté (CPA)
  - 2 proches ont complété le sondage, ce qui correspondait à une diminution par rapport à 2020-2021 (10 répondants).

### TAUX DE SATISFACTION GLOBAL



*Graphique numéro 17 : comparatif du taux de satisfaction global des proches de la clientèle participant au programme du congé précoce assisté entre 2020-2021 et 2022-2023*

Le taux de satisfaction global a quant à lui augmenté, passant de 83,30% en 2020-2021 à 85,56% en 2021-2022. Comme seulement deux proches ont complété le sondage, ces résultats ne peuvent pas être considérés comme un réel reflet de la satisfaction. Le taux de réponse est préoccupant. Nos méthodes devront être revues pour rejoindre plus de répondants.

## ➔ ENQUÊTE DE SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE SOUS LA GOUVERNE DU COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers a souhaité consulter les usagers de façon complémentaire avec le sondage réalisé par la direction de l'HRVM en 2023. Cette démarche s'inscrit directement dans le mandat du comité des usagers, dont l'une des fonctions définies par la Loi concerne spécifiquement l'évaluation de la satisfaction de la clientèle : « Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement » (article 202 de la LSSSS).

### Faits saillants :

- Sondage administré pour la firme Médaillon du 7 au 9 mars 2023.
- 105 questionnaires complétés sur 140 usagers présents dans l'établissement au moment du sondage.
- Taux de participation de 2023 (74%) représentant le meilleur taux de participation depuis 2018 (70%)
- Légère augmentation de l'indice de satisfaction par rapport à l'énoncé « En général, mon niveau de satisfaction lors de mon séjour à Villa Medica est... » est à 90 en 2023 alors qu'il était à 89 en 2021.

Tableau numéro 7 : évolution du niveau de satisfaction de la clientèle lors de leur séjour à Villa Medica entre 2018 et 2023

#### Indices globaux de la satisfaction :

*En général, mon niveau de satisfaction lors de mon séjour à Villa Medica est ...*

Année	Indice
2018	83
2019	90
2021	89
2023	90

- Il n'y a pas de tendance significative ni à la hausse ou à la baisse depuis 2021 -2022 au niveau des indices de satisfaction
- Trois énoncés obtiennent un indice de 90 et plus :
  - « Les réponses fournies à mes questions sur mon traitement (médicaments, etc.) » ;
  - « L'aide qu'on m'apporte pour me permettre d'améliorer mon autonomie » ;
  - « Le respect de mes biens personnels ».

- L'énoncé « l'aide qu'on m'apporte pour améliorer mon autonomie » obtient 70 % de « très satisfaits »
- Déplacements du « assez satisfait » vers le « très satisfait » de plus de 5 points pour les énoncés suivants :

- Ma participation aux décisions concernant mes traitements ;
  - L'aide qu'on m'apporte pour me permettre d'améliorer mon autonomie ;
  - La possibilité de participer à des comités de Villa Medica
- Pour trois énoncés, l'indice de satisfaction est inférieur à 85. Il s'agit de :
    - « La rapidité pour recevoir une réponse lorsque l'on signale un besoin (ex : cloche) » ;
    - « La possibilité de participer à des comités de Villa Medica » ;
    - « L'information fournie afin de mieux connaître mes droits comme usager ».
- Baisse de 5 points et plus pour les énoncés suivants :
    - « La courtoisie du personnel » (-17 points) ;
    - « Le temps accordé par le personnel pour l'écoute de mes besoins » (-8 points )
    - « Le temps alloué par le personnel pour l'écoute des besoins » (-8 points)
    - « Le respect de mes valeurs religieuses ou spirituelles » (-9 points) ;
    - « Le respect de mes biens personnels » (-6 points) ;
    - « La confidentialité des informations de mon dossier personnel » (-12 points).
- Les améliorations potentielles (indices entre 80 et 84) sont au nombre de 3 en 2023, alors qu'il y en avait 4 en 2021, 2 en 2019, et 7 en 2018 :
    - « La rapidité pour recevoir une réponse lorsqu'on signale un besoin » (2021 : 84 ; 2023 : 83)
    - « La possibilité de participer à des comités de Villa Medica » (2021 : 86 ; 2023 : 84)
    - « L'information fournie afin de mieux connaître mes droits comme usager » (2021 : 84 ; 2023 : 82)

Il n'y a aucun défi d'amélioration (indices de moins de 80) en 2023 – comme en 2019 et en 2021-, alors qu'il y a en avait 6 en 2018.

Ces résultats viennent appuyer et confirmer la stabilité de la satisfaction des différentes clientèles en 2022-2023.

#### 4. RÉSULTATS EN REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'HRVM n'est pas intégré à un CIUSSS ou CISSS. Depuis 2015 et la réforme de la Loi 10, l'établissement n'a pas signé d'entente avec des engagements annuels. Par ailleurs, l'HRVM s'inspire de la planification stratégique du MSSS et se fixe des cibles et fonctions des orientations.

<b>Objectif : améliorer la disponibilité du personnel</b>			
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats au 31 mars 2022</b>	<b>Résultats au 31 mars 2023</b>	<b>Cibles 2022-23 de l'établissement</b>
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,7% heures travaillées	2,66% des heures travaillées	2% de MOI
Ratio de présence au travail	90,01%		
Commentaires	Depuis 2018, l'HRVM vise une politique de 0% de MOI et n'a recours que de façon marginale à du personnel d'agence.		



## 5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

### 5.1 AGRÉMENT – DISTINCTION AVC

La visite d'agrément du programme Distinction AVC a eu lieu les 6, 7 et 8 juin 2022.

Le 16 juin 2022, Agrément Canada a officiellement informé l'HRVM de sa réussite dans le programme et du renouvellement de sa certification Distinction AVC pour 4 ans. Le rapport de visite, reçu le 16 août 2022, fait état de résultats très satisfaisants à la conformité aux 5 volets du programme :

#### 6. Normes :

- 96% de tous les critères de la norme jugés conformes ;
- 100% des critères à priorité élevée jugés conformes.

#### 7. Protocoles :

- 100% des 7 protocoles obligatoires jugés conformes, adoptés et mis en œuvre.

#### 8. Indicateurs de rendement :

- 100% des 4 indicateurs de base (obligatoires) atteignent le seuil visé ;
- 10 indicateurs optionnels fournis (2 exigés), dont 70% atteignent le seuil visé (aucune exigence).

#### 9. Éducation aux usagers et aux proches :

- 100% des 4 exigences démontrant que l'éducation offerte à l'utilisateur et à leurs proches est un volet intégré de la prestation des soins de l'AVC sont en place ;
- 100% des 4 exigences démontrant que l'éducation offerte à l'utilisateur et à leurs proches est constamment consignée dans le dossier médical de l'utilisateur sont en place.

#### 10. Projet pour l'excellence et l'innovation : Conforme aux 5 directives, soit :

5.1 être impérativement fondé sur des données probantes et conforme aux lignes directrices pour la pratique clinique pour les soins centrés sur la personne ;

5.2 afficher une amélioration de la qualité générale des services offerts au sein de l'établissement ou dans la région ;

5.3 Comprendre une évaluation complète et en mesurer sa viabilité dans le temps ;

5.4 Communiquer les constatations aux membres de l'organisme et à des tiers, le cas échéant ;

5.5 Se distinguer par ce qu'il pourrait apporter à la prestation des services.

Par ailleurs, il est à noter que, dès avril 2022, la DQIPÉRE a ajusté sa collecte de données afin d'être en mesure de produire des indicateurs pour le programme de neurologie selon les nouvelles exigences du programme Distinction AVC récemment révisé. Selon un échéancier approuvé par Agrément Canada, un premier rapport de mesures pour les 10 indicateurs obligatoires a donc été soumis en janvier 2023, contenant les données qui couvrent les deux premiers trimestres de l'année 2022-2023 pour la clientèle admise. Il est prévu pour l'année 2023-2024 d'inclure des mesures de ces indicateurs pour le service du Congé précoce assisté (CPA), ainsi que d'entamer des projets d'amélioration continue afin d'assurer la conformité aux nouvelles exigences du programme.

## 5.2 SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La sécurité des soins et services demande des efforts constants dans la recherche d'amélioration afin de se conformer aux meilleures normes de pratique. L'identification des pistes d'amélioration est possible notamment grâce à la déclaration et à l'analyse des incidents et des accidents se produisant dans l'établissement. Le maintien d'une culture de déclarations demande des activités de promotion continues et régulières.

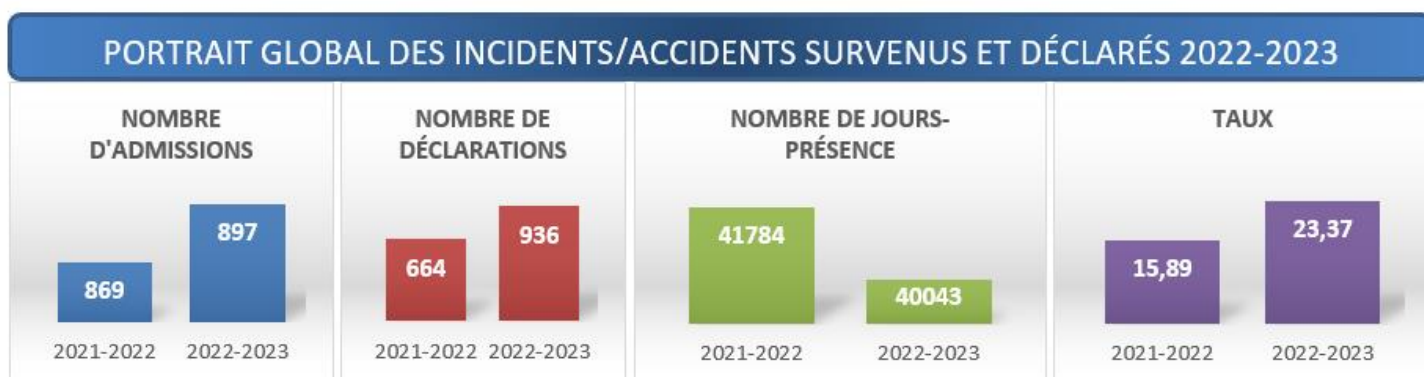
### → ACTIONS RÉALISÉES POUR PROMOUVOIR DE FAÇON CONTINUE LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS/ACCIDENTS

L'équipe de la DQIPÉRE a poursuivi son mandat d'amélioration continue et a intégré celle-ci au cœur de la gestion de la sécurité des usagers. La gestion des déclarations s'est concrétisée par des analyses régulières des AH-223 du SSSS et par la formation continue des nouveaux employés susceptibles de déclarer les événements appropriés.

### → ANALYSE SOMMAIRE DU RAPPORT ANNUEL 2022-2023 DES INCIDENTS/ACCIDENTS DÉCLARÉS

Faits saillants :

*Graphique numéro 18*



Dans l'évolution des taux de déclarations au fil des ans, nous observons le plus haut taux de déclarations depuis 2015-2016, soit 23,37% cette année.

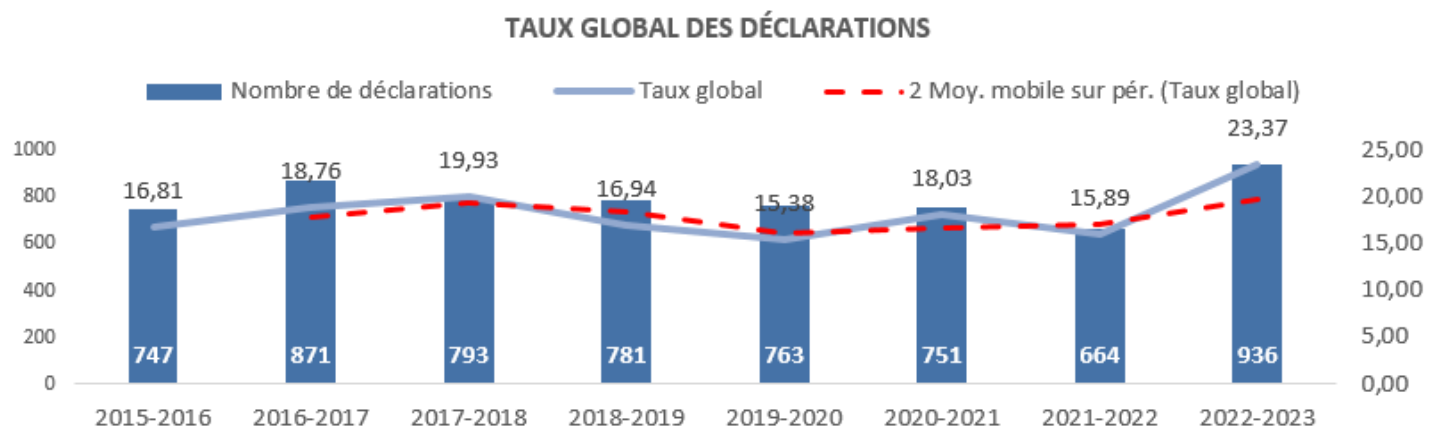
Bien que le nombre d'admissions ait augmenté par rapport à l'an dernier, le nombre de jours-présences a quant à lui diminué (-1741) provoquant ainsi une hausse importante du taux de déclarations. En effet, on note une hausse significative (41%), soit 936 en 2022-2023 comparativement à 664 en 2021-2022 du nombre de déclarations. Cette hausse associée notamment à une diminution du nombre de jours-présence engendre un taux de déclaration s'élevant à 23,37%. Une explication partielle de cette hausse est associée au fait que plusieurs capsules d'informations ont été faites aux déclarants pour éviter les sous-déclarations.

Tableau numéro 8 : principaux types d'événements touchant la sécurité des usagers

CATÉGORIE D'INCIDENT/ACCIDENT	TAUX		VARIATION TAUX
	2020-2021	2021-2022	
Abus/Agression	0,07	0,10	0,03
Autres	1,53	2,87	1,34
Chute	10,22	12,81	2,59
Diète	0,24	0,55	0,31
Lié à l'équipement	0,12	0,22	0,11
Lié au bâtiment	0,00	0,00	0,00
Lié au matériel	0,31	0,42	0,11
Lié aux effets personnels	0,14	0,30	0,16
Médication	2,70	4,87	2,17
Test imagerie	0,00	0,02	0,02
Test Dx Laboratoire	0,17	0,37	0,21
Traitement	0,38	0,82	0,44

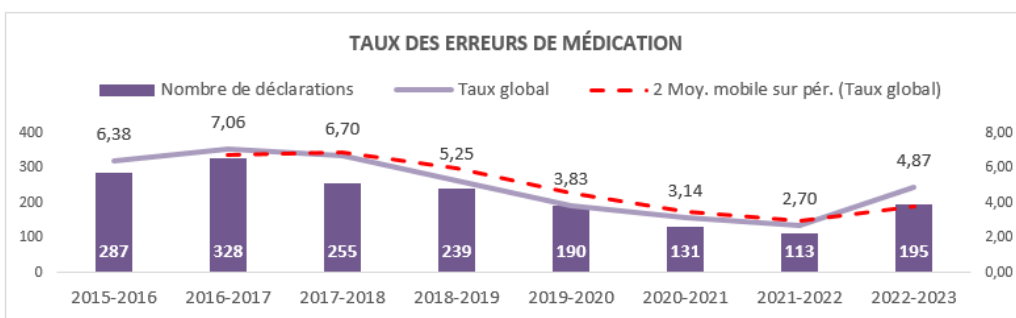
Les chutes et les erreurs liés à la médication connaissent des variations de taux les plus significatives.

Graphique numéro 19 : nombre de déclarations par catégorie entre 2015 et 2023



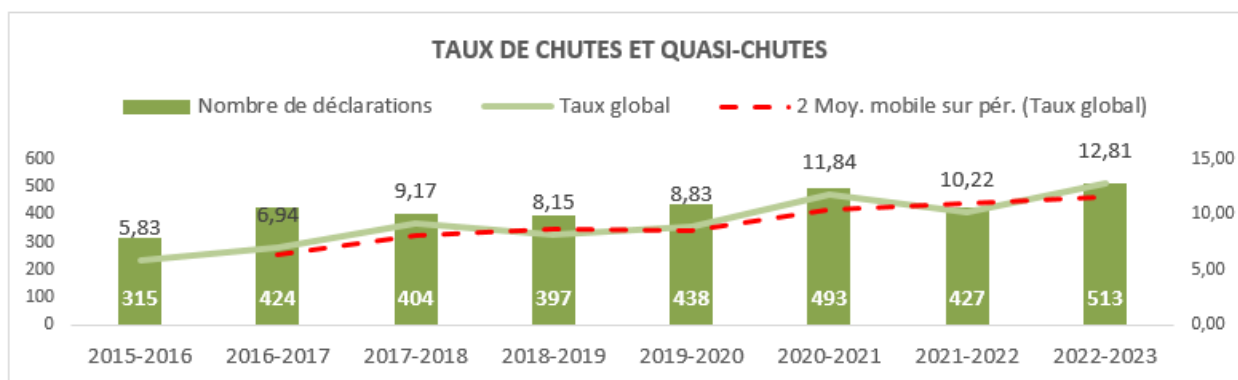
Dans le taux d'erreurs de médicaments, on note une hausse – contrairement à la tendance qui était à la baisse depuis 2016-2017 - avec une augmentation significative en 2022-2023 (80%) par rapport à l'an dernier. Le nombre d'erreurs en lien avec les omissions a plus que doublé (de 18 à 60) pour 30,7% des erreurs et il y a une hausse des erreurs relatives au non-respect des procédures et protocoles (de 37 à 55) pour 27,6% des erreurs. Aussi, sept erreurs en lien avec l'identité des clients ont été soulevées pour l'année 2022-2023.

Graphique numéro 20 : Taux des erreurs de médication



On remarque une hausse du taux de chutes et quasi-chutes en 2022-2023. Les chutes lors des transferts (33,5%) et en circulant (18%) demeurent prédominantes. Pour ce qui est des programmes clientèle, des hausses sont notées pour la clientèle des programmes de neurologie et des amputés du membre inférieur (PAMI). L'augmentation du taux de chutes prédomine aux unités du programme de neurologie, soit les unités des 7e, 9e et 10e étages.

Graphique numéro 21 : Taux de chutes et quasi-chutes



### **5.3 CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

Le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services n'a pas encore produit son rapport pour l'année 2022-2023.

### **5.4 CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU CORONER**

L'établissement n'a reçu aucune recommandation du protecteur du citoyen au cours de l'année 2022-2023.

### **5.5 CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN**

L'établissement n'a reçu aucune recommandation du coroner au cours de l'année 2022-2023.

### **5.6 PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES CLIENTS (ART 118.1 LSSSS)**

L'établissement dispose d'un plan d'action organisationnel et d'un comité de prévention des chutes et contentions.

### **5.7 PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT**

Aucune garde provisoire ou garde en établissement n'a été requise dans les installations à l'HRVM.

### **5.8 EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS**

En conformité avec la Loi sur la santé et les services sociaux, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) est responsable de procéder à une analyse complète des insatisfactions des usagers. Elle travaille en étroite collaboration avec le personnel et les gestionnaires impliqués. Son rôle est de concilier les besoins et les attentes des usagers ainsi que de proposer des solutions mutuellement acceptables ou susceptibles d'atténuer les conséquences ou la répétition des problèmes énoncés.

Si la plainte concerne un acte médical ou pharmaceutique, le CLPQS transmet sans délai la plainte du médecin examinateur. Le médecin examinateur assure le suivi de cette plainte et fait part de son analyse.

Depuis le 1er juin 2021, la CLPQS du CIUSSS-Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est devenue responsable de la réception et du traitement des plaintes de l'HRVM, suite à l'entrée en vigueur de la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux.

### **→ MOYENS POUR LA POPULATION D'ACCÉDER AU RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

Le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services pour l'année 2022-2023 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services n'est pas encore disponible. Plus de détails sont à venir sur la ventilation des dossiers qui sera fournie avec le rapport annuel de la commissaire locale du CIUSSS Centre-Sud. Sur réception il sera déposé sur le site internet de l'HRVM à l'adresse : <http://villamedica.ca>

Cependant, voici tout de même un sommaire des dossiers connus pour l'année 2022-2023.

## → SOMMAIRE

- Neuf (9) dossiers ont été traités par les CLPQS durant l'exercice 2022-2023, dont :
  - Cinq (5) dossiers de plainte ;
  - Une (1) demande d'assistance ;
  - Trois (3) interventions ;
  - Aucune demande de consultation.

## → DOSSIERS DE PLAINTE

Neuf dossiers dont 5 de plaintes ont été reçus et traités à ce jour pour 2022-2023. Il y a une diminution du nombre de dossiers par rapport à 2021-2022 où 20 dossiers avaient été traités (2 plaintes, 1 plainte médicale, 13 demandes d'assistances, 4 interventions)

## → MESURES CORRECTIVES

Douze mesures correctives ont été mises en place à ce jour par Villa Medica :

1. Offrir une formation adéquate aux employés concernés et produire un aide-mémoire ;
2. Sensibiliser le personnel pour éviter les discussions à caractère privé dans les espaces ouverts ;
3. Mettre en place des entretiens d'équipement et établir un calendrier de planification de la fréquence ;
4. Sensibiliser le personnel pour s'assurer du bon fonctionnement des équipements ;
5. Sensibiliser les équipes de soins à l'obligation ;
6. Rappeler les normes en termes de documentation des dossiers ;
7. Réviser la procédure de gestion du dépôt des effets personnels ;
8. Valider la flotte et effectuer des achats d'équipements ;
9. Informer davantage les proches et les patients sur les déplacements sécuritaires à l'extérieur ;
10. Rappeler la procédure liée à la gestion de la douleur ;
11. Rappeler l'obligation de s'identifier ;
12. Rappeler le respect de la tenue de dossier.

## → DOSSIER DE PLAINTE DE MALTRAITANCE

Pour la période visée, un dossier d'intervention a été ouvert pour un signalement de maltraitance psychologique envers une personne vulnérable. Des mesures d'ordre administratif ont été données, ainsi que de la formation sur la civilité en fournissant des outils au personnel pour la gestion des comportements perturbateurs.

## 6. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Les rapports sur l'application de la politique de l'établissement portant sur les soins de fin de vie de 2022-2023 indiquent les données suivantes :

- Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : 0
- Nombre de demandes pour sédation palliative continue administrée : 0
- Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées : 0
- Nombre d'aide médicale à mourir administrée : 0
- Nombre d'aide médicale à mourir NON administrée : 0

La politique de demande de soins de fin de vie, de sédation continue, d'aide médicale à mourir ou de soins palliatifs a été approuvée le 21 octobre 2020. Étant donné notre mission et notre intervention sur une portion de la trajectoire, l'application de cette politique est de faible portée.

## 7. RESSOURCES HUMAINES

### 7.1 RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Répartition de l'effectif en 2022-2023 par catégorie de personnel

Tableau numéro 9

Répartition de l'effectif en 2023 par catégorie de personnel  
Villa Medica Inc. (2973-2187)

	Nombre d'emploi au 31 mars 2023	Nombre d'ETC en 2022-2023
	2023	2023
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	88	70.07
2 - Personnel para technique, services auxiliaires et métiers	143	86.77
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	31	26.02
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	118	96.41
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	7	3.14
6 - Personnel d'encadrement	14	13.5
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>295.91</b>

\* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

- **Nombre d'emplois** = nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant eu au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.
- **Nombre d'équivalents temps complet (ETC)** = l'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

## 8. RESSOURCES FINANCIÈRES

### 8.1 ÉTATS FINANCIERS

#### → RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'HRVM 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 édictée 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'HRVM 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. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Blanchette, Vachon, société de comptables professionnels agréés, 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 Blanchette Vachon peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Anne Beauchamp  
Présidente-directrice générale



Nancy Marois  
Directrice des ressources financières,  
Informationnelles, d'hôtellerie et de la logistique



## → UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

VILLA MEDICA INC.  
exercice terminé le 31 mars 2023 - non auditée

2973-2187

### RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
<b>Programmes- services</b>						
Médecine	9 805 695 \$	25,29%	10 084 310 \$	27,05%	(278 615) \$	-2,84%
Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	3 710 562 \$	9,57%	3 933 206 \$	10,55%	(222 644) \$	-6,00%
Service de soins spirituels	13 696 \$	0,04%	12 529 \$	0,03%	1 167 \$	8,52%
Psychologie	372 162 \$	0,96%	411 215 \$	1,10%	(39 053) \$	-10,49%
Services sociaux	620 468 \$	1,60%	515 835 \$	1,38%	104 633 \$	16,86%
Centre de prélèvements	50 913 \$	0,13%	30 409 \$	0,08%	20 504 \$	40,27%
Pharm. - Usag. Hospitalisés	1 047 575 \$	2,70%	1 050 002 \$	2,82%	(2 427) \$	-0,23%
Orthophonie	824 915 \$	2,13%	787 958 \$	2,11%	36 957 \$	4,48%
Physiothérapie	3 159 522 \$	8,15%	2 970 665 \$	7,97%	188 857 \$	5,98%
Ergothérapie	2 554 866 \$	6,59%	2 189 484 \$	5,87%	365 382 \$	14,30%
Animation-Loisirs	224 740 \$	0,58%	605 129 \$	1,62%	(380 389) \$	-169,26%
Déplacement des usagers	456 066 \$	1,18%	441 605 \$	1,18%	14 461 \$	3,17%
Nutrition clinique	446 854 \$	1,15%	426 092 \$	1,14%	20 762 \$	4,65%
Charges non réparties par programmes-services	657 160 \$	1,69%	271 160 \$	0,73%	386 000 \$	58,74%
Lutte à une pandémie d'influenza	188 654 \$	0,49%	226 294 \$	0,61%	(37 640) \$	-19,95%
<b>Programmes soutien</b>		0,00%		0,00%		
Administration	5 344 391 \$	13,78%	4 549 235 \$	12,20%	795 156 \$	14,88%
Soutien aux services	4 068 800 \$	10,49%	3 857 763 \$	10,35%	211 037 \$	5,19%
Gestion des bâtiments et des équipements	5 227 176 \$	13,48%	4 920 285 \$	13,20%	306 891 \$	5,87%
<b>TOTAL</b>	<b>38 774 215 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>37 283 176 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 491 039 \$</b>	<b>3,85%</b>

Note : Vous pouvez consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) sur notre site Internet pour plus d'informations sur les ressources financières.  
[www.villamedica.ca](http://www.villamedica.ca)

VILLA MEDICA INC.  
exercice terminé le 31 mars 2023

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars

#### Contrats de services

Nombre Valeur

Contrats de services avec une personne physique	0	- \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	3	387 330 \$
Total des contrats de services	3	387 330 \$

Logibec GRF 65342  
Logibec eclinibase 109709  
Buanderie Villeray 212279  
387330

## **9. RESSOURCES INFORMATIONNELLES**

- Rehaussement de toute l'infrastructure informatique (serveurs physiques et virtuels, logiciels de sécurité et de sauvegarde) et rehaussement de plusieurs logiciels, en conformité avec le plan directeur informatique 2021-2025.
- Rehaussement des ordinateurs de bureau et portables afin que ceux-ci soient tous de moins de 3 ans d'âge d'ici la fin 2023.
- Choix d'un logiciel pour implanter un dossier clinique informatisé : les travaux débuteront en juin 2022.

## **10. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT**

Non applicable aux établissements privés conventionnés.

## **11. DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES**

Entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023, aucune plainte d'acte répréhensible n'a été portée à cette nouvelle responsable. Nous pensons toujours que cette Loi est méconnue et que des efforts devraient être déployés pour la faire connaître.

## **12. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

Non applicable aux établissements hors CISSS et CIUSSS.

## 13. ANNEXES

### CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS



## CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

### 1. CONTEXTE

À titre d'établissement privé conventionné visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Villa Medica 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 Villa Medica de se doter de meilleures pratiques d'affaires qui guident toute entreprise privée soucieuse d'efficience, et de performance.

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

### 2. OBJET

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

### 3. CHAMPS D'APPLICATION

3.1. Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de Villa Medica.

3.2. Il s'applique également au directeur général de Villa Medica. En conséquence pour fins d'application du présent code, le terme « administrateur » signifie également le directeur général.

### 4. HONNÊTÉTÉ ET INTÉGRITÉ

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

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

4.3. 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.

4.4. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de Villa Medica 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).

## **5. DISCRÉTION ET PRUDENCE**

5.1. 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.

5.2. 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 Villa Medica n'en décide autrement.

5.3. 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.

## **6. LOYAUTÉ**

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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).

## **7. CONFLITS D'INTÉRÊT**

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

7.2. 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 Villa Medica incluant toute charge d'administration (ou dirigeant) dans une entreprise autre qu'une entreprise liée avec Villa Medica.

7.3. 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.

7.4. L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de transiger de quelque manière avec Villa Medica à moins d'une autorisation expresse du conseil d'administration.

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

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

7.7. 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 Villa Medica.

## **8. RESPECT**

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

## **9. MESURES D'APPLICATION**

9.1. 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).

9.2. 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 Villa Medica. Cette déclaration doit être amendée par l'administrateur si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.

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

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

9.5. Les déclarations remises sont traitées de façon confidentielle.

## **10. SANCTION**

10. 1. 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.

## **11. ENTRÉE EN VIGUEUR**

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


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

ANNEXE I

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je soussigné(e), ANNE BEAUCHAMP Présidente-directrice générale a pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs du conseil d'administration de Villa Medica.

Ayant compris le sens et la portée de ce code, je m'engage à en respecter toutes les dispositions, pendant l'exercice de mon mandat.

  
Signature

20/07/2023  
Date