



Villa Medica  
HÔPITAL DE RÉADAPTATION



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2024-2025

# TABLE DES MATIÈRES

<b>MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA VICE-PRÉSIDENTE DE LA RÉADAPTATION ET DES SERVICES AMBULATOIRES .....</b>	<b>4</b>
<b>DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>6</b>
Notre mission .....	7
Notre vision .....	7
Nos valeurs .....	7
Nos orientations stratégiques .....	8
Notre structure organisationnelle .....	10
<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES .....</b>	<b>11</b>
Conseil d'administration .....	12
Comité vigilance qualité .....	12
Comité des usagers .....	14
Conseil des médecins et pharmaciens (CMP) .....	14
Comité multidisciplinaire .....	15
Comité de gestion de la sécurité des usagers .....	15
Comité de prévention des chutes et de gestions des mesures de contrôle .....	17
Comité de prévention et contrôle des infections .....	17
Comité d'éthique clinique et organisationnelle .....	21
Comité Planetree .....	21
<b>FAITS SAILLANTS .....</b>	<b>23</b>
Faits saillants .....	24
<b>RÉSULTAT EN REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....</b>	<b>34</b>
<b>ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE QUALITÉ .....</b>	<b>35</b>
Distinction AVC .....	36
Agrément .....	36
Sécurité des soins et des services .....	38
Examen de plaintes et promotion des droits .....	42
Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services .....	42
Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du protecteur du citoyen ....	42
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des clients .....	43
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement .....	43
<b>APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE .....</b>	<b>44</b>
<b>RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>45</b>
Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné .....	46
<b>RESSOURCES FINANCIÈRES .....</b>	<b>49</b>
États financiers .....	50

RESSOURCES INFORMATIONNELLES .....	52
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....	54
DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES .....	55
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....	56
ANNEXES .....	57

## MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA VICE- PRÉSIDENTE DE LA RÉADAPTATION ET DES SERVICES AMBULATOIRES



**Sylvain Lemieux**

Directeur général et  
président du conseil  
d'administration

Hôpital de réadaptation  
Villa Medica



**Marlène Galdin**

Vice-présidente  
réadaptation et services  
ambulatoires

Hôpital de réadaptation  
Villa Medica

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM) est l'un des principaux établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation au Québec. Notre expertise couvre les programmes majeurs de réadaptation en déficience physique, les soins aux grands brûlés, les troubles neurologiques, notamment l'AVC, ainsi que les programmes de réadaptation en santé physique. Cette expertise est reconnue par nos partenaires du réseau de la santé québécois. Nous nous engageons quotidiennement à adopter une approche qui implique activement le client et ses proches.

À la fin de cette année riche en défis et réalisations, nous exprimons notre gratitude envers tous les membres de notre organisation pour leur engagement exceptionnel. Cette année, plusieurs travaux concernant nos environnements physiques et informatiques ont été réalisés avec rigueur, toujours avec le souci de répondre aux besoins de notre clientèle. De plus, nous sommes honorés d'avoir reçu une mention d'honneur d'Agrément Canada.

Nous poursuivons nos projets et initiatives stratégiques et d'amélioration de nos services et de nos offres de services. Nous sommes convaincus que ces initiatives et projets futurs nous permettront de continuer à offrir des soins de réadaptation de la plus haute qualité et à améliorer la vie de nos clients.

Nous adressons nos remerciements à toutes les équipes pour leur contribution déterminante au succès de HRVM. Avec chacun d'entre vous, y compris les usagers, les collaborateurs, nos partenaires et les bénévoles, nous continuerons à avancer, innover et offrir des soins et des services de réadaptation d'excellence.

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

À titre de vice-présidente réadaptation et services ambulatoires, 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 2024-2025 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 2025.



**Marlène Galdin**

vice-présidente réadaptation et services ambulatoires

Hôpital de réadaptation Villa Medica



# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

## NOTRE 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 post aigus) ;
- Offrir ces services en ambulatoire pour la clientèle en déficience physique ;
- S'engager à faire équipe avec les usagers et leurs proches afin qu'elles développent leur plein potentiel.

## NOTRE VISION

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

## NOS VALEURS



- **QUALITÉ** : offrir des soins et des services ayant l'aptitude à satisfaire de manière continue les besoins et les attentes des usagers.
- **BIENVEILLANCE** : 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.

### **1. Adapter et élargir notre offre de services :**

Notre objectif est d'assurer la continuité des soins et services pour chaque client. Afin d'y répondre, nous allons :

- Consolider l'approche par programme.
- Déployer le dossier clinique informatisé.

### **2. Développer notre agilité grâce aux partenariats internes et externes :**

Pour cet enjeu, plusieurs objectifs entrent en considération tels l'amélioration de la satisfaction des employés ainsi que le fait d'accroître la notoriété et le rayonnement de l'établissement en innovation et recherche.

#### **Ces objectifs seront portés par cinq projets qui sont :**

- Planifier et réaliser une campagne de relations publiques.
- Développer un projet de recherche en partenariat avec une école de santé. Renforcer la collaboration dans l'organisation du travail.
- Mettre en vigueur la formation continue pour les employés et les intervenants. Impliquer les PAB (préposés aux bénéficiaires) dans les équipes cliniques.

### **3. Augmenter l'efficacité en renforçant nos capacités organisationnelles :**

L'objectif est d'assurer la disponibilité des ressources matérielles et informationnelles.

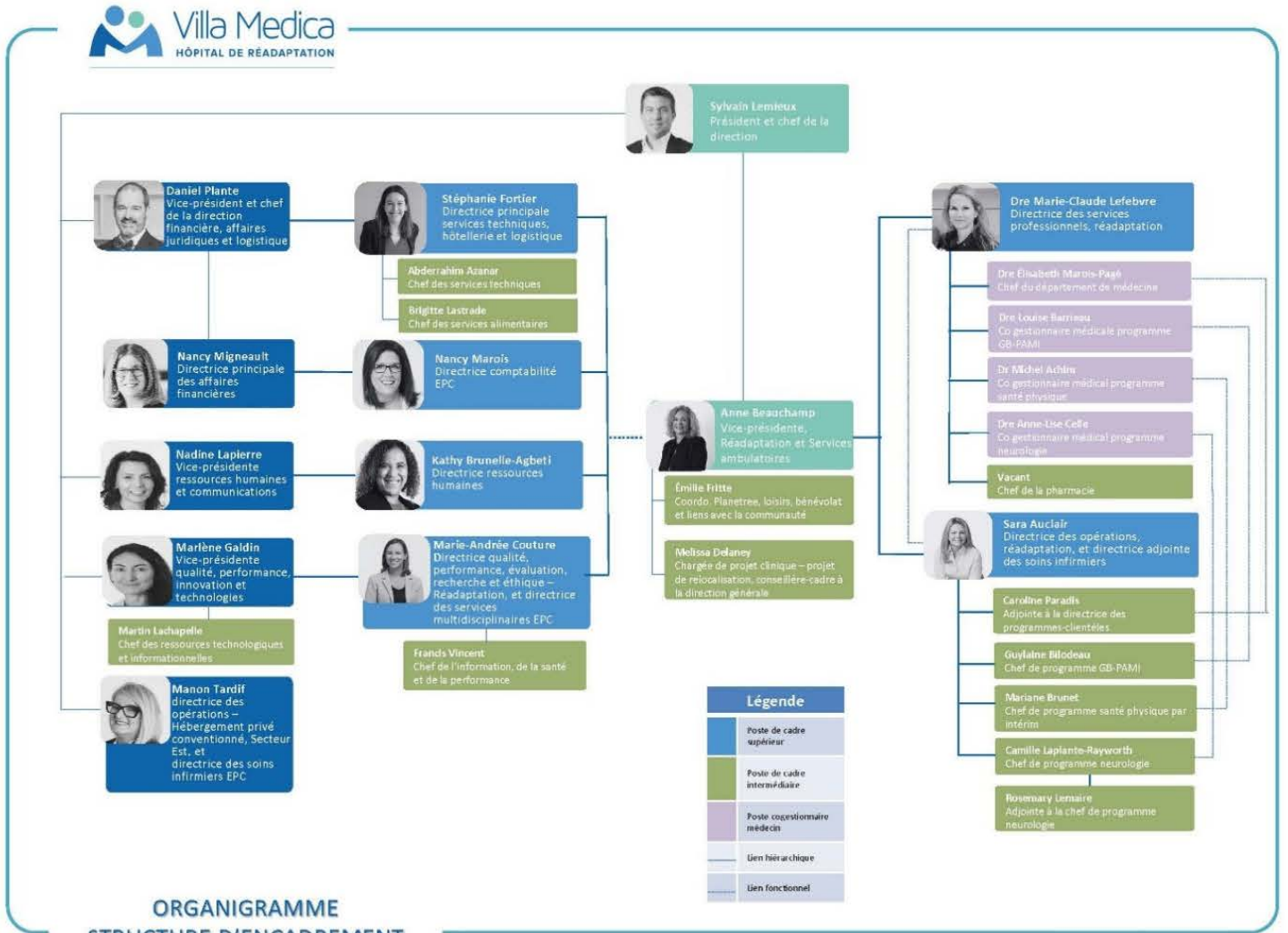
Pour ce faire, nous réaliseront deux projets qui sont :

- Améliorer les processus d'acquisitions et de maintien des ressources matérielles et informationnelles.
- Réaliser les projets d'aménagements prioritaires en lien : employés, usagers, sécurité, hygiène.

Cette planification met l'accent sur l'amélioration continue des services, l'innovation par la recherche, la collaboration, ainsi que l'optimisation des ressources pour une meilleure efficacité organisationnelle.

# NOTRE STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Les changements suivants ont été apportés au plan d'organisation pendant l'année 2024-2025 :



En date du 31-03-2025



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

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

La responsabilité des activités de l'HRVM est pour la cinquième année consécutive sous la gouverne d'un administrateur unique, Monsieur Sylvain Lemieux.

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

Pour l'année 2024-2025, 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>.

---

## COMITÉ VIGILANCE QUALITÉ

Les participants du CVQ se sont réunis lors de 4 rencontres.

### Membres :

- Sylvain Lemieux, Président et chef de la direction – Sedna
- Anne Beauchamp, Présidente directrice générale – Hôpital de réadaptation Villa Medica  
Manon Tardif, Directrice des soins infirmiers et du développement des pratiques professionnelles – Sedna
- Marlène Galdin, Directrice qualité, innovation, performance et technologie – Sedna  
Stéphane Marcil, Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services – CIUSSS centre-sud ou Madame Céline Roy, Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – CIUSSS Centre Sud
- Rosa Christina Pascual Blanco, conseillère-cadre en gestion intégrée des risques à la DQEPE – CIUSSS Centre-Sud (jusqu'au 20 février 2025)
- Maryse Bouthillier, conseillère-cadre en qualité à la DQEPE – CIUSSS Centre-Sud (à partir du 21 février 2025 en remplacement de Madame Rosa Christina Pascual Blanco)

### Invitées :

- Sara Auclair, Directrice des programmes clientèles et des soins infirmiers – Hôpital de réadaptation Villa Medica
- Marie-Andrée Couture, Directrice de la qualité, innovation, performance, évaluation, recherche et éthique (DQIPÉRE) – Hôpital de réadaptation Villa Medica

### Secrétaire :

- Valentina Melgar Mejia, technicienne en administration à la direction générale – Hôpital de réadaptation Villa Medica

### Faits saillants :

- Ajout de la présentation d'indicateurs en lien avec l'accessibilité de la clientèle aux services
- Suivi des différentes thématiques (voir tableau ci-haut)
- Une recommandation du CVQ en août 2024 : L'HRVM doit s'assurer de la conformité des normes en lien avec les médicaments de type « narcotiques », notamment la mise à jour de la procédure en lien avec la gestion des narcotiques et son applicabilité. Suivi fait tout au long de l'année
- Mise en place d'une évaluation annuelle sur le fonctionnement du comité de vigilance  
Passation de l'Outil sur le fonctionnement de la gouvernance d'Agrément Canada

## Les principaux sujets ont concerné :

Tableau 1 : Sujets abordés lors des rencontres 2024-2025 du CVQ

Sujets abordés	23 mai 2024	22 août 2024	21 nov. 2024	27 févr. 2025
<b>Expérience client</b>				
Expérience client (sondage et plan d'action)	x	x	x	
Résultats sur le processus de plaintes – Tableau de suivi des dossiers	x	x	x	x
Plan d'action bienveillance et lutte contre la maltraitance				x
<b>Gestion des risques / Culture de sécurité</b>				
Rapport trimestriel sur les incidents et accidents déclarés	x	x	x	x
Suivi des événements sentinelles	x	x	x	x
Plans portant sur l'amélioration de la sécurité	x			
Documentation en lien avec la gestion des risques (politiques, procédures, règlements)			x	
<b>Gestion de la qualité</b>				
Suivi des recommandations issues des instances qualité internes et externes	x	x	x	x
Politique de lutte contre la maltraitance	x			
Cycle d'Agrément Canada 2020-2024	x	x	x	x
Indicateurs cliniques			x	x
Objectifs annuels CMP			x	
Climat de travail et santé/sécurité au travail				
Résultats sondage Pulse	x			
Environnement physique /Rénovation fonctionnelle				
Protection des renseignements personnels				
Suivi d'événement	x			

Dix rencontres en 2024-2025.

### Faits saillants :

- Mme Rita Toutant et Émilie Fritte ont participé à l'atelier : La lutte contre la maltraitance c'est l'affaire de tous. Animé par
- M. Robert Simard, conseiller à la direction de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance envers les aînées (MSSS).
- Arrivée de cinq nouveaux membres permanents et trois bénévoles assidu(e)s.
- Les 120 premières trousse de bienvenue ont été distribuées avec l'aide du personnel des étages. Un deuxième lot est en cours de préparation.

Le comité des médecins et des pharmaciens de Villa Medica s'est réuni 4 fois, les 28 mai, 24 septembre et 26 novembre 2024 et le 6 mai 2025.

- **Présidence du CMP :** La présidence du CMP a été assumée par Dr Hadji Hamidou, après deux ans de présidence, sa nomination a été reconduite pour un autre mandat. Dr Michel Achim demeure secrétaire du CMP et Dr François Bourassa trésorier du CMP.
- **Cheffe du département de médecine :** Dre Élisabeth Marois-Pagé occupe la fonction de chef du service de médecine en réadaptation
- **Directrice des services professionnels :** Dre Marie-Claude Lefebvre occupe la fonction de directrice des services professionnels depuis juin 2021.
- **Directrice des services professionnels :**  
Les cogestionnaires médicaux sont :
  - Dr Michel Achim pour le programme santé physique ;
  - Dre Anne Lise Celle pour le programme de neurologie
  - Dre Louise Barrieau pour le programme des grands brûlés et amputés du membre inférieur.

### Départs :

- Josée Hallée, pharmacienne (2 août 2024) ;
- Hayat Nadour, assistante-technique en pharmacie (10 mars 2025);
- Thi Kim than Mac, chef Pharmacienne (janvier 2025);
- Dre Rachel Lamanque (13 janvier 2025);

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

- Évaluation de l'acte médical : Présentation par Dre Marie-Claude Lefebvre, MD., FCMFC, DSP (mars 2024)
- Planetree : Présentation offerte à l'équipe médicale par Émilie Fritte, coordonnatrice Planetree (avril 2024)
- Dossier électronique Gustav : Les membres du CMP ont été formés à l'utilisation du nouveau dossier clinique informatisé Gustav (printemps 2024).

### **Fait saillants :**

- Rédaction de la procédure de gestion d'éthique clinique et organisationnelle et révision du cadre de référence en matière éthique.
- Analyse de 4 cas de morbidités.
- Analyse de 10 cas de mortalité.

---

## **CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE**

### **Membres au 31 mars 2025 :**

- Laurence Grégoire-Pelchat, présidente ;
- Valérie Bienvenu, vice-présidente ;
- Andréanne Cloutier, secrétaire/trésorière ;
- Stéphanie Légaré, vice-présidente ;
- Marie-Andrée Couture (invitée), DQIPÉRE-DSM ;
- Anne Beauchamp (invitée), VP Réadaptation et cliniques ambulatoires.

### **Rencontres en 2024-2025 :**

- 26 septembre 2024 ;
- 26 novembre 2024 ;
- 28 janvier 2025 ;
- 15 avril 2025 ;
- À venir 12 juin 2025 (Assemblée annuelle).

### **Faits saillants :**

- Affirmer le rôle Conseil multidisciplinaire de HRVM et augmenter la visibilité
- Apprécier et promouvoir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles des membres du Conseil multidisciplinaire ;
- Poursuite de la mise en place de comité de pairs sur la tenue de dossier ;
- Développement d'un système de mentorat par les pairs ;
- Reprise d'un prix ambassadeur du CM lors de l'AGA.

---

## **COMITÉ DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES USAGERS**

Quatre rencontres en 2024-2025.

### **Réalisations**

- Conception d'un outil, en collaboration avec l'équipe des communications, qui s'adresse à la clientèle pour l'affichage et la diffusion des données d'incidents/accidents.
- Diffusion de l'outil « Carrefour giratoire de la sécurité » et des indicateurs portant sur la sécurité auprès de la clientèle.
- Révision du règlement sur la formation et le fonctionnement du comité de gestion des risques (en lien avec la sécurité des usagers).
- Révision du règlement relatif à la divulgation et élaboration d'une procédure de divulgation de l'information nécessaire et mesures de soutien à un client et aux proches à la suite d'un accident.
- Révision de la politique portant sur la sécurité des usagers. Élaboration d'une politique de déclaration d'un incident ou accident et révision de la procédure de déclarations des événements.
- Élaboration d'une politique d'analyse d'un incident ou accident et révision de la procédure d'analyse des événements.
- Élaboration et mise en place d'un questionnaire de suivi (auprès de la clientèle) relativement à la divulgation d'événements indésirables (ex : divulgation d'une erreur de médicament).
- Audit portant sur les chuteurs de 4 fois et plus en T2 2023- 2024 a été réalisé. Des pistes d'amélioration ont été identifiées.

- Une analyse prospective des risques concernant la gestion des rendez-vous externes pour la clientèle hospitalisée a permis de cibler des processus d'amélioration. Cette analyse s'est terminée en avril 2024 et plusieurs recommandations ont été implantées en 2024-2025.
- Sensibilisation à différentes thématiques lors de la semaine portant sur la sécurité des usagers du 28 octobre 2024. Quelques thématiques ont été abordées telles que : la chambre des erreurs, la manipulation de la civière et du chariot d'urgence, un quiz sur les pratiques organisationnelles requises (POR), etc. Le nombre de participants a été particulièrement élevé avec 110 personnes rejointes.

L'ensemble des objectifs fixés par ce comité ont été atteints.

Figure 1 : Outil utilisé (carrefour giratoire) pour diffusion des indicateurs auprès de la clientèle.



Juillet à septembre 2024 (T2 2024-2025)

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

Cinq rencontres en 2024-2025.

## Faits saillants :

- Diffusion d'indicateurs auprès de la clientèle à partir de T2 (Diffusion faite par le comité de gestion des risques avec les 4 comités partenaires, dont celui-ci) ;
- Suivi et complétion du plan d'action portant sur la prévention des chutes. Plusieurs éléments ont été complétés alors que d'autres s'inscrivent davantage dans une démarche en continu ;
- Audit de dossiers sur la traçabilité des communications et plan d'intervention lors de suivi post-chute (chutes survenues en novembre et décembre 2024) ;
- Réunion extraordinaire pour établir un plan d'action lors de l'utilisation de la contention physique qu'est une PINEL ;
- En lien avec le mois de la prévention des chutes (novembre 2024), une semaine thématique a eu lieu. Un kiosque d'informations générales portant sur la prévention des chutes a été tenu. Les membres du personnel pouvaient visiter la « chambre des erreurs » et « des bons coups ». Plus de 110 personnes ont participé à cette semaine thématique.

Les catégories d'incidents et accidents où nous observons un plus haut taux de déclarations sont :

- **Les chutes et quasi-chutes** (avec un taux de 12,16 représentant environ 60 % des déclarations) ;
- **Les erreurs de médication** (avec un taux de 4,11 représentant environ 20 % des déclarations).

---

# COMITÉ DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Cette année, le comité s'est réuni à cinq reprises.

## Faits saillants :

### • Membres du Comité :

Le comité a connu des changements de membres, avec de nouveaux ajouts et des remplacements temporaires au cours de l'année.

1. Abderrahim Azanar, chef des services techniques.
2. Chen Audrey Ravoahangy/ Audrey Guénette (intérim), chef de programme intérimaire en santé physique. (Audrey Guénette a remplacé Chen-Audrey Ravoahangy durant son congé de maternité en tant que chef de programme par intérim en santé physique. Comme celle-ci n'est demeurée en poste que 2 mois, c'est Mariane Brunet qui a pris la relève pour finir l'année au comité PCI.).
3. Dre. Louise Barrieau, médecin omnipratricienne et présidente du comité.
4. Stéphanie Harvey, conseillère en prévention et contrôle des infections et responsable du comité.
5. Vacant, agente de gestion du personnel aux ressources humaines (depuis décembre 2023).
6. Guylaine Lefort, pharmacienne.
7. Francis Vincent, chef du service de gestion de l'information de la santé et de la performance.
8. Andrée Boutin/ Laurence Grégoire-Pelchat (intérim), coordonnatrice à l'agrément, amélioration continue et développement des programmes.
9. Marie Amzallag, cliente-collaboratrice.

- **Activités de surveillance :**

Le comité a surveillé les infections associées aux soins de santé, avec un suivi détaillé des cas de SARM, ERV, EPC et C. difficile. Il a aussi géré plusieurs éclosions de grippe et de COVID-19 sur les unités de soins.

Tableau 2 - Bilan

Indicateur	Bilan des BMR et C. difficile-Année 2024-2025 vs Année 2023-2024							
	SARM		ERV		EPC		C. difficile	
Nb cas nouveaux	26	28	12	4	22	14	20	8
Nb cas nosocomiaux	4	11	0	0	6	0	9	0
% cas nosocomial	15%	39%	0%	0%	27%	0%	45%	0%
Incidence / 10 000 jours présence	1,0	2,8	0,0	0,0	1,2	0,0	2,2	0,0

- **Vaccination :** Des campagnes de vaccination contre la grippe et la COVID-19 ont été menées pour le personnel et les usagers, avec des taux de vaccination détaillés pour chaque catégorie.

Tableau 3 – Campagne de vaccination

- *Campagne vaccination contre l'influenza destinée aux clients et employés:*

Nombre et proportion de personnes vaccinées contre l'influenza selon leur catégorie			
	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Employés et médecins (%)	79 (21%)	76 (21%)	74 (20%)
Clients (Nb)	41	26	15

- *Campagne vaccination contre la COVID-19 destinée aux clients et employés:*

Nombre et proportion de personnes vaccinées contre la COVID-19 selon leur catégorie			
	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Employés et médecins (%)	35 (9%)	51 (14%)	57 (15%)
Clients (Nb)	28	17	6

- **Actualisation des protocoles, politiques, procédures et autres :**

1. SRAS-CoV-2 : Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et contacts en milieu de soins et réadaptation (octobre 2024) ;
2. SRAS-CoV-2 : Mesures d'isolement pour la gestion des cas et contacts lors d'éclosion de COVID-19 sur les unités de soins (novembre 2024) ;
3. Différents documents incluant les ordonnances collectives en PCI ont été mis à jour entre mai et novembre 2024 en vue de la visite d'Agrément Canada en décembre 2024 ;
4. Mise à jour de la politique et les 2 procédures de vaccination contre l'influenza et la COVID19 pour la clientèle (octobre 2024) ;
5. Rédaction de nouveaux protocoles et guides cliniques pour le SARM, ERV, EPC, C. difficile, COVID-19, influenza et gastro- entérite virale (septembre et octobre 2024) ;
6. L'ABC de l'hygiène et salubrité lors des précautions additionnelles (octobre 2024) ;
7. Mise à jour du programme de prévention et contrôle des infections 2024-2026 ;
8. Mise à jour du programme de protection respiratoire 2024- 2028 ;
9. Mise à jour du protocole et guide clinique pour l'hygiène des mains 2024-2028.

- **Formation et information :**

Le personnel a bénéficié de séances de formation sur divers aspects de la prévention des infections.

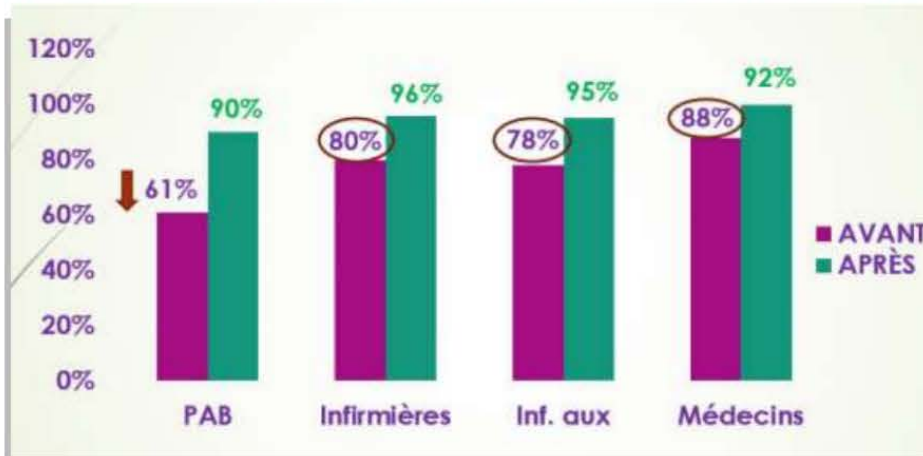
Tableau 4 – Activités d'information et de formation visant le personnel

Objet	Durée (minutes)	# de séances offertes	# de personnes formées
Capsule hygiène des mains et port approprié des gants aux unités de soins	20 min	5	64
Formation pratiques de base et préc. additionnelles soins infirmiers	60 min	24	148
Formation gestion des excréta et lingerie souillée	45 min	26	123

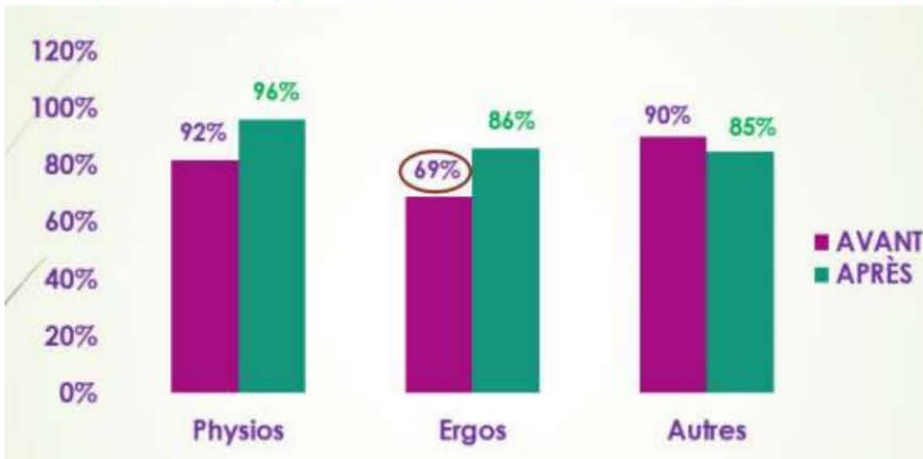
## • Hygiène des mains

1. Dans le cadre de la semaine nationale de la prévention des infections du 14 au 18 octobre 2024, différentes activités de sensibilisation à l'hygiène des mains et sur les pratiques de base pour prévenir les infections nosocomiales ont été organisées. Un kiosque s'est tenu durant 3 jours au rez-de-chaussée et était ouvert autant aux employés, qu'aux clients et à leurs proches ;
2. La méthodologie de la Campagne québécoise des soins sécuritaires concernant la mesure de conformité à l'hygiène des mains a été utilisée lors des audits de conformité. Les ASI, ACA ainsi que les assistants en réadaptation qui ont effectué les observations sont soutenus par la conseillère en prévention et contrôle des infections. Les nouveaux auditeurs sont formés également par la conseillère ;
3. Il y a eu quatre (4) mesures prises aux soins infirmiers et quatre (4) mesures prises en réadaptation entre juin 2024 et mars 2025. Les données sont compilées et diffusées via l'Intranet, onglet « prévention des infections-audits » ainsi qu'affichées dans les unités/plateaux techniques respectifs et sur les babillards des ascenseurs. Les histogrammes suivants nous permettent de présenter les résultats 2024-2025, par titre d'emploi ainsi que le cumul annuel des données des séances pour les soins infirmiers et pour la réadaptation.

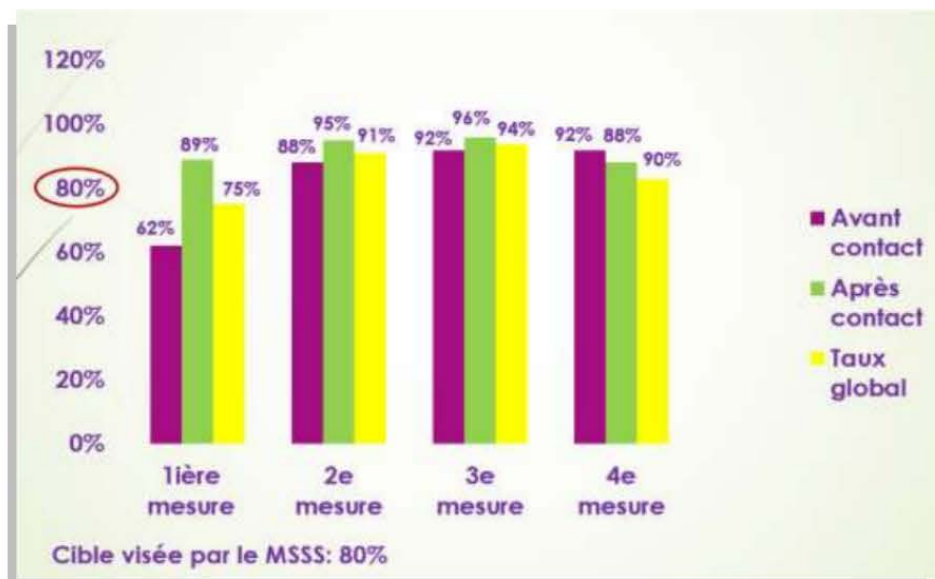
Graphique 1 - Taux d'hygiène des mains aux soins infirmiers par titre d'emploi AVANT et APRÈS contact.



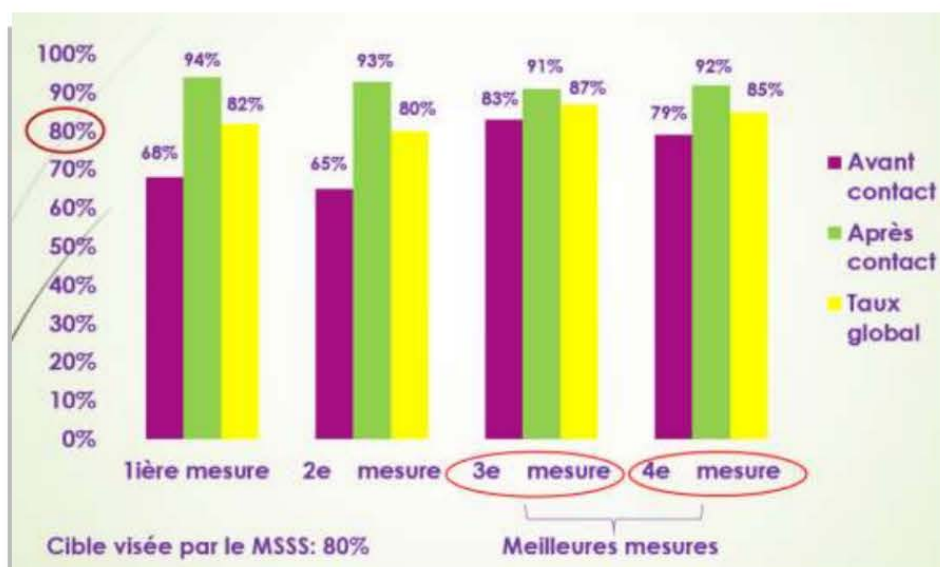
Graphique 2 - Taux d'hygiène des mains aux soins infirmiers par titre d'emploi AVANT et APRÈS contact.



Graphique 3 - Cumul annuel pour le service de réadaptation 3e, 4e et 6e étage pour les quatre (4) lectures.



Graphique 4 - Cumul annuel pour les soins infirmiers aux unités 7, 8, 9, 10 et 11 pour les quatre (4) lectures.



# COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

Quatre rencontres en 2024-2025.

## Faits saillants :

Formations et ateliers :

- Formation des membres du comité d'éthique portant sur la conduite déraisonnable. Ateliers en éthiques pour les répondants en éthique (10 juin 2024 et 9 septembre 2024). Demandes pour accompagnement en éthique clinique - 6 demandes ont été formulées dont 5 en lien avec la clientèle hospitalisée et 1 en lien avec la clientèle externe.

## Autres réalisations:

- Révision et diffusion de la procédure de gestion d'éthique clinique et organisationnelle. Un formulaire ainsi qu'un registre ont été intégrés au processus afin de répertorier les demandes en éthique et de mieux soutenir nos prises de décisions notamment dans la planification de formations pertinentes pour soutenir les équipes.
- Les membres du comité ont procédé à la révision du cadre de référence en matière d'éthique.
- Les membres du comité ont procédé à l'élaboration d'une fiche nommant des exemples d'enjeux éthiques dans un établissement de santé.
- Groupe de travail formé et piloté par la coordonnatrice Planetree, loisirs, bénévolat et liens avec la communauté, pour l'élaboration et la réflexion sur une politique portant sur l'équité, la diversité, l'inclusion et l'appartenance (EDIA).
- Journée et lancement de la politique portant sur l'équité, la diversité, l'inclusion et l'appartenance (EDIA) (21 novembre 2024).

---

## COMITÉ PLANETREE

Au courant de l'année 2024-2025, le comité Planetree s'est réuni à 7 reprises.

### Les membres du comité au 31 mars 2025 sont :

- Émilie Fritte, Coordinatrice Planetree ;
- Marie-Andrée Couture, DQIPÉRE ;
- Sara Auclair, Directrice programme-clientèle en réadaptation ;
- Laurence Grégoire-Pelchat, Coordinatrice à l'Agrément et développement des programmes ;
- Anne Beauchamp, Présidente Directrice Générale ;
- Valérie Bienvenu, Répondante de discipline au service social ;
- Guy Bédard, Client-collaborateur ;
- Fereshteh Mohammadi, Infirmière de soir ;
- Brigitte Lastrade, Chef du service alimentaire ;
- Antony Parent, Préposé au service alimentaire ;
- Vladimir Joncquille, Préposé à l'entretien ménager ;
- Mariane Brunet, Chef de programme de santé physique par interim ;
- Katherine Arsenault, Physiothérapeute ;
- Vacant, Personnel non Clinique ;
- Brigitte Desjardins, Cliente-Collaboratrice ;
- Mya DiBiase, Préposée aux bénéficiaires ;
- Marie-Christine Gagnon, Chef de service acquisition de talent et expérience employé.

## **Faits saillants :**

### Activités annuelles :

- Deux journées de promotion des valeurs organisationnelles (9 mai : Coopération, 21 novembre : Intégrité en lien avec le lancement du comité EDIA, semaine du 17-21 février : Bienveillance) ;
- Participation aux journées membres du RPF : Lors de la journée des membres de réseau Planetree francophone en les 22 et 23 mai 2024, une présentation a été donnée sur le projet d'intervention interdisciplinaire et thérapies complémentaires dans la gestion de la douleur lors des changements de pansements chez les Grands Brûlés.
- Le 5 décembre 2024, lors de la journée des membres virtuelle, Katherine Kominic et Justine Comtois (physiothérapeutes) ont présenté le groupe thématique en physiothérapie. Maxime Robidas et Soukaina Paquin ont présenté le projet de High Intensity training après un AVC.
- Personnalité Planetree 2024 a été choisie en la personne de Aline Bagalisha, prix annoncé lors de la journée de reconnaissance du personnel en septembre 2024.

## **Initiatives Planetree :**

- Il y a eu 6 projets Initiatives Planetree proposées.

## **Formation Planetree :**

- Les formations Planetree ont été données de façon continue sous forme de modules de 1 heure. Trois modules ont été introduits. Ils sont destinés à tous les employés, main-d'œuvre indépendante et bénévoles. Au 31 mars 2025, 214 personnes ont participé au module 1, 121 personnes au module 2 et 65 personnes au module 3. Les formations ont été données par une seule formatrice, la coordinatrice Planetree.
- Deux membres du personnel ont assisté au congrès international Planetree à la Nouvelle Orléans, Mariane Brunet qui recevait le "Planetree Spirit Award" et Dre Marie-Claude Lefebvre, directrice des soins professionnels.
- La coordinatrice Planetree participe à de nombreux comités au sein de HRVM, participe au comité de gestion DPCR une fois par mois et aux salles de pilotage sur les étages de soins.
- Comité Équité, Diversité, Inclusion et Appartenance:

En mai 2024, le comité EDIA a été créé. Ce comité est chapeauté par le comité Planetree. Le comité EDIA s'est réuni 7 fois en 2024-2025. En novembre 2024, la politique EDIA a été adoptée par le CODIR. Un événement de lancement a été organisé en cette occasion en novembre 2024 (flash mob et conférence sur les biais inconscients).



# FAITS SAILLANTS

## LES FAITS SAILLANTS

Les principaux faits saillants de 2024-2025 qui décrivent les activités de l'année et les principales réalisations sont présentés dans cette section.

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

803 admissions en 2024-2025 pour 40 362 jours-présence, comparativement à 820 admissions en 2023-2024 et 39 181 jours-présence.

Tableau 5 - Statistiques périodiques incluant les attentes d'hébergement pour les périodes 1 à 13

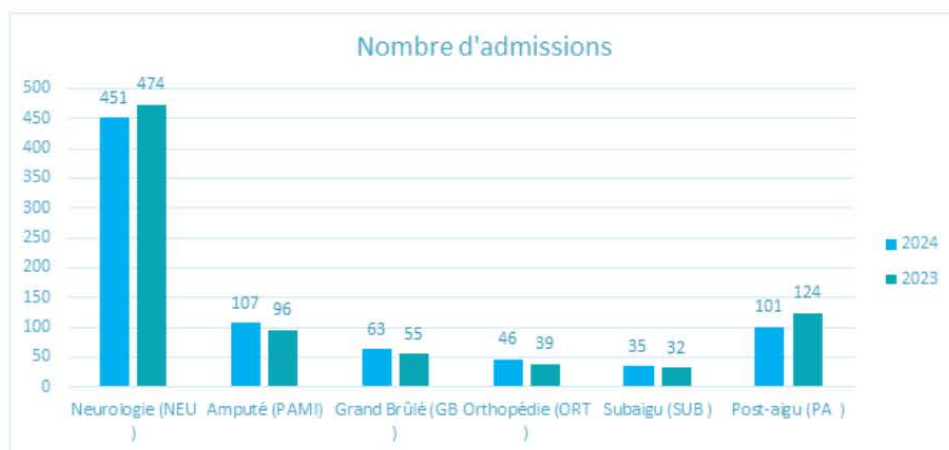
Service	2024			2023		
	Nbre admission	DMS jours	Jours présences	Nbre admission	DMS jours	Jours présences
Neurologie (NEU )	451	4,901	22975	474	4,677	22114
Amputé (PAMI)	107	5,951	6385	96	6,370	6151
Grand Brûlé (GB )	63	3,681	2336	55	3,945	2171
Orthopédie (ORT )	46	3,715	1654	39	4,008	1589
Subaigu (SUB )	35	3,164	1204	32	3,790	1177
Post-aigu (PA )	101	5,720	5808	124	4,591	5979
<b>Total général</b>	<b>803</b>	<b>4,920</b>	<b>40362</b>	<b>820</b>	<b>4,742</b>	<b>39181</b>

La durée moyenne de séjour en 2024-2025 est de 49,20 jours en moyenne pendant l'année en incluant les usagers en attente d'hébergement. Elle passe à 38,93 jours en moyenne quand cette clientèle est exclue.

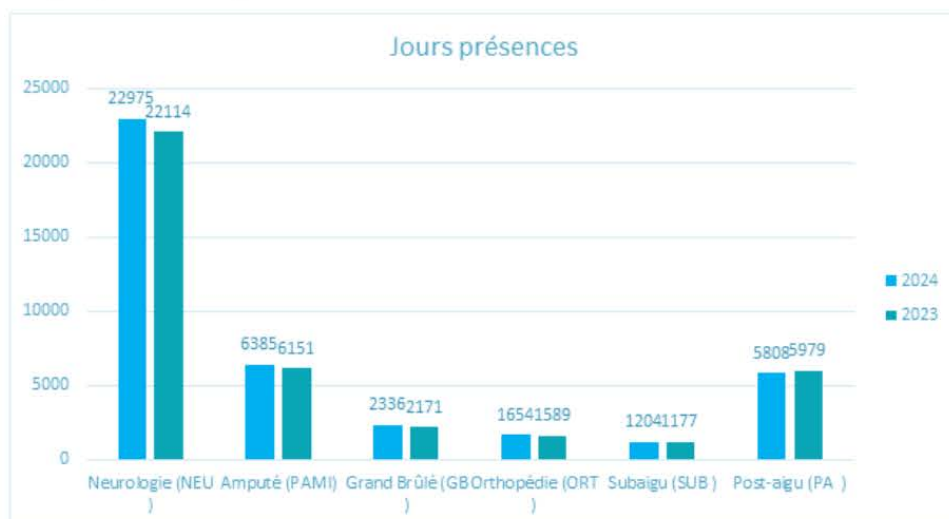
Tableau 6 – Durée moyenne de séjour sans les attentes d'hébergement pour les périodes 1 à 13

Service	2024	2023
Neurologie (NEU)	3,880	3,749
Amputé (PAMI)	4,610	5,369
Grand Brûlé (GB)	3,113	3,631
Orthopédie (ORT)	3,226	3,841
Subaigu (SUB)	2,842	3,150
Post-aigu (PA)	4,381	4,149
<b>Total général</b>	<b>3,893</b>	<b>3,959</b>

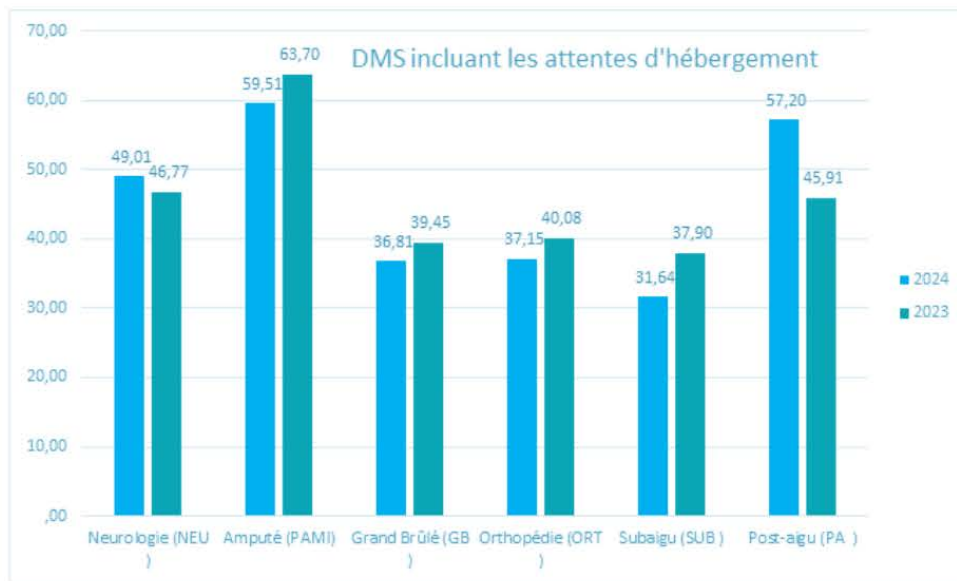
Graphique 5 - Comparatif du nombre d'admissions à l'HRVM entre 2023-2024 et 2024-2025



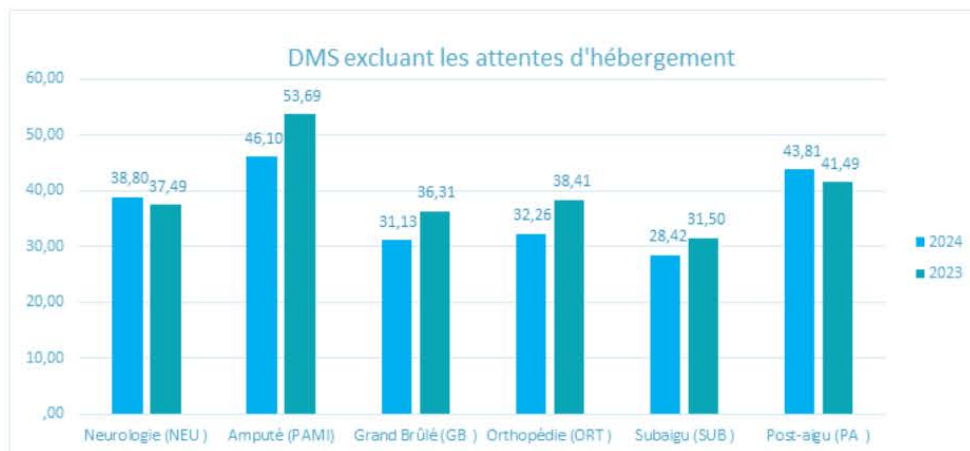
Graphique 6 - Comparatif du nombre d'admissions à l'HRVM entre 2023-2024 et 2024-2025



Graphique 7 - Comparatif de la durée moyenne de séjour (DMS) incluant les attentes d'hébergement à l'HRVM entre 2023-2024 et 2024-2025



Graphique 8 - Comparatif de la durée moyenne de séjour (DMS) excluant les attentes d'hébergement à l'HRVM entre 2023-2024 et 2024-2025



## → GESTION DES LITS

L'année a été marquée par une diminution, puis une augmentation, significative du nombre de médecins. Cela a eu un impact majeur sur l'organisation du travail de l'équipe de gestion des lits. Une plus grande stabilité semble à venir pour l'année 2025-2026. L'équipe a donc poursuivi son travail d'optimisation de l'utilisation du parc de lits, entre autres par l'élaboration d'une procédure de gestion des lits et la mise en place d'un comité hebdomadaire d'admissions. La procédure de gestion des lits a été travaillée étroitement avec la direction des opérations et permet d'optimiser la collaboration entre les différentes équipes. Quant au comité d'admission, ce dernier vise à examiner les facteurs qui restreignent la capacité d'admission pour en réduire l'impact.

Par ailleurs, il est à souligner que l'équipe de gestion des lits a fait preuve d'une grande capacité d'adaptation en modifiant les méthodes de travail pendant la panne. La direction souhaite également mentionner le précieux soutien de nos différents partenaires des guichets qui contribuent à poursuivre la continuité des admissions dans notre organisation.

## Objectif poursuivi en 2025-2026

- Maintenir un taux d'occupation optimal en collaboration avec les différentes équipes ;
- Poursuivre les travaux du comité d'admission.

### • **Portrait de la répartition des lits**

La répartition des lits par programme est restée inchangée pour l'année 2024-2025. L'entente temporaire convertissant 2 lits dédiés aux usagers amputés de Montréal en lits surnuméraires et confiant la gestion de ceux-ci aux CIUSSS du Nord et de l'Est a été prolongée pour une période indéterminée et est toujours en vigueur. La répartition des lits est donc la suivante :

- **Neurologie** : 88 lits dont 67 pour toute la région de Montréal et 21 spécifiquement pour la Montérégie.
- **Grands brûlés** : 6 lits pour le territoire de l'ouest du Québec.
- **Amputés du membre inférieur** : 20 lits répartis pour Montréal (3 lits [-2]), Montérégie (9 lits), Laurentides, Lanaudière et autres régions (8 lits).
- **Santé physique et clientèle post aiguë** :
  - 4 lits pour le CIUSSS Centre-Ouest ;
  - 19 lits de réadaptation pour les CIUSSS du Nord (8) et de l'Est (11) (+2) ;
  - 5 lits dédiés au CISSS de la Montérégie.

## → PRATIQUE MÉDICALE

- Les fiches médicales électroniques : anamnèse, examen physique et feuille sommaire ;
- L'abonnement au logiciel VIGILANCE médicaments a été renouvelé. Les subventions à la formation médicale et congrès ;
- Programme de formation médicale continue ;
- Les médecins sont encouragés à déposer les sujets et les heures de formation au secrétariat DMSP afin d'avoir une vigie sur l'éducation médicale continue.

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

### Programme SARCA

Le programme SARCA a poursuivi en 2024-2025 sa mission de réadaptation externe auprès d'usagers ayant réintégré leur milieu de vie naturel, mais nécessitant une poursuite des interventions pour favoriser le retour à leurs habitudes de vie. L'approche adoptée demeure holistique, combinant la récupération des capacités motrices, cognitives et communicationnelles.

### Trois objectifs majeurs ont guidé les actions cette année :

- Optimiser la prise en charge interdisciplinaire en redéfinissant les rôles professionnels, notamment en lien avec l'ajout d'une psychologue/neuropsychologue, d'une travailleuse sociale et d'une kinésiologue ;
- Bonifier l'offre de services par un soutien à la sexualité des personnes vivant avec une pathologie neurologique, grâce à l'intégration d'une stagiaire en sexologie pendant 30 semaines ;
- Renforcer les liens avec les partenaires du réseau et les ressources communautaires.

Parmi les projets marquants, on note la mise en place de groupes d'entraînement cardiovasculaire et de discussions favorisant la réintégration sociale des personnes post-AVC, ainsi que l'offre de consultations en sexologie.

Sur le plan des indicateurs de performance, une légère augmentation du délai d'accès moyen aux services de réadaptation ambulatoire a été observée, passant de 14,9 jours en 2023-2024 à 17,3 jours en 2024-2025 (P1 à P10). Cette hausse s'explique en partie par des enjeux d'acheminement des demandes et des disparités territoriales entre les établissements. Des actions concertées sont prévues afin de viser une cible de prise en charge à 7 jours ou moins.

Le nombre d'usagers différents vus en SARCA a diminué, passant de 478 en 2023-2024 à 412 en 2024-2025, ce qui reflète également les écarts d'orientation entre le guichet et les sites prestataires. Toutefois, l'intensité moyenne des services reçus par client a augmenté, atteignant 1,9 heure par semaine, une progression attribuable à l'ajout de ressources psychosociales et à une meilleure optimisation des rôles cliniques.

Enfin, la réintroduction et l'expansion des interventions de groupe ont renforcé l'efficacité de l'approche interdisciplinaire, en offrant un soutien accru à l'ensemble des usagers du programme.

Le programme SARCA a été confronté en 2024-2025 à plusieurs défis structurels et organisationnels. L'atteinte des cibles de performance, notamment en ce qui concerne le nombre de nouveaux clients vus annuellement et les délais d'accès aux services, demeure un enjeu central. Cette situation est amplifiée par une pression croissante sur les ressources physiques, l'espace disponible étant insuffisant pour soutenir l'augmentation nécessaire de l'offre de services. L'accessibilité rapide aux services, particulièrement pour la clientèle issue des centres hospitaliers (CH et CHR), est également compromise par la fluctuation des demandes et des écarts dans l'acheminement des références.

Pour répondre à ces défis, plusieurs solutions sont envisagées : régulariser la répartition territoriale afin de mieux harmoniser les orientations, bonifier l'usage des interventions de groupe pour optimiser les ressources disponibles et renforcer les collaborations inter établissements pour une meilleure fluidité dans les trajectoires de soins. Une réévaluation de l'aménagement des espaces cliniques et une exploration de formules hybrides (présentiel/téléadaptation) pourraient aussi contribuer à une offre plus flexible et efficiente.

## **Programme CPA**

Le programme de congé précoce assisté (CPA) poursuit sa mission d'offrir une réadaptation intensive à domicile, équivalente à celle dispensée en milieu hospitalier, dans les jours suivant le congé. Cette approche s'inscrit dans une logique de continuum de soins post-AVC, favorisant le maintien à domicile et la récupération fonctionnelle dans un environnement significatif pour l'usager. Le programme mobilise une équipe interdisciplinaire complète afin d'assurer une prise en charge globale, centrée sur les besoins cliniques, cognitifs, psychosociaux et environnementaux des patients.

### **Objectifs annuels :**

- Bonification des équipes cliniques.
- Élargissement de l'offre de services à des diagnostics complexes non couverts antérieurement (ex. : Guillain-Barré, encéphalopathie, tumeurs cérébrales, sténose spinale, maladies auto-immunes graves).
- Déploiement technologique : mise en place du dossier clinique informatisé GUSTAV pour améliorer la gestion des informations et la coordination des suivis.

### **Activités et projets réalisés :**

- Révision des procédures et des documents cliniques, dont le formulaire PIII, afin de favoriser une participation active des usagers dans leur plan de réadaptation.
- Début d'un projet de recherche en partenariat avec une chercheuse du CRIR et une intervenante interne, portant sur les facilitateurs et freins à la réadaptation à domicile.
- Révision de l'outil de mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) afin de mieux refléter les spécificités de la clientèle CPA.

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

La mise à jour du Rapport du projet clinique de relocalisation de l'hôpital de réadaptation Villa Medica a été poursuivie en 2024-2025 notamment en ce qui a trait à la description de la population ainsi que de ses besoins. La dernière version de ce rapport ayant été produite en 2019, cette révision contiendra des données reflétant les activités de l'organisation lors des 5 dernières années ainsi que les données publiquement accessibles au sujet de la population desservie et à desservir les plus récentes, afin de raffiner les analyses et orientations du projet au besoin.

### **Objectif poursuivi en 2025-2026**

- Au cours de l'année à venir, il sera nécessaire de préciser dans cette mise à jour du plan clinique les soins et services que Medica + pourraient offrir, en tenant compte de sa mission, des besoins de la population et des attentes de nos partenaires.

## → PRIX ET DISTINCTIONS DE L'ANNÉE 2023-2024

Durant l'année, différentes personnes dans l'organisation ont continué de rayonner dans la communauté académique, scientifique et citoyenne :

- Au sein du programme des Grands Brûlés, l'équipe du CEVBGOQ a maintenu l'excellence de ses activités de recherche au bénéfice de la clientèle, avec plusieurs articles scientifiques parus dans des revues révisées par les pairs (ex. Burns, Journal of Burn Care and Research) et des présentations impliquant des cliniciens de l'HRVM dans des congrès internationaux (American Burns Association, Sunrise Symposium).
- Dre Nedelec, professeure à l'Université McGill et Zoé Edger-Lacoursière ont fait vivre le laboratoire de recherche au sein de la communauté clinique de l'HRVM, en mettant les questions cliniques au cœur des préoccupations de recherche et en maintenant de manière interactive des processus de transfert de connaissances.
- Dre Nedelec a remporté le prix Curtis P. Artz Distinguished Service Award décerné par l'American Burn Association.
- Chloé Tremblay, physiothérapeute, a remporté le prix du « best poster » dans la catégorie « rehabilitation 2 », pour son affiche intitulée « Rehabilitation Evaluation and Treatment for the management of skin graft complication of the genitalia ».
- Zoé Edger-Lacoursière a remporté le très populaire Prix Coup de Cœur Stars du réseau de la santé pour son initiative d'impression d'orthèses de bouche en 3D pour nos usagers ayant subi des brûlures graves.
- Le projet d'amélioration de la qualité sur la haute intensité en physiothérapie a aussi rayonné lors de congrès provinciaux et internationaux grâce à l'implication de Soukaina Paquin et Maxime Robidas physiothérapeutes (Congrès Physio 360, Montréal; 13th World Congress for Neurorehabilitation, Vancouver ; REPAR ; Journée virtuelle des membres Planetree francophone).

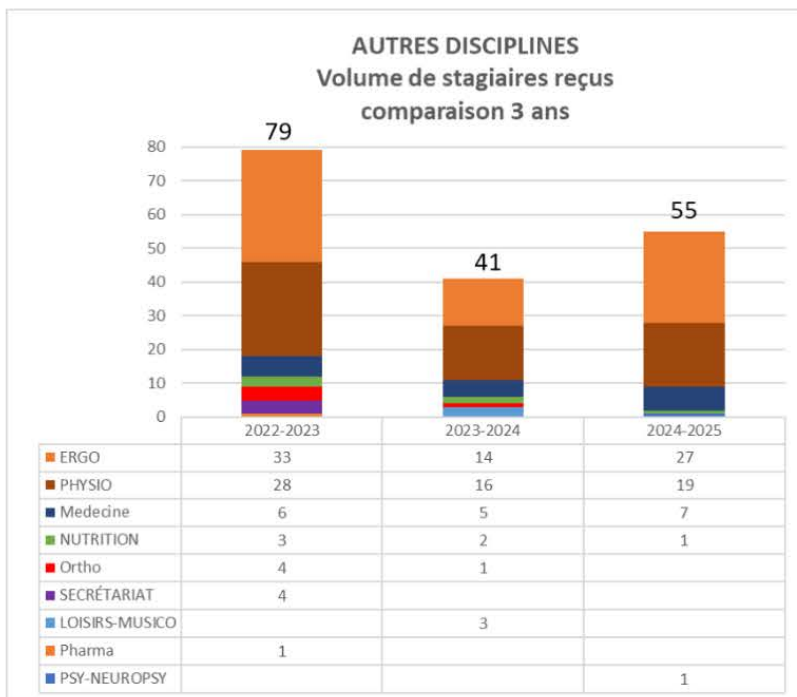
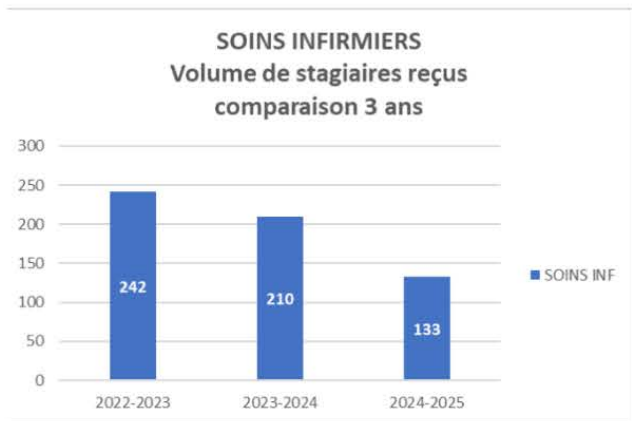
Enfin, les professionnels de HRVM se sont aussi mobilisés auprès de la relève étudiante :

- Perrine Ferré a contribué au micro-programme de 2<sup>ème</sup> cycle en amélioration continue des services de réadaptation pour la 2<sup>ème</sup> année consécutive, et a œuvré comme conférencière invitée au programme d'orthophonie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Johanna Paquet Léopold, physiothérapeute, a contribué au cours de neurologie du programme de physiothérapie.
- Josée Beauchemin, ergothérapeute, au cours de neurologie de l'Université de Montréal.

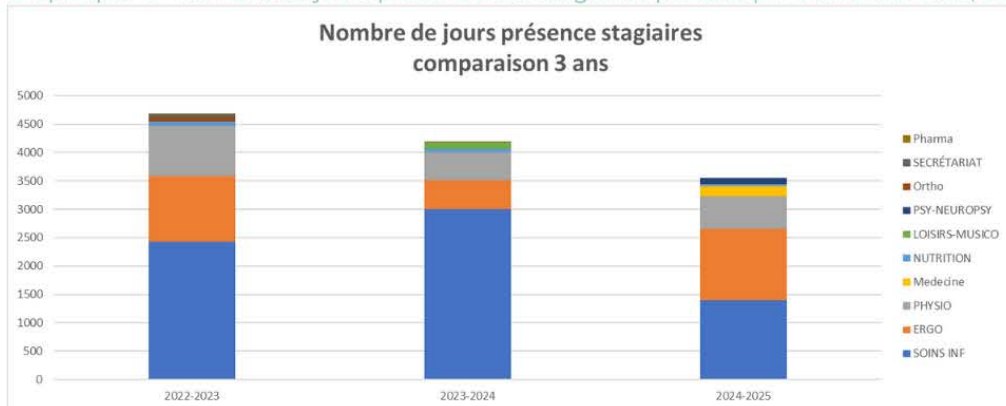
## → ENSEIGNEMENT

- L'Hôpital de réadaptation Villa Medica a accueilli 188 stagiaires, soit 3553 journées de présences en stage durant l'année. Notons une tendance inverse à l'année passée, avec un volume diminué de stagiaires en soins infirmiers (N=133), en même temps qu'une augmentation des stages au sein des disciplines professionnelles (N=55).
- Les deux graphiques ci-dessous représentent les stagiaires accueillis à l'HRVM en 2024-2025 comparativement à ceux accueillis en 2022-2023 et 2023-2024

Graphiques 9-10- Nombre de stagiaires accueillis à l'HRVM en 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025



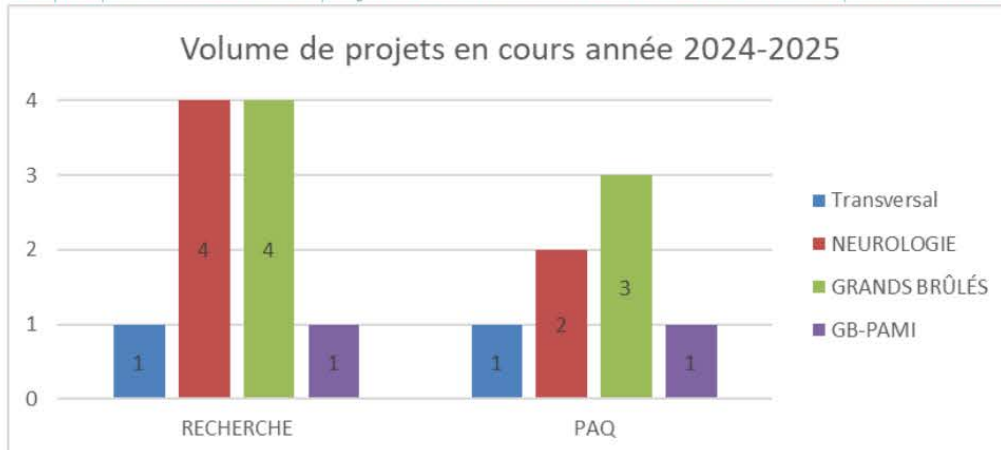
Graphique 11 - Nombre de jours présence des stagiaires par discipline en 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025



## → RECHERCHE

Au total de 17 projets ont été actifs au courant de l'année, dont 4 constituaient un projet nouvellement évalué par le comité de convenance institutionnelle (figure 3).

Graphique 12 – Volume de projets de recherche et d'amélioration de la qualité en cours par programme



Alors que le volume de projets internes d'amélioration de la qualité augmente, nous observons une diminution du nombre de projets de recherche externes déposés pour évaluation par le comité de convenance institutionnelle de l'HRVM.

Les projets d'amélioration de la qualité actifs en 2024-2025 sont les suivants :

- High Intensity Gait Training: faisabilité d'implémentation auprès d'une clientèle post AVC à HRVM ;
- Faisabilité de la mise en place d'un outil de surveillance de la douleur chez les usagers victimes de brûlures graves et validation des données probantes de l'effet de l'aromathérapie sur la douleur ;
- Orthèses de bouche imprimées en 3D pour la clientèle Grands Brûlés ;
- Rééducation périnéale pour la clientèle Grand Brûlés ;
- SARCA de liaison : accompagner le retour dans le milieu de vie post-réadaptation neurologique.

## → SERVICE ALIMENTAIRE

Au niveau alimentaire, nous poursuivons notre affiliation avec Aliments Québec, en tant que Membre certifié du programme "Aliments du Québec au menu, volet institutionnel". Cette certification s'obtient si nos achats totaux d'aliments proviennent à plus de 50% du Québec. En 2024, ils ont totalisé 54% de nos achats.

Les principaux événements de l'année, plus précisément, à la cafétéria :

- Changement du revêtement du sol.
- Changement de tout le mobilier (dont l'ajout de banquettes et comptoir).

## → SERVICE TECHNIQUE

Au cours de l'année 2024-2025, le service technique a poursuivi les travaux de sécurité des lieux et de fonctionnement des installations en mettant en œuvre plusieurs projets de maintien d'actif. Ces initiatives visaient principalement à corriger les défaillances du bâtiment afin d'offrir un environnement sécuritaire et fonctionnel aux usagers.

## Réalisations 2024-2025 :

- Des travaux correctifs sur les infrastructures du bâtiment (travaux façades, balcons, stationnement...)
- La mise en œuvre de mesures de sécurité supplémentaires pour répondre aux exigences réglementaires (Modernisation et ajout des panneaux des issues de secours, mise à niveau du système de ventilation et l'ajout de capteurs CO2, faire des simulations des codes d'urgences afin d'augmenter la performance et la vigilance des employés de l'hôpital.)
- L'amélioration continue des processus de maintenance grâce à l'optimisation du système de gestion de la maintenance préventive pour optimiser le temps d'intervention en se procurant les outils et les pièces de rechange nécessaires.

## Projets à venir :

Dans un souci de standardisation et d'amélioration continue, le service prévoit l'implantation d'un nouvel outil de gestion informatisé de la maintenance, qui permettra de s'aligner sur les pratiques utilisées dans les autres établissements du Groupe Sedna.

## → SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE EN 2024-2025

L'année 2024-2025, marquait la première année d'utilisation du sondage de la satisfaction de la clientèle à la suite de sa révision à l'aide du comité des usagers et des bénévoles impliqués dans la passation du sondage sur l'expérience de la clientèle.

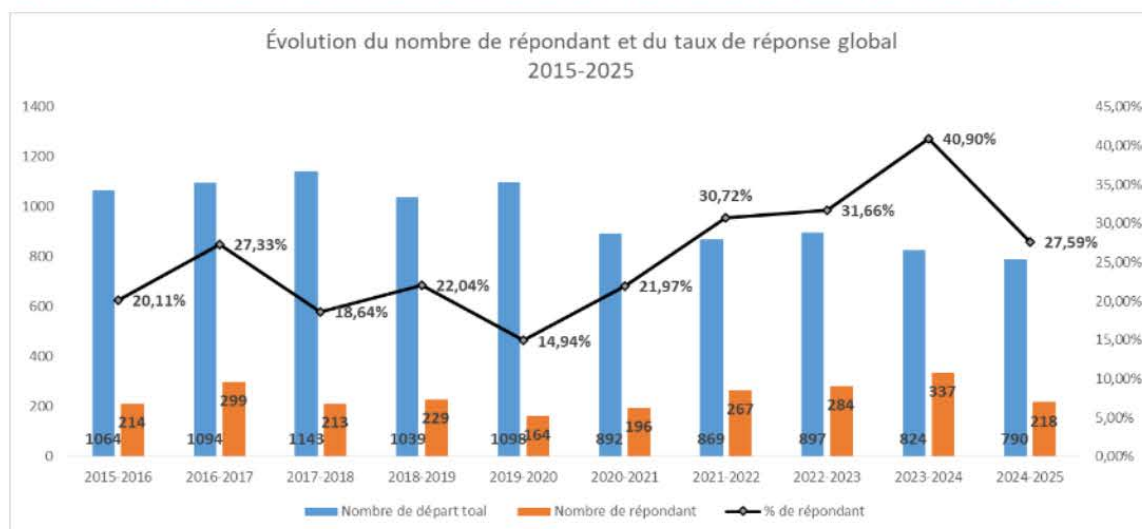
Le nouveau questionnaire, disponible en français et en anglais, en version papier et en ligne a été complété par 218 usagers de l'interne dans les quatre programmes dont 18 dans le programme Grands Brûlés, 33 dans le programme Amputés, 63 dans le programme de santé physique et 85 en neurologie. 19 ont indiqués ne pas savoir le programme dans lequel ils étaient.

## Faits saillants clientèle admise :

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle est évaluée en continu. Les usagers sont questionnés sur la satisfaction en regard des services reçus avant leur départ. Le taux de satisfaction de la clientèle hospitalisée était de 87,47%.

Notre taux de complétion était de 27,59% pour cette année notamment grâce au soutien des bénévoles qui circulent et aident les usagers à compléter les sondages. Ce taux représente une diminution comparativement à la dernière année.

Graphique 13 – Évolution du nombre de réponse de répondants et le taux de réponse global



## Résultats du questionnaire de satisfaction de l'hôpital de réadaptation Villa Médica 2024-2025

	#	Questions	Taux de
Accueil 91,94%	Q1	Lors de mon arrivée, les intervenants ont été attentifs à mes préoccupations et à mes besoins.*	91,28%
	Q15	Le personnel m'a traité-e avec respect et courtoisie.*	92,63%
Soins et traitements 90,86%	Q2	Les intervenants ont été attentifs à soulager mes malaises, mes inconforts ou mes douleurs.	93,12%
	Q3	Mon intimité a été respectée lors des soins et des traitements donnés par les intervenants.	91,78%
	Q4	On m'a apporté l'aide dont j'avais besoin en respectant mes capacités.	95,89%
	Q5	J'ai senti qu'on faisait des efforts pour s'adapter à mes préférences.	89,95%
	Q6	Mes proches ont été intégrés à ma réadaptation à la hauteur de nos attentes.	85,25%
	Q7	J'ai pu exprimer mes attentes face à ma réadaptation	89,40%
	Q8	J'ai pu participer à la prise de décisions concernant ma réadaptation.	85,84%
Échanges d'information et communications 90,39%	Q9	Je suis satisfait-e de ce que je suis maintenant capable de faire grâce à ma réadaptation.	94,52%
	Q10	J'ai senti que les informations à mon sujet étaient traitées de façon confidentielle.	89,86%
	Q11	J'ai reçu toute l'information dont j'avais besoin.	89,50%
	Q12	Les informations que j'ai reçues étaient faciles à comprendre, ou on m'a aidé-e à les comprendre.	91,67%
	Q13	J'ai reçu l'information nécessaire pour prévenir les accidents et réduire les risques reliés à mon état de santé.	93,09%
	Q14	J'ai senti que l'information était partagée de façon efficace entre les membres de mon équipe de soins.	87,56%
Milieu/qualité de vie 78,41%	Q16	Les locaux et les équipements étaient propres.	77,88%
	Q17	J'ai pu me divertir ou socialiser à la hauteur de mes attentes.	80,93%
	Q18	Les équipements étaient adéquats et m'ont aidé-e à répondre à mes besoins.	93,06%
	Q19.1	J'ai trouvés les repas de bonne qualité.	64,68%
	Q19.2	J'ai eu l'opportunité de faire des choix pour que mes repas et collations me conviennent le plus possible.	75,58%
	Q20	Si je ne suis pas satisfait-e, je sais à qui je peux m'adresser.	78,80%
Congé et suivi 89,59%	Q21	Les intervenants se sont assurés que j'aurai l'aide et le soutien nécessaires après mon congé.	89,52%
	Q22	Avant mon départ, j'ai été informé-e du suivi que requiert mon état de santé.	88,78%
<b>Taux de réponse satisfaite</b>			<b>87,47%</b>

Selon les derniers résultats, les forces se retrouvent dans l'accueil du personnel (91,94%), les soins et traitements (90,86%) et l'échange d'information et communications (90,63 %).

Les zones d'améliorations se situent plutôt au niveau du milieu de vie et de la qualité de vie notamment pour la propreté des lieux et des équipements, la possibilité de se divertir, la qualité des repas et le choix de repas et les connaissances des modalités en cas d'insatisfaction.

Un plan d'action sera élaboré pour améliorer la satisfaction, et un rapport mi- annuel sera également réalisé afin de réévaluer la satisfaction.

### Sondage de satisfaction Médaille

Le questionnaire de Médaille est fait à la demande du comité des usagers et est administré à presque l'ensemble de notre clientèle hospitalisé sur une période de deux jours, soit le 3 et 4 mars 2025.

Le sondage Médaille présente une baisse significative comparativement aux années précédentes. Au niveau de la satisfaction générale, le questionnaire de Médaille a un score de 82 et se situe donc dans les améliorations potentielles.

Nous n'avons obtenu aucun score représentant une grande force. De plus, le groupe conseil rapporte une migration des réponses du « très satisfait » vers le « assez satisfait » pour passer à un taux inférieur à 50% pour la première fois en trois ans. Au niveau des commentaires, seulement trois étaient très positifs et reconnaissants, tandis que les autres étaient des insatisfactions liées à la nourriture, à l'information reçue, au manque ou à l'attitude du personnel et à l'attente trop longue pour répondre aux cloches.

# RÉSULTAT 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 fonction des orientations.

## Objectif : améliorer la disponibilité du personnel

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024-2025	Cibles 2024-25 de l'établissement
Taux de recours à la main- d'œuvre indépendante	3.72 % heures travaillées	1.81 % des heures travaillées	0% de MOI
Ratio de présence au travail	91.20%		
Commentaires	Depuis juin 2024, l'HRVM n'a plus recours à la MOI sauf pour les titres d'emploi d'infirmière praticienne spécialisée.		



# ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE QUALITÉ

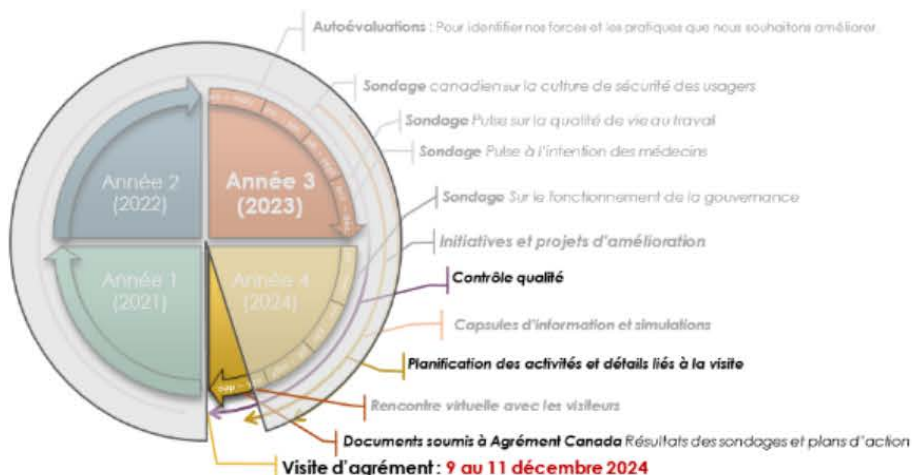
En 2024-2025, l'organisation en était à la troisième année de son cycle de certification Distinction AVC de 4 ans. Cette année, nous avons continué de soutenir les activités d'amélioration continue du programme de neurologie. Le rapport des indicateurs de distinction AVC a été réalisé, présenté aux membres du Cercle de qualité du programme de neurologie et soumis à Agrément Canada le 30 janvier 2025 tel que requis par le programme. Une lettre d'Agrément Canada confirmant l'atteinte de l'ensemble des seuils a été confirmée.

## AGRÉMENT

L'année 2024-2025 soit la quatrième année du cycle d'obtention de l'agrément de l'HRVM a été principalement consacrée à la préparation et à l'évaluation sur place par les deux visiteurs d'Agrément Canada. Nous avons été agréés avec mention d'honneur et une célébration de ce résultat a eu lieu.

La préparation de la visite aura inclus la planification de la logistique de l'évènement, la mise en œuvre du plan de communication, le dépôt de la documentation requise et la préparation des gestionnaires, médecins et employé(e)s.

Figure 2 - Synthèse des étapes de préparation à la visite d'Agrément Canada (2024)



Le résultat de la conformité aux critères se répartit comme suit :

- POR : 100% ;
- Excellence des services : 97,4% ;
- Gestion des médicaments : 98,8% ;
- Gouvernance : 100% ;
- Leadership : 98,4% ;
- Prévention et contrôle des infections : 100% ;
- Réadaptation : 100%.

L'évaluation aura permis de mettre en lumière des grandes forces de l'organisation :

Les visiteurs ont été très impressionnés par l'implication du client dans leurs soins et dans nos processus. Ils soulignent leur participation dans les PIII, la réalisation d'entrevue avec des clients-collaborateurs et la participation des clients-collaborateurs à plusieurs comités, dont le comité de direction. L'engagement du personnel a également été souligné envers les usagers ainsi que leur bienveillance et leur dévouement. Ils jugent que ceux-ci sont présents pour répondre aux intérêts et aux besoins des usagers. Ils démontrent également une collégialité et accordent beaucoup d'importance à la voix des usagers et de leur famille. Il est mentionné que l'équipe de direction est bien structurée, dynamique et très agile. Ils soulignent que malgré le nombre important de collaborateurs, il existe de lien fort avec nos partenaires. Ils étaient impressionnés des nombreuses stratégies de communication aux intervenants, dont les rencontres annuelles, les salles de pilotage, le journal Messenger et le site web ainsi que l'intranet. Les visiteurs attribuent la mise en place de nombreux projet d'innovation et de recherche à l'écoute des gestionnaires aux besoins exprimés par les intervenants. Finalement, les visiteurs ont mentionné l'informatisation du dossier clinique amenant la possibilité de voir en temps réel la consignation des données comme étant un projet innovant.

Selon le rapport d'Agrément Canada final, seulement 7 critères sont non conformes sur plus de 600. Les évaluateurs ont également laissé des commentaires concernant des améliorations possibles.

Il est mentionné que les locaux ne répondent pas aux standards de qualité de 2024, notamment en raison des chambres de 4 et de 8 usagers qui limitent l'intimité, la confidentialité et le respect des pratiques en prévention et contrôle des infections. L'accessibilité est limitée au niveau des salles de bain, notamment pour la clientèle en fauteuil roulant et par l'étroitesse des corridors. Agrément Canada encourage donc la poursuite des démarches concernant le déménagement et la poursuite de travaux. Malgré la présence d'un plan d'amélioration de la qualité en vigueur, ils suggèrent le développement d'un plan intégré d'amélioration continue de la qualité.

Des suggestions d'amélioration ont été faites touchant 4 différentes normes :

- Excellence des services : Offrir de la formation sur les enjeux de santé mentale.
- Gouvernance : Offrir de la formation pour informer les employés sur la lutte contre le racisme.
- Leadership : Poursuivre les activités de sensibilisation à l'éthique à l'ensemble des intervenants et poursuivre la refonte du site web.
- Prévention et contrôle des infections : Reprendre les exercices d'évacuation (code rouge) à plus grande fréquence dès 2025.
- Réadaptation : Mettre sur place un plan pour assurer la sécurité des intervenants et des usagers au point de service Berri.

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.

## → ANALYSE SOMMAIRE DU RAPPORT ANNUEL 2024-2025 DES INCIDENTS/ACCIDENTS DÉCLARÉS

L'équipe de la DQIPÉRE a poursuivi son mandat d'amélioration continue et l'a intégrée 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 en continu des nouveaux employés appelés à déclarer.

Il est à noter qu'à compter du début février 2025, la complétion des AH-223 a dû se faire par papier en raison d'enjeux informatiques et cela jusqu'à la fin de l'année soit le 31 mars 2025. L'ensemble des AH-223 ont été saisies sur la plateforme SSSS du MSSS, assurant ainsi la reddition de compte sans retard pour le MSSS.

### Faits saillants :

- Au total, 813 déclarations ont été enregistrées, ce qui représente un taux de déclarations de 20,14 correspondants à 813 déclarations. Une diminution du taux de déclaration est observée comparativement à l'année antérieure 2023-2024 où un taux de 23,68 avait été enregistré (928 déclarations en 2023-2024).
- Une légère diminution du nombre d'admissions (-17) est observée pour l'année 2024-2025 en rapport à l'an passé ainsi qu'une augmentation de 1179 jours-présences. Le nombre de déclarations étant moindre (-115) le taux global des événements déclarés est à la baisse comparativement à l'an dernier.
- Il est important de mentionner qu'il y a eu une panne informatique majeure à partir du début du mois de février faisant en sorte de basculer la saisie des AH-223 du format numérique vers les formulaires « papier » jusqu'à la fin du trimestre (31 mars 2025). Cette situation ne semble pas avoir eu de répercussion dans les déclarations.

## Portrait global des incidents et accidents survenus et déclarés en 2024-2025

Figure 3,4,5,6 - Nombre d'admissions, nombre de déclarations, nombre de jours-présence et taux de déclarations pour les années 2023-2024 et 2024-2025

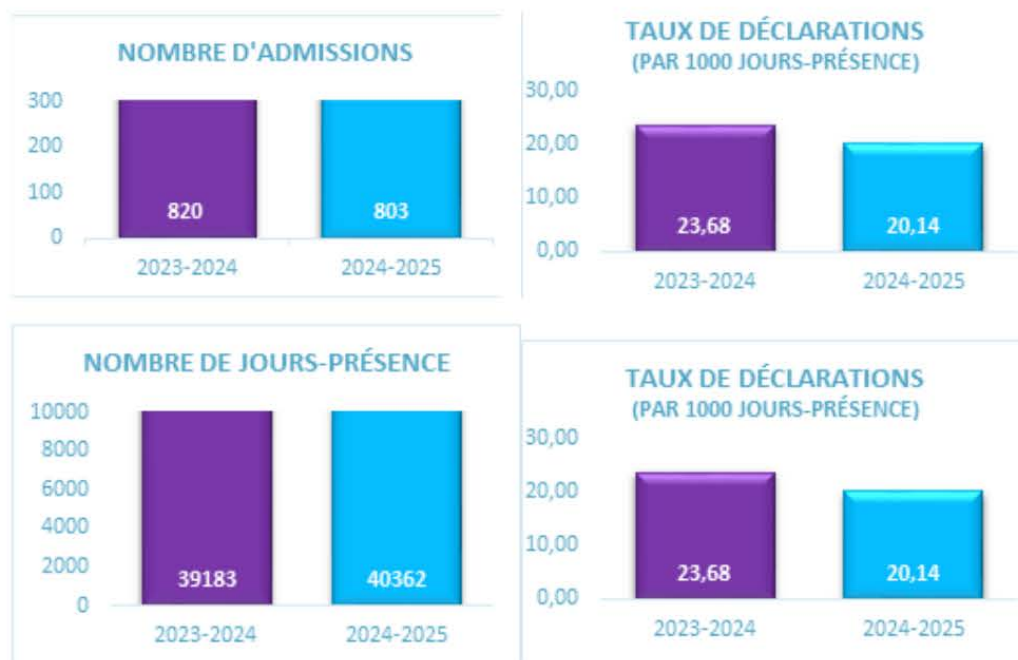


Tableau 8 - Taux de déclarations par catégorie d'incidents et d'accidents pour les années 2023-2024 et 2024-2025

CATÉGORIE D'INCIDENT / ACCIDENT	TAUX		VARIATION TAUX
	2023-2024	2024-2025	
Abus/Agression/Harcèlement /Intimidation	18	17	-1
Autres	299	218	-81
Chute	1,335	1,216	-118
Diète	46	35	-11
Lié à l'équipement	13	22	10
Lié au bâtiment	5	10	5
Lié au matériel	31	12	-18
Lié aux effets personnels	23	12	-11
Médication	516	411	-104
Test Dx Laboratoire	10	17	7
Traitement	74	40	-34

Les catégories d'incidents et accidents où nous observons un plus haut taux de déclarations sont:

- Les chutes et quasi-chutes (avec un taux de 12,16 représentant environ 60% des déclarations) ;
- Les erreurs de médication (avec un taux de 4,11 représentant environ 20% des déclarations).

Par ailleurs, dans la dernière année, une diminution du taux de déclaration de ces deux catégories a été notée par rapport à l'année antérieure.

Dans l'évolution des taux de déclarations au fil des ans, nous observons que le taux est de 20,14 au total de tous les points de service (incluant les services ambulatoires). Pour la clientèle admise (hospitalisée) ce taux se situe à 19,75.

Graphique 14 - Évolution du taux global et du nombre de déclarations dans le temps



Une diminution du taux d'erreurs de médicaments est notée (-1,05) par rapport à l'an dernier. Les plus fréquentes erreurs consistent en l'omission, soit 30,1% suivies des « non-respect des procédures et protocoles » à 21,7%.

Graphique 15 - Évolution du taux global et du nombre de déclarations d'erreurs de médicaments



Le taux global de chutes est à la baisse par rapport à l'an passé. Nous observons cette baisse particulièrement au programme de neurologie (-2,2), notamment les étages du 7ième (-3,62) et du 10ième (-4,38). Les chutes surviennent principalement lors des transferts (33,3%), lors d'activités (18,7) et en circulant (17%). Nous observons une diminution du taux de quasi-chute (-0,62). Il est à noter que 27 usagers ont chuté plus de 4 fois (pour 28% du total des chutes de l'année).

Figure 16 - Évolution du taux global et du nombre de déclarations de chutes et de quasi-chutes



## EXAMEN DE PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

En conformité avec la Loi sur la santé et les services sociaux, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) est responsable de procéder à une analyse complète des insatisfactions des usagers.

Il 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.

Référer au rapport annuel de la commissaire sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, qui sera remis conformément à l'article 719 et suivants de la LGSSSS, pour prendre connaissance des informations spécifiques concernant les activités relatives à l'application du régime d'examen des plaintes pour HRVM.

### → 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 2024-2025 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services sera disponibles après approbation par le conseil d'administration du CIUSS centre sud. 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>

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

L'établissement n'a reçu aucune recommandation du commissaire aux plaintes au cours de l'année 2024-2025.

- Il n'y a eu aucune recommandation émise par le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services en 2024-25.
- L'ensemble des mesures correctives mises en place par les gestionnaires, suite à l'examen de plainte ou d'intervention, sont présentées et suivies au CVQ de l'établissement.

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

L'établissement n'a reçu aucune recommandation du coroner du citoyen au cours de l'année 2024-2025.

## **PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTROLE DES CLIENTS**

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

## **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.



# 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 2024-2025 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 2024. Étant donné notre mission et notre intervention sur une portion de la trajectoire, l'application de cette politique est de faible portée.



# RESSOURCES HUMAINES

# LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

## Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

En 2024-2025 l'équipe de la direction des ressources humaines de Villa Medica s'est élargie afin de combiner son expertise avec les membres de l'équipe du Groupe Champlain. Cette transition, complétée à 75%, permettra à terme de réaliser les opérations ressources humaines au sein de quatre (4) services distincts :

- Santé organisationnelle
- Partenariat d'affaires et relation de travail
- Planification de main d'œuvre et services au personnel
- Gestion des talents et expérience employé.

Cette réorganisation est animée par la volonté d'offrir des services de qualité requérant l'expertise des membres de l'équipe de la direction des ressources humaines. Nos principaux objectifs étant d'implanter des processus standardisés et claires et de développer l'expertise des membres de l'équipe afin d'assurer aux employés, une réponse exacte, précise et rapide.

### Équipe d'encadrement

Au total, c'est cinq (5) nouveaux gestionnaires qui ont joints les rangs de l'équipe d'encadrement de l'hôpital de réadaptation Villa-Medica cette année.

Dans le cadre du programme de gestion de la performance des leaders « Ascension Leadership », les gestionnaires de Villa-Medica peuvent bénéficier de formations s'appuyant sur le profil de compétences. Cette année, les cadres ont pu participer aux formations suivantes : leader courageux, leader communicateur et leader du changement et de la transformation. En 2025-2026, en conformité avec les orientations Planetree, ce sera la formation sur le leader orienté client qui sera déployée.

Dans l'optique de permettre aux nouveaux gestionnaires d'avoir l'ensemble des formations nécessaires à leur fonction, chacune des formations nommées précédemment est diffusées au minimum 2 fois par année.

### Volet gestion des talents

En 2024-2025, le différentiel d'embauche- départ (nombre d'employé embauchés moins nombre de départ) présente un solde positif. Ainsi, avec un total de 107 embauches et 76 départs, c'est 31 employés supplémentaires qui ont contribué à l'offre de soins et services sécuritaires et de qualité.

Afin de poursuivre nos efforts de visibilité auprès des candidats et des étudiants et de faire connaître nos opportunités d'emplois et de stage, nous continuons d'assurer une présence dans les salons de l'emploi, au Congrès de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ainsi qu'auprès des maisons d'enseignement afin. Au surplus, l'équipe des communications assure une présence continue et dynamique sur les différents réseaux sociaux.

En regard des exigences législatives visant le retrait de la main d'œuvre indépendante, l'hôpital de réadaptation Villa-Medica a cessé totalement l'utilisation de cette catégorie d'employé au cours de l'année. Pour y arriver, de nouveaux postes ont été créés et l'embauche de quelques employés appartenant antérieurement aux agences de placement a été réalisé.

## Relations de travail et conditions de travail du personnel

Suite à plusieurs mois de négociation au niveau provincial, les conventions collectives 2024-2028 ont été signées et leur déploiement a débuté au cours de cette année. Plusieurs travaux ont été réalisés afin de procéder à l'intégration et l'application des nouvelles clauses en collaboration avec les autres services.

## Santé et sécurité au travail

En 2024-20245. Un taux moyen de 4.92% a été observé au niveau de l'assurance-salaire ainsi qu'un taux de 2.71% en CNESSST. Afin d'assurer un meilleur suivi de nos dossiers, un nouveau logiciel a été déployé en début d'année. Or celui-ci n'a pu être utilisé dans les derniers mois de l'année en raison d'une situation informatique inhabituelle.

Différentes mesures de prévention visant à favoriser la présence au travail des employés se sont renforcées ou déployées au cours de la dernière année :

- Respect des nouvelles exigences légales pour les comités paritaires en santé et sécurité au travail ;
- Identification et analyse des risques de violence en milieu de travail ;
- Révision de la Politiques sur la prévention de la violence au travail ;
- etc.

Un nouveau programme en lien avec la prévention des risques psychosociaux a été lancée à l'automne 2024. « Ici, nous cultivons le respect » est un programme où des formations et activités sont déployées dans les installations afin de favoriser un climat de travail sain pour tous.

## Ouverture à la diversité

Soucieux de privilégier une approche inclusive pour les clients et les employés, Villa Medica s'est doté d'une politique sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Au cours de l'année, un comité composé de plusieurs membres du personnel a été créer et des activités ont été proposées autant auprès du personnel que de la clientèle.

## Défis

Dans la prochaine année, la direction des ressources humaines poursuivra l'adaptation de son offre de service afin de poursuivre l'optimisation de ses activités opérationnelles tout en consolidant son expertise aux niveaux tactique et stratégique.

Toujours en cohérence avec les valeurs de l'établissement et les principes inhérents à l'approche Planetree, de saines pratiques de gestion continueront de se déployer. Les gestionnaires étant un vecteur important de l'atteinte des objectifs organisationnels, le rehaussement de leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être se poursuivra.

Finalement, un plan d'action spécifique en lien avec l'amélioration de l'expérience-employé est en cours de rédaction. Notre volonté est de revisiter nos différents programmes, que ce soit au niveau de la reconnaissance, de la formation, de la conciliation travail-vie personnelle et du mieux-être au travail afin d'améliorer notre positionnement comme employeur de choix.

Tableau 9 : Répartition de l'effectif en 2025 par catégorie de personnel

	Nombre d'emploi Au 31 mars 2025	Nombre d'ETC. En 2024-2025
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	112	101.70 ETC
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	144	130.58 ETC
3 -Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	30	30.75 ETC
4 -Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	143	132.50 ETC
5 -Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	3	2.27 ETC
6 - Personnel d'encadrement	15	15.23 ETC
Total	447	414.10 ETC

**Nombre d'emplois** = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant 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.



# RESSOURCES FINANCIÈRES

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
Villa Médica Inc.	2973-2187	100-00 /

exercice terminé le 31 mars 2025

## RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers, inclus sous la section audité du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour ce faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

20/11/2025	Sylvain LEMIEUX	
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
19/11/2025	NANCY MARDIS	
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	DIR. FINANCES	
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

VILLA MEDICA INC.  
exercice terminé le 31 mars 2025 - non auditée

2973-2187

### RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
<b>Programmes- services</b>						
Médecine	10 122 141 \$	24,72%	9 195 759 \$	23,16%	926 382 \$	9,15%
Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	4 363 317 \$	10,65%	3 381 425 \$	8,52%	981 892 \$	22,50%
Service de soins spirituels	26 812 \$	0,07%	22 429 \$	0,06%	4 383 \$	16,35%
Psychologie	609 661 \$	1,49%	491 876 \$	1,24%	117 785 \$	19,32%
Services sociaux	805 206 \$	1,97%	753 498 \$	1,90%	51 708 \$	6,42%
Centre de prélèvements	68 080 \$	0,17%	59 241 \$	0,15%	8 839 \$	12,98%
Pharm. - Usag. Hospitalisés	1 174 187 \$	2,87%	1 071 191 \$	2,70%	102 996 \$	8,77%
Orthophonie	843 643 \$	2,06%	930 504 \$	2,34%	(86 861) \$	-10,30%
Physiothérapie	3 664 532 \$	8,95%	3 885 678 \$	9,79%	(221 146) \$	-6,03%
Ergothérapie	2 606 913 \$	6,37%	2 672 792 \$	6,73%	(65 879) \$	-2,53%
Animation-Loisirs	218 045 \$	0,53%	237 612 \$	0,60%	(19 567) \$	-8,97%
Déplacement des usagers	590 127 \$	1,44%	567 578 \$	1,43%	22 549 \$	3,82%
Nutrition clinique	456 392 \$	1,11%	494 017 \$	1,24%	(37 625) \$	-8,24%
Charges non réparties par programmes-services	1 023 193 \$	2,50%	1 958 723 \$	4,93%	(935 530) \$	-91,43%
Lutte à une pandémie d'influenza	- \$	0,00%	- \$	0,00%	- \$	#DIV/0!
<b>Programmes soutien</b>		0,00%		0,00%		
Administration	4 849 948 \$	11,84%	4 599 963 \$	11,59%	249 985 \$	5,15%
Soutien aux services	4 177 331 \$	10,20%	4 035 297 \$	10,16%	142 034 \$	3,40%
Gestion des bâtiments et des équipements	5 352 774 \$	13,07%	5 342 322 \$	13,46%	10 452 \$	0,20%
<b>TOTAL</b>	<b>40 952 302 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>39 699 905 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 252 397 \$</b>	<b>3,06%</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 2025

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	498 866 \$
Total des contrats de services	3	498 866 \$



# RESSOURCES INFORMATIONNELLES

- Poursuite du rehaussement de toute l'infrastructure informatique (serveur de sauvegarde) et rehaussement de plusieurs logiciels, en conformité avec le plan Directeur informatique 2021-2025 et le plan de sécurité.
- Rehaussement de la couverture Wifi sur l'ensemble de la bâtisse.
- Rehaussement des ordinateurs de bureau et portables selon le plan du Maintien des actifs.

### **Finalisation de l'implantation du dossier clinique informatisé (Gustav).**

- SIPAD (Système d'Information des Personnes Ayant des Déficiences)
- La plateforme SIPAD a été utilisée pour saisir les statistiques cliniques pour la plus grande partie de l'année, sans particularité notable. Il est toutefois à noter que son utilisation n'a pas été possible à partir du 3 février. Les données ont dû être saisies manuellement par les cliniciens dans des tableaux Excel ou sur des grilles manuscrites. Le redémarrage de la plateforme représentera un défi pour l'année 2025-2026. Une base de données regroupant ces saisies manuelles est en cours de construction. Cela représente un effort considérable.
- Déploiement d'un dossier médical clinique informatisé
- Le SGISP et l'équipe de la DQIPÉRE ont travaillé de concert avec l'équipe de la DPCR-DSI pour le déploiement du dossier médical informatisé Gustav produit par Hospitalis. Le déploiement du DMÉ est un projet de grande ampleur, qui a été implanté pour la clientèle admise. Le tout s'est déroulé en deux phases.
  - Mai-juin déploiement aux unités 8 et 11
  - Septembre-octobre déploiement aux unités 7, 9 et 10

Le déploiement en deux temps a permis d'ajuster les procédures et d'améliorer le processus de formation des utilisateurs.



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

Non applicable aux établissements privés conventionnés.



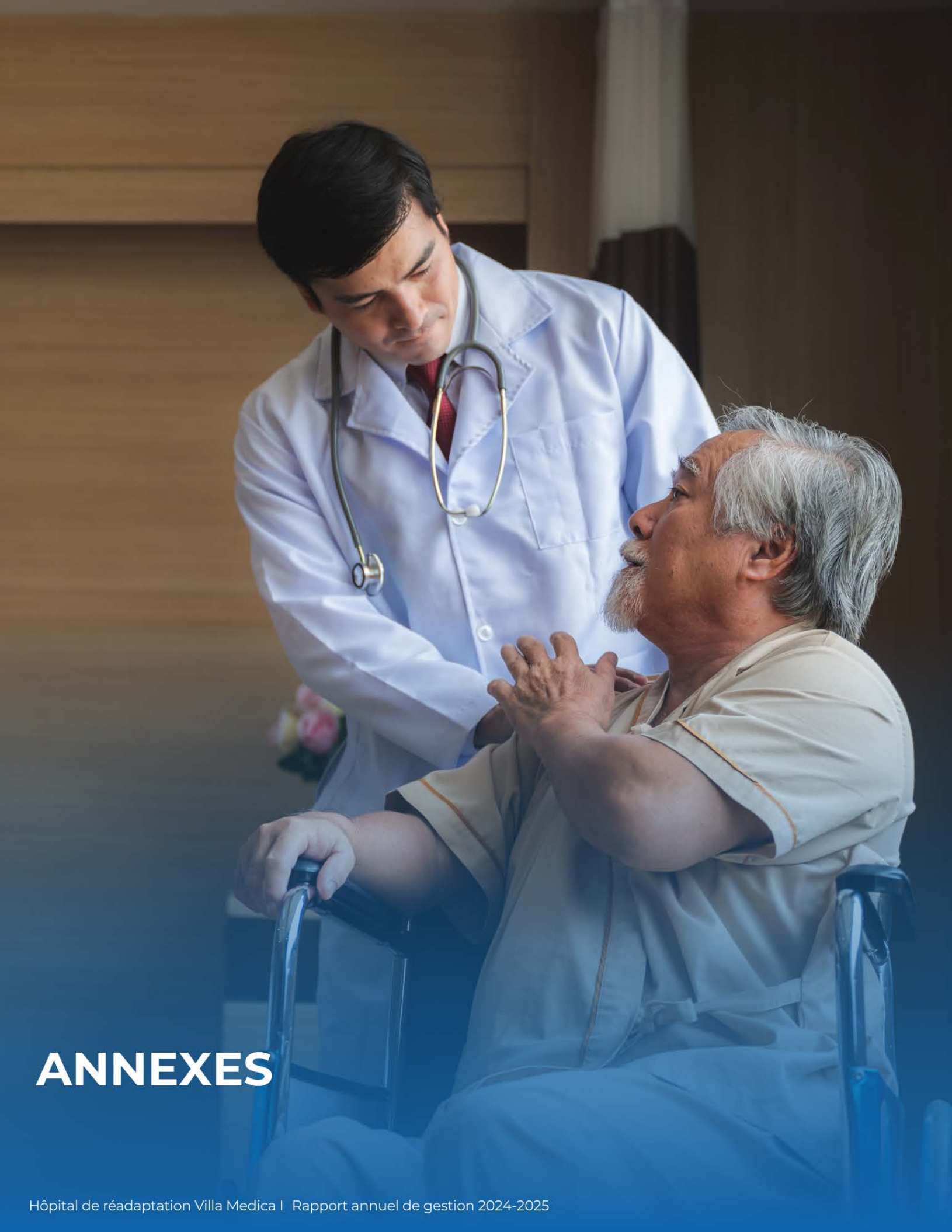
## **DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES**

Entre le 1er avril 2024 et le 31 mars 2025, 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.



# ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Non applicable aux établissements hors CISSS et CIUSSS



# ANNEXES

# 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'efficacité, 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. Honnêteté 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.Conflit d'intérêts**

7.1.L'administrateur doit éviter de se placer en situation réelle, apparente ou potentielle de conflit d'intérêts 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 1

### ENGAGEMENT PERSONNEL

Je soussigné, Sylvain Lemieux, Président, a pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrations 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

17 novembre 2025

Date