

**Rapport annuel de gestion
2016-2017**

CHSLD Bourget Inc.
11570, rue Notre-Dame Est
Montréal, Québec, H1B 2X4

Voir avec les yeux du cœur...

Diane Girard
Directrice générale



CHSLD BOURGET INC.

Table des matières

Message des autorités	2
Déclaration de fiabilité des données	3
Rapport de la direction	4
Présentation de l'établissement	5
Mission	
Structure organisationnelle	
Comités de l'établissement	
Contexte et faits saillants	8
Réalisations en regard du plan stratégique	9
a) Principales modifications apportées durant l'année	9
b) Enjeux, orientations stratégiques et objectifs du plan stratégique	9
c) Résultats obtenus par rapport aux objectifs prioritaires	11
- Suivis des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree	12
- Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	15
- Sécurité des soins et services	22
- L'examen des plaintes et la promotion des droits	23
- Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs.....	23
États financiers et analyses des résultats	24
Code d'éthique et de déontologie	24

Annexes :

1. Structure organisationnelle
2. Comité des usagers 2016-2017
3. Ressources humaines de l'établissement
4. Analyse des résultats
5. Code d'éthique et de déontologie



MESSAGE DES AUTORITÉS

Voir avec les yeux du cœur...

Madame, Monsieur,

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2016-2017. Vous y trouverez les principales réalisations, des renseignements sur notre établissement, notre clientèle, les faits saillants ainsi que les principaux résultats atteints au cours de l'année. Une année qui a bien débuté puisque le 29 avril 2016 Agrément Canada nous décernait le statut « *agrée avec mention d'honneur* » dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum.

Le CHSLD Bourget est une entreprise familiale qui, depuis 1977, a su orienter ses choix de soins et de services en priorisant une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Notre centre est agréé par Agrément Canada depuis près de 35 ans. Au printemps 2011, l'Agence de Montréal priorisait un projet de rénovation longuement souhaité qui nous a permis d'améliorer la sécurité, la qualité du milieu de vie et de mieux répondre aux besoins de nos résidents. Nous espérons toutefois, que nous aurons l'opportunité de soumettre de nouveaux projets afin d'offrir à notre clientèle un milieu de vie tel que mis de l'avant par les orientations ministérielles.

Depuis avril 2015, nous sommes certifiés employeur de choix. Notre centre a déployé tous les efforts nécessaires au développement et au maintien d'un milieu de travail sain et par conséquent à l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à notre clientèle.

Évidemment, il nous a été possible d'atteindre de tels résultats grâce à l'engagement et au dévouement des membres du conseil d'administration⁽¹⁾, des cadres, du personnel, des médecins, des bénévoles et de nos partenaires. Nous aimerions donc les remercier et souligner leur travail et leur implication à la réalisation de la mission de l'établissement.

Yvan Girard
Président

Diane Girard
Directrice générale

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du CHSLD Bourget inc. :

- 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.

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2016-2017 du CHSLD Bourget inc., ainsi que les contrôles afférents sont fiables et ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.



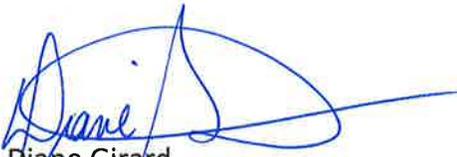
Diane Girard
Directrice générale

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du CHSLD Bourget inc. ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

La direction du CHSLD Bourget inc. reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Les états financiers ont été audités par la firme *Bellemare, Aubut s.e.n.c.* dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion.



Diane Girard
Directrice générale

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Notre Vision

Voir avec les yeux du cœur

Notre Mission

Le CHSLD Bourget est un centre d'hébergement, privé conventionné, offrant des soins de longue durée à 80 adultes ou personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive dans un milieu de vie chaleureux, humain et sécuritaire. Il est situé en bordure du Fleuve Saint-Laurent au 11 570, rue Notre-Dame Est à Pointe-aux-Trembles, sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Notre mission, telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, inclut des services d'hébergement, de soins infirmiers et d'assistance, de soutien et de surveillance, des services pharmaceutiques et médicaux ainsi que des services psychosociaux, de loisirs et de réadaptation. À cette fin, nous recevons sur référence de notre région administrative, les personnes qui requièrent de tels services. Les services sont personnalisés et adaptés aux besoins de chaque résident tout en s'assurant du respect de leur autonomie, de leur bien-être et de leur dignité.

Notre centre priorise une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Nous privilégions la participation des résidents et de leurs proches à l'élaboration des interventions et décisions les concernant. Nos employés, nos partenaires et nos bénévoles unissent leurs efforts et ont à cœur de placer les résidents en priorité au moment d'entreprendre toutes actions.

Les valeurs qui nous animent et qui sont le fondement de notre code d'éthique, de notre mission et de nos philosophies d'intervention et de gestion

-  **Le Respect**, *En tout temps au cœur de nos gestes...* En traitant toute personne avec dignité et sollicitude.
-  **L'Engagement**, *Ensemble pour aller plus loin...* En faisant converger nos compétences et talents individuels en projet collectif dont la réussite repose sur l'apport du chacun.
-  **La Sécurité**, *Au cœur de notre culture de qualité...* axée sur nos résidents, leurs familles et notre personnel.
-  **La Transparence**, *Un savoir dire, un savoir-écouter et un savoir-être...* Ouverture, franchise et authenticité créent un climat de confiance avec nos résidents, les familles et notre personnel.

Notre structure organisationnelle

La structure organisationnelle de l'établissement en place au 31 mars 2017 est présentée à l'annexe (1).

Les comités de l'établissement en vertu de la Loi ou non

La direction s'assure que tous les comités qui sont en place soient actifs et collaborent à la poursuite de l'amélioration continue de la qualité des soins et services :

- ❖ Comité de vigilance;
- ❖ Comité des usagers;
- ❖ Comité des infirmiers et infirmières (CII);
- ❖ Comité d'accompagnement de fin de vie;
- ❖ Comité de gestion intégrée de la qualité (Milieu de vie, Agrément Canada, modèle *Planetree*);
- ❖ Comité de gestion des risques, des préventions et contrôle des infections.

a) Comité de vigilance et de la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité des services a tenu une seule rencontre au cours de l'année. Celle-ci avait pour but de faire le suivi des recommandations données par :

- Le comité de gestion des risques;
- Agrément Canada;
- Visite Ministérielle;
- Coroner;
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité.

Le comité de vigilance et de la qualité des services est satisfait des suivis donnés aux recommandations car ils témoignent de l'importance accordée à la qualité des soins et des services dans le respect des droits individuels et collectifs et s'inscrivent dans la logique d'une participation accrue des résidents et d'un meilleur suivi des services dispensés à la population.

b) Comité des usagers

Le comité est actif et a tenu 5 rencontres en 2016-2017. Il s'est impliqué dans plusieurs activités afin de faire la promotion de celui-ci et de faire prévaloir les droits et intérêts des usagers auprès des résidents et des familles. Les priorités de réalisations de l'année sont entre autres :

1. Activités promotionnelles et distribution de matériel promotionnel sur les droits des usagers;
2. Rencontres avec les membres de la direction;
3. Conférence sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées pour les usagers et leurs familles offerte par le regroupement provincial des comités des usagers (RPCU);
4. Rencontre avec le commissaire aux plaintes;
5. Rencontre avec le travailleur social sur son rôle auprès des résidents et de leurs familles;
6. Accompagnement dans le processus de plainte;
7. Formation des membres du comité par le RPCU.

Vous trouverez en annexe (2) le rapport du comité des usagers.

c) Comité de la gestion des risques

Il y a eu 4 rencontres du comité de gestion des risques au cours de l'année. Notre comité compte 15 membres en provenance de tous les services. Le comité s'est intéressé aux analyses des événements jugés à risque élevé ou aux « échappée belle » afin de proposer les moyens les plus appropriés pour les prévenir ou les diminuer. Tous les AH-223 ont été saisis au registre national du SSSS. Des rapports trimestriels ont été remis à la direction générale, portant principalement sur la prévention des infections, le nombre d'incidents et accidents ainsi que sur le nombre de contention (ridelles).

Plusieurs audits ont eu lieu tout au cours de l'année, dont celui de l'hygiène des mains.

En 2016-2017, notre centre a déclaré 910 incidents /accidents; le bilan et les principaux facteurs de risque mis en évidence auprès du comité sont :

Bilan des incidents et accidents

Évènements	Nombre 2016-2017	Nombre 2015-2016
Lésions	405→45 %	161→33%
Erreurs de médicaments	239→26 %	111→22 %
Chutes	52→6%	103→21%
Autres	214→23%	121→ 24 %
Total :	910	496

Encore cette année l'augmentation du nombre de déclarations s'explique principalement par :

- La formation donnée à l'ensemble du personnel afin de bien instaurer une « culture de déclaration et de divulgation »;
- L'utilisation adéquate, optimale et uniforme de la pochette de déclaration d'accident/incident mise en place l'année dernière;
- La diffusion des données trimestrielles du rapport de gestion des risques aux employés, bénévoles, familles et résidents.

Les priorités 2016-2017 sur la diffusion du programme de prévention des chutes ont porté fruit; on peut en constater les résultats. D'autre part, les erreurs de médicaments sont principalement dues aux omissions et à la catégorie d'erreur « *trouvé* ».

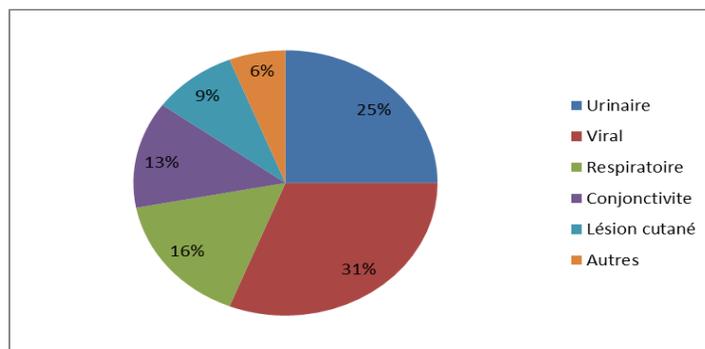
Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

Le pourcentage des plaies et contusions a toutefois augmenté et concerne principalement les membres supérieurs. Nous constatons que ces blessures se retrouvent chez les résidents circulant par eux-mêmes ou présentant de la témérité. La diffusion du nouveau programme d'intégrité de la peau de même que la formation et la sensibilisation des équipes à l'importance de la roue de positionnement devraient nous permettre une mise en œuvre de mesures correctives appropriées.

Durant l'année, le CHSLD Bourget n'a eu aucun événement sentinelle tel que défini par Agrément Canada : *un événement indésirable qui mène à un décès ou à une perte de fonction durable ou importante chez la personne qui reçoit des services de santé.*

Tel que mentionné précédemment, le comité de gestion des risques a aussi fait le suivi du volet **prévention des infections**. Les activités de prévention et de contrôle des infections sont intégrées dans tous les secteurs. Une conseillère en prévention des infections s'assure de promouvoir de façon créative et dynamique les activités de prévention et de contrôle des infections.

Pourcentage des infections pour l'année



Contexte et faits saillants

L'année 2016-2017 aura été marquante à plusieurs égards :

- ✚ Le centre s'est vu décerner l'**Agrément avec mention d'honneur**, pour une période de 4 ans; il s'agit de la plus haute distinction accordée par Agrément Canada. Les visiteurs ont souligné particulièrement notre beau milieu de vie, notre approche humaine, nos soins individualisés, la sécurité des résidents et notre préoccupation du bien-être de la clientèle;
- ✚ La diffusion de la nouvelle *planification stratégique et opérationnelle 2016-2020*, auprès de tout notre personnel, des membres de familles et des bénévoles;
- ✚ Notre participation accrue à des activités visant à tisser et renforcer les liens avec la communauté, entre autres : en participant à deux campagnes de sensibilisation **#7000vies7000visites**, qui incitaient les familles et proches à visiter leurs aînés en CHSLD, en organisant des soupers-conférences avec les familles et les proches afin de leur offrir des informations sur les thématiques les préoccupants, en accueillant plusieurs stagiaires de maisons d'enseignement.

RÉALISATIONS EN REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE

a) Principales modifications apportées durant l'année

Les principales modifications apportées au cours de l'année ont contribué à l'amélioration de l'offre de soins et de services de qualité pour les résidents et leurs proches de même qu'au développement d'un milieu de travail sain et dynamique. Il s'agit de :

- ✚ L'élaboration d'une politique sur la *Contribution de l'infirmière au constat de décès à distance*; l'équipe de direction s'est inspirée d'un article publié dans *Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec*, « *Des familles rassurées et des ressources mieux utilisées grâce au constat de décès à distance* », et d'une pratique déployée dans la région de Chaudière-Appalaches et des Laurentides.
- ✚ L'élaboration du concept de préposé accompagnateur selon les lignes directrices transmises lors de la dernière visite du MSSS 2015, de même que son instauration depuis octobre 2016 ;
- ✚ Une diététiste s'est jointe à l'équipe à raison d'une journée semaine, et ce, depuis novembre 2016; en étroite collaboration avec le service alimentaire et l'équipe des soins infirmiers, plusieurs modifications ont été apportées au plan nutritionnel individualisé des résidents.
- ✚ Les rénovations fonctionnelles ont permis d'améliorer l'entrée principale du centre. De plus, nous avons retenu les services d'une firme d'architectes et d'ingénieurs en vue d'importants travaux de réaménagement de la chaufferie : remplacement de la chaudière et du système de ventilation du sous-sol.

Statistiques

	2016-2017	2015-2016	2014-2015
Taux d'occupation	99.45 %	99.21%	99%
Nombre d'admissions	43	41	26
Nombre de départs	43	41	24
Séjour moyen	1 166	1 166	1 094
Âge moyen de la clientèle	85	85	85

b) Enjeux, Orientations stratégiques et objectifs du Plan stratégique 2016-2020

La planification stratégique 2016-2020 est issue d'une démarche concertée des trois CHSLD détenus par les propriétaires, soit les CHSLD Bourget, Bussey et St-François. Trois centres avec des entités légales distinctes, mais qui travaillent en partenariat afin d'optimiser et faciliter les opérations des trois centres.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

Le Plan stratégique 2016-2020 guidera nos actions au cours des quatre prochaines années. Ces enjeux et orientations sont fondés sur la vision, la mission et les valeurs organisationnelles. Chaque objectif est défini par des indicateurs de résultats; ceux-ci nous permettent de mesurer l'avancement du plan. Vous trouverez sur notre site web le plan stratégique 2016-2020.

Nous vous présentons ici les enjeux, les orientations stratégiques et les principaux objectifs généraux qui se veulent une source d'inspiration pour la mobilisation de tous nos acteurs afin d'assurer la continuité, la consolidation et l'optimisation de nos programmes de soins et de services.

Planification stratégique et opérationnelle 2016-2020

Enjeu :

- ✓ Arrimer nos standards aux meilleures pratiques et normes reconnues;
- ✓ Maintenir une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité et des services où l'humanisme prime;
- ✓ Maintenir un milieu de travail positif et stimulant qui agit sur la mobilisation, la communication et l'engagement de tout notre personnel.

Orientation stratégique :

- Promouvoir une gestion inspirante, responsable et performante;
- Intégrer la culture de sécurité tout en valorisant la mise en œuvre d'un milieu de vie humain pour nos résidents et leurs proches;
- Œuvrer à la création d'un milieu de travail faisant place à l'autonomie, aux initiatives et au partage des responsabilités afin d'assurer la pérennité des services de qualité.

Objectifs spécifiques :

- Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres;
- Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante;
- Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leurs proches en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire;
- S'assurer, conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des événements indésirables, sentinelles ou erreurs liés aux médicaments, aux infections et autres préjudices;
- Créer des environnements pratiques et propices au bien-être où l'on se sent comme chez soi;
 - Tirer parti de nos environnements extérieurs exceptionnels.
- Demeurer un employeur de choix ;
 - Actualiser le plan triennal pour le développement des compétences du personnel.

c) Résultats obtenus par rapport aux objectifs généraux priorisés pour l'année 2016-2017

Cette année, nous débutons les activités de la nouvelle planification stratégique 2016-2020.

Nous présentons ici les principaux résultats obtenus au cours de cette dernière année:

Objectifs :

+ Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres.

Étant l'un des objectifs prioritaires de cette année, la préparation et le suivi de notre visite d'évaluation d'Agrément Canada furent une occasion pour un travail de collaboration entre nos établissements, et ce, afin de répondre adéquatement aux exigences des normes et pratiques qu'imposent une telle visite. Les directions et les comités de travail collaborent en continue afin d'élaborer et d'échanger les meilleures pratiques et diverses documentations, exemples :

- Diffusion de notre mission, notre vision et nos valeurs;
- Élaboration des objectifs opérationnels des directions selon le plan stratégique 2016-2020 de la direction générale;
- Présence d'un comité élargi, motivé, dynamique et rigoureux;
- Standardisation et diffusion, selon les données probantes et les meilleures pratiques, les politiques, procédures et programmes.

+ Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante.

Volet services comptables

- Nous avons finalisé la révision de notre charte comptable de nos états financiers afin de faciliter les reports et concordances avec le rapport ministériel AS-471.

Volet approvisionnement

- Nous nous sommes assurés que notre processus d'achat de fournitures soit efficace et au moindre coût en privilégiant notamment nos achats au centre d'approvisionnement en commun Sigma-Santé.

Volet Service informatique

- Mensuellement, un technicien en informatique s'est assuré des différents suivis demandés par le Technocentre : mise à jour des anti-virus, mise à jour de Windows, bon fonctionnement de tous les appareils et des prises de sécurité;
- Le comité du service informatique s'est réuni 7 fois au cours de l'année;
- Le registre local informatique est bien en place;
- Des formations sont données, au besoin, aux membres du personnel et chaque nouvel employé reçoit une formation « flash » sur l'utilisation approprié et sécuritaire du courrier électronique;
- Le Dossier Santé Québec(DSQ) est fonctionnel.

Volet budget et ressources

- Un processus structuré de gestion des ressources budgétaires est en place et les budgets ont été respectés par tous les services de notre centre;
- Pour les équipements, un plan de maintien des actifs techniques est en place et permet le suivi dans le cadre d'un programme d'entretien préventif.

 **Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leurs proches en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire.**

Les services ont priorisé la poursuite des objectifs généraux suivants :

- Assurer le suivi des recommandations émises par les différentes instances et assurer l'atteinte des résultats attendus;
- Teinter nos actions de chaleur, d'écoute, de sollicitude et de compréhension en respectant les orientations ministérielles touchant l'implantation du milieu de vie;
- Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services.

Direction générale

Suivi des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree

Visite ministérielle

La dernière visite au CHSLD Bourget remonte à novembre 2015.

- Lors de la visite du ministère le 11 novembre 2015, l'évaluateur soulignait :
 - L'engagement de toute l'équipe de direction et de tout le personnel;
 - La qualité des programmes et des outils cliniques;
 - La présence des bénévoles à plusieurs activités de même que la formation qui leur est offerte;
 - La propreté des lieux, en soulignant que nous avons un beau petit milieu de vie familial, bien décoré qui agit sur le mieux-être des résidents.

Une reddition de compte, concernant un suivi des activités inscrites à même le plan d'amélioration, a été effectuée en novembre 2016. Trois (3) des quatre(4) recommandations sont en cours et une est réalisée pleinement. Rapport et suivi au plan sont disponibles sur notre site web.

Visite d'Agrément Canada

La démarche d'agrément est au cœur de nos priorités depuis de nombreuses années (1982). Du 11 au 13 avril 2016, deux visiteurs d'Agrément Canada, un organisme indépendant qui évalue les établissements de santé selon des normes d'excellence pancanadiennes et les plus hauts standards reconnus pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé offerts à notre clientèle, ont procédé à l'évaluation de notre centre. Cette visite intégrait, comme la précédente, notre centre de la région de Québec le Centre hospitalier St-François inc.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

Tous les efforts ont été mis de l'avant afin de répondre adéquatement à toutes les normes et pratiques de gestion requises (POR) du processus d'autoévaluation d'Agrément Canada. Ces efforts ont porté fruit puisque le 29 avril 2016 nous avons reçu la note de 98.6% de même que le statut **d'agrée avec mention d'honneur**, soit la plus haute distinction donnée par cet organisme d'accréditation. La direction générale et la direction des soins infirmiers sont fières du travail de toute l'équipe qui a tout mis en œuvre afin d'offrir des soins de santé et des services sécuritaires et de grande qualité. Le rapport soulignait :

- L'organisme s'est doté d'une équipe de direction très motivée, dynamique et rigoureuse;
- La direction favorise une approche axée sur la transparence, le travail d'équipe, le respect des personnes et le bien-être de ses employés;
- Tous les processus en place sont rigoureux et répondent aux besoins des résidents;
- Un souci d'assurer une qualité de soins et d'interventions ainsi que la sécurité des résidents sont très présent.

Vous pourrez consulter le rapport de cette visite d'évaluation sur notre site web.

Planetree

Dès la planification stratégique 2010-2015, nous avons comme objectif d'obtenir une certification d'employeur de choix. Nous voulions un modèle où l'humanisme prime, un modèle global et intégré à notre programme d'amélioration continue de la qualité. Nous avons opté pour le modèle *Planetree* reconnu pour son approche globale centrée sur la personne, qu'elle soit résident, employé, famille ou bénévole. En avril 2015, *Planetree* nous décernait, de même qu'à nos centres le CHSLD Bussey et le Centre Hospitalier St-François, une *Reconnaissance Bronze* d'employeur de choix.

En octobre 2016, nous avons déposé auprès de *Planetree* Québec un suivi permettant de faire connaître nos avancés, nos actions et nos réflexions en lien avec les suggestions formulées dans le rapport du Comité de Reconnaissance.

Nous sommes fiers de l'ensemble de ces résultats qui démontrent la mobilisation et l'engagement remarquable de notre personnel afin d'offrir des services de la plus haute qualité. Ces réussites témoignent de leur dévouement à cette quête de la qualité, de la sécurité et à l'implantation d'une démarche centrée sur la personne.

Direction des soins infirmiers

Plusieurs activités ont été mises de l'avant afin de réaliser l'excellence dans l'offre de service entre autres :

Les soins infirmiers et d'assistance

Processus d'admission

La direction des soins poursuit son partenariat avec le mécanisme d'accès à l'hébergement afin que les lits disponibles soient comblés le plus rapidement possible. Cette année, le taux d'occupation était de 99.45%. Ce taux presque parfait témoigne de la mobilisation continue de l'équipe de soins infirmiers. Notre chef de service à la clientèle joue un rôle important dans le processus d'admission; une relation de confiance s'installe avec le résident et sa famille qui peuvent faire appel à elle pour toute situation préoccupante, questionnements ou autres.

Soucieuse de fournir un service personnalisé, la direction des soins offre un horaire de rencontre flexible pour permettre aux familles de disposer de toute l'information nécessaire dès leur arrivée dans le centre.

Les profils iso-smaf de la clientèle au 31 mars 2017 se répartissent de la façon suivante :

Profil 8	1
Profil 9	7
Profil 10	6
Profil 11	14
Profil 12	12
Profil 13	15
Profil 14	3
Résidents sans profil	22

Rencontres interdisciplinaires

Les rencontres interdisciplinaires ont lieu à l'admission, de façon annuelle ou encore lors de problématique précise. La famille ou les proches y sont toujours invités.

- La rencontre d'admission se fait dans tous les cas entre 4 à 6 semaines suivant l'arrivée du résident; elle a pour but d'élaborer le meilleur plan d'intervention individuel possible afin de faciliter l'intégration du résident et de ses proches.
- La rencontre annuelle a pour but de vérifier et modifier les objectifs en lien avec le plan d'intervention individuel et de l'ajuster aux besoins du résident selon sa condition actuelle;
- La rencontre restreinte est fixée pour établir un plan d'intervention en lien avec une problématique précise qui demande une intervention immédiate ou rapide.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

Rencontres interdisciplinaires d'admission	Rencontres interdisciplinaires annuelles	Rencontres interdisciplinaires restreintes
32	61	9
Total des rencontres : 102		

Accompagnement de fin de vie

- Au cours de l'année, nous avons accompagné 31 résidents et leurs familles ayant pris la décision de décéder à l'établissement;
- Un sondage portant sur la satisfaction des familles suite au décès de leur proche démontre leur niveau de satisfaction et nous permet d'améliorer les soins de fin de vie au centre.

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

- Depuis la mise en application de la Loi, une demande d'aide médicale à mourir a été formulée, mais n'a pas fait l'objet formel d'une demande d'assistance auprès du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal puisque la résidente est décédée peu de temps après avoir fait sa demande au médecin traitant du centre;
- Aucune demande de sédation palliative continue n'a été administrée depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

Le service des loisirs

Le service des loisirs s'est fait un point d'honneur d'offrir des activités stimulantes et adaptées aux divers besoins des résidents. La programmation artistique et récréative est établie mensuellement et en fonction des capacités et des goûts des résidents. Ces activités se retrouvent sur un calendrier, sept jours sur sept, en format virtuel à chaque étage et en format papier affiché à de multiples endroits accessibles et bien visibles. Le calendrier mensuel d'activités de loisirs est disponible sur notre site web. De plus, nous favorisons l'implication des proches et des bénévoles pour participer à l'animation du milieu de vie.

Cette année, dans le cadre du modèle *Planetree*, des activités d'art thérapie et de thérapies complémentaires, pour une clientèle atteinte de démence ou encore qui présente un comportement perturbateur, ont été mises de l'avant. Mensuellement, nos résidents ont pu bénéficier d'activités telles : *Jovia-La Belle Visite* les clowns thérapeutiques, *Musique d'autrefois* musicothérapie, jardin thérapeutique, zoothérapie, yoga et atelier de relaxation pour la personne âgée. Toutes ces activités favorisent la réminiscence, stimulent la créativité et brisent l'isolement.

Les bénévoles

Pour l'année 2016-2017, le Comité des bénévoles a présenté et obtenu une subvention dans le cadre du *Programme Placement Carrière été 2016*. Cette subvention gouvernementale nous a permis d'obtenir la collaboration de deux (2) étudiants à temps plein pour 10 semaines.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

De plus, douze bénévoles se sont impliqués pour les activités extérieures (sorties) et pour des activités de loisirs; leur implication est grandement appréciée et leur présence permet aux résidents de maintenir un lien avec la communauté, ils contribuent pleinement à l'amélioration continue de la qualité.

Le service de réadaptation

Les deux techniciennes en réadaptation s'assurent, dès l'admission, de faire une évaluation du résident afin que sa sécurité soit une priorité et que la connaissance de son état physique n'occasionne pas un risque élevé de blessure grave. D'autre part, le service a organisé des cliniques de positionnement en collaboration avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge; en tout, c'est 44 résidents qui ont pu profiter de ces services. Le service de réadaptation est aussi responsable de l'installation des appareils de mobilité et des suivis de ces moyens alternatifs à la contention; moniteurs TABS, SMART ou de type Microtech, bandes sensorielles et détecteurs de mouvement.

Dans le cadre du Programme de prévention des chutes, les techniciennes en réadaptation assurent les activités suivantes :

- Un groupe de marche et équilibre destiné aux résidents démontant un problème à la marche ou ayant eu une chute;
- Formation et enseignement auprès du personnel sur les modes de transfert et de positionnement, le programme de marche, et l'utilisation adéquate des appareils de mobilité;
- Fournir aux résidents différents types de fauteuils, matelas, coussins afin de maximiser leur confort, leur autonomie et prévenir les risques de plaies, de rougeurs ou de chutes.

Direction des services techniques

Hygiène et salubrité

Un programme d'hygiène et salubrité assure la standardisation des activités du service au processus de la gestion intégrée des risques de l'établissement et contribue à l'accroissement de la qualité des soins et services dispensés aux résidents. Cette année, une révision du programme d'entretien travaux lourds a été faite en étroite collaboration avec le titulaire du poste.

Soulignons que des distributeurs de gel antiseptique, de savon et de crème à main sont installés dans toutes les chambres et tous les espaces communs.

D'autre part, les employés des services auxiliaires ont reçu une formation sur les changements apportés au SIMDUT maintenant harmonisé au SGH (système général harmonisé).

Alimentation

Tous les responsables du service alimentaire [cuisiniers(ères)] de même que les aide-cuisiniers(ères) possèdent les qualifications demandées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) en ce qui concerne l'hygiène et salubrité en

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

service alimentaire. Cette formation assure la connaissance des intervenants et permet de maximiser la conformité dans le service alimentaire et d'éviter ainsi la propagation des bactéries ou tout autre problème relié à l'alimentation.

Plusieurs audits tels que la température des aliments, tests de goût et texture sont effectués quatre fois par semaine afin d'assurer la qualité, la sécurité et le plaisir gustatif de nos résidents.

Les heures de repas des résidents sont normalisées et la distribution des repas est présentée plat par plat. La présence de notre personnel est optimisée au moment des repas et celui-ci assure une vigilance envers l'ensemble de nos résidents. Des audits sur le bon positionnement lors du repas ainsi que sur l'épisode activité repas sont effectués trimestriellement.

Nous remercions le personnel du service alimentaire qui contribue aux activités thématiques en collaboration avec le service des loisirs, entre autres pour nos résidents lors du dîner du Noël des résidents, à l'heure de l'apéro, pique-nique, BBQ et lors d'activités de reconnaissance du personnel telles ; repas d'honneur des employés et des bénévoles, collations spéciales dans le cadre de la semaine de la santé au travail.

Installation, entretien et réparation

Par le biais de notre programme d'entretien préventif des équipements, l'établissement s'assure que toutes les vérifications sont adéquates afin que les services se donnent de manière sécuritaire. L'évaluateur du ministère soulignait dans son rapport que *l'établissement a adapté les espaces intérieurs de manière à rappeler un milieu de vie familial. De plus, les stimuli auditifs sont contrôlés, et des repères visuels sont présents dans les aires communes.*

Des exercices pratiques d'évacuation en cas d'incendie sont faits régulièrement. Des exercices en lien avec le *Code Jaune* (résident manquant) et les pannes d'électricité ont aussi été faits. Un retour sur le déroulement est fait avec l'équipe et consigné dans un rapport. Pour toutes les interventions, le personnel connaît les différentes étapes, son rôle et est prêt à réagir en situation d'urgence. Ces exercices sont faits sur les quarts de jour, de soir et de nuit. Dans le cadre d'une formation « flash », les connaissances des employés ont été mises à jour en matière des codes de couleur des mesures d'urgence et de leurs rôles afin d'assurer une intervention efficace en cas d'urgence.

Nous soulignons que notre centre est conforme en matière de sécurité incendie par ses gicleurs, par son système d'alarme incendie, par les inspections faites selon les normes par des firmes reconnues et finalement, l'évaluateur du ministère a souligné la qualité de notre bâtiment ayant une structure de béton et d'acier.

✚ S'assurer conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des évènements indésirables et sentinelles, des erreurs liées aux médicaments, des infections et autres préjudices.

- Assurer une culture d'amélioration continue de sécurité à tous les niveaux de l'organisation avec la participation des résidents, familles, employés et partenaires.

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, la direction des soins infirmiers s'assure que tous les résidents reçoivent des soins et services personnalisés et sécuritaires et que les suivis de ceux-ci soient faits selon les normes. Les activités mises de l'avant :

- Tous les résidents ont un bilan comparatif des médicaments à l'admission et au transfert dans le but de réduire le risque d'omission et de double prescription par inadvertance ou médicaments prescrits par erreur aux points de transition des soins;
- Tous les résidents sont évalués de façon régulière: risque de fugue, gestion de la douleur, échelle de Braden, risque de chute, mesure de contrôle, prévention du suicide, etc.

Nous bénéficions d'un partenariat avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour mettre à jour nos politiques, procédures, protocoles et outils d'évaluation en matière de prévention des infections. Les visiteurs d'Agrément Canada ont d'ailleurs souligné que ce partenariat contribue à la mise en place de procédures conformes aux meilleures pratiques qui favorisent une saine gestion des éclosions.

Des audits sont effectués afin de valider la prestation sécuritaire des soins et services, dont :

- ✓ Matériel non critique;
- ✓ Observation sur l'hygiène des mains et le port de gants;
- ✓ Traitement du linge souillé;
- ✓ Nettoyage et désinfection du bain et de la douche;
- ✓ Les épisodes de soins et de services;
- ✓ Les épisodes d'activité repas;
- ✓ Temps de réponse aux moyens alternatifs;
- ✓ Précautions additionnelles;
- ✓ Médicaments de niveau d'alerte élevé.

✚ Créer des environnements pratiques et propices au bien-être où l'on se sent comme chez soi.

- Mise en place de plusieurs pratiques de développement durable.

Un comité de développement durable a débuté ses activités en janvier 2017. Les principales activités réalisées depuis :

- Évaluation de l'état de situation de l'établissement en regard du développement durable;
- Développer des partenariats avec Eco-quartier de la Pointe-aux-Prairies et Recyc-Québec pour faciliter la mise en place de pratiques cohérentes avec le développement durable;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

- Mise en place de la collecte de résidus alimentaires en collaboration avec Eco-quartier de la Pointe-aux-Prairies (nous sommes le CHSLD témoin de la région);
- Un plan d'action dans le cadre de la *Stratégie gouvernementale de développement durable* est en cours de rédaction.

La collecte de résidus alimentaires a suscité l'intérêt de l'ensemble du personnel, des bénévoles et même des résidents, ce qui contribue activement au succès de cette activité.

Demeurer un employeur de choix.

Le développement des ressources humaines

Les activités mises de l'avant au maintien d'un bon climat de travail :

- Tenue de journées et d'activités de reconnaissance du personnel;
- Maintien d'activités de sensibilisation en lien avec le harcèlement et la violence dans le milieu du travail;
- Comité de relations de travail à la demande.

Pour maintenir les expertises et les compétences de nos employés, nous leur avons offert diverses formations qui sont, à notre avis, de bons outils pour maintenir un bon climat de travail et faire en sorte que l'amélioration continue fasse partie de notre quotidien.

Les principales formations données :

Au personnel des soins infirmiers

- Examen clinique sommaire de l'adulte; système cardiovasculaire;
- Les démences; comprendre, évaluer et intervenir;
- Formation des préceptrices SOI 1702-Maladie chronique 1;
- Prescription infirmière dans le domaine des soins de plaies;
- L'examen clinique sommaire de l'aîné ; principes et méthodes incontournables pour les infirmières de tous les milieux cliniques;
- L'évaluation et soulagement de la douleur chez la personne âgée souffrant de démence et incapable de communiquer verbalement;
- Les plaies de pression : de la prévention à l'intervention;
- Les plaies de pression; un plan de traitement approprié;
- Contribution de l'infirmière auxiliaire à l'évaluation et la surveillance clinique de l'aîné;
- L'humanisation des approches centrées sur la personne (séminaire Planetree).

Au personnel des services auxiliaires, professionnels et cadres :

- Réussir sa prise de parole en public;
- Formation *coach clinique pour l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique*;
- MAPAQ pour les aide-cuisinières et les aides en alimentation du service alimentaire;
- Prévention et contrôle des infections.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

De plus, sous forme de formation « flash », les capsules suivantes ont été reçues par le personnel, les stagiaires, les résidents et les familles, dont:

- Programme prévention du suicide;
- Programme éthique;
- La Bienveillance;
- Présentation de l'aiguille *Novofine autocover*;
- Prévention des infections section vaccination;
- Prévention des chutes et sur l'intégrité de la peau;
- Rappel sur les mesures de précautions additionnelles et sur l'hygiène des mains;
- Diffusion des rapports de gestion des risques.

Accueil de stagiaires

Cette année notre centre a accueilli des stagiaires de différentes écoles :

- Une stagiaire du Baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal a été parmi nous pour une période de 8 jours;
- Six (6) groupes de stages de l'École des métiers des Faubourg-de-Montréal, d'une durée moyenne de 10 à 15 jours dont, trois (3) stages de 6 à 7 stagiaires préposés aux bénéficiaires et trois (3) stages de 6 à 7 stagiaires infirmières auxiliaires.

Selon la directrice des milieux de stages de l'École des métiers des Faubourg-de-Montréal, le CHSLD Bourget est un établissement de choix pour y voir plusieurs clientèles et techniques devant être assimilées par les étudiants avant d'obtenir leur diplôme.

Valorisé la présence au travail / Assiduité au travail et suivi de l'entente de gestion Main-d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire

L'établissement considère que la communication est l'un des ingrédients essentiels pour le développement d'un milieu de travail sain; en précisant clairement et fréquemment nos attentes auprès de nos employés nous œuvrons à la création d'un milieu stimulant et valorisant qui fait place à l'autonomie et au partage des responsabilités.

Au CHSLD Bourget, nous poursuivons nos suivis en Santé et Sécurité du travail de façon hebdomadaire et un suivi clinico-administratif est réalisé selon les besoins, afin de minimiser le temps d'absence de nos employés.

Nous avons maintenu un taux près de 1% pour l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante pour le personnel infirmier et d'assistance. Nous avons amélioré nos résultats en ce qui a trait à la réduction du temps supplémentaire pour le personnel infirmier toutefois, la cible n'a pas été atteinte pour l'ensemble de notre personnel des soins et assistance. Dans un contexte de pénuries globales, il est difficile de prévoir les résultats tout en maintenant et en prévenant les ruptures de services à notre clientèle très dépendante.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2016-2017

Ces bons résultats sont aussi dus à des recherches actives en plaçant des annonces sur les sites d'emploi des ordres professionnels, sur le site d'Emploi-Québec et sur le site de recrutement TALÉO.

Pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendant (MOI)

Description	Résultats 2016-2017	Cibles 2014-2015	Résultats 2015-2016
Infirmières	1.32.%	6,80%	0.52%
Infirmières auxiliaires	1.05.%	3.04%	0.44%
Préposés aux bénéficiaires	0.75%	3.26%	0.98%

Pourcentage des heures supplémentaires travaillées

Description	Résultats 2016-2017	Cibles 2014-2015	Résultats 2015-2016
Personnel infirmier	6.97%	8.71%	7.75%
Ensemble du personnel réseau	4.52%	2.68%	5.51%

Vous trouverez en annexe (3) le tableau des ressources humaines de l'établissement.

Programme d'aide aux employés (PAE) / Politique de violence et harcèlement au travail

Depuis septembre 2005, le *Groupe Renaud* maintenant sous la dénomination de *ProSanté inc.*, est responsable des services d'évaluation et de consultation du programme d'aide aux employés. Après leur période de probation, tous les employés peuvent bénéficier de cinq (5) visites d'une heure chacune par année de contrat incluant une heure de services-conseils téléphoniques pour des questions d'ordre juridique ou financier. Selon les statistiques d'utilisation du programme, le taux de consultation annuel est légèrement sous la moyenne normale d'utilisation d'un tel programme au sein des organisations.

Statistiques trimestrielles suivi politique contre la violence et harcèlement au travail

Trimestre	Plainte reçue
1 ^{er} trimestre	0
2 ^e trimestre	0
3 ^e trimestre	0
4 ^e trimestre	0

Malgré ces bons résultats, nous nous assurons que notre personnel connaît bien nos attentes qu'en à la prévention de la violence et le harcèlement au travail et qu'il connaît la procédure à suivre s'il est témoin ou victime de violence ou de harcèlement au travail. Un dépliant pour comprendre et prévenir le harcèlement et la violence en milieu du travail est disponible à plusieurs endroits dans le centre.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES DE LA QUALITÉ

Sécurité des soins et services et prévention des infections

Un total de 910 incidents/accidents a été déclaré et diffusé cette année. Une augmentation du nombre de déclarations principalement due à la qualité des outils de travail et de leur utilisation adéquate par l'ensemble du personnel de soins infirmiers et à l'intérêt que nous avons suscité en diffusant régulièrement les résultats des rapports de gestion des risques aux employés, bénévoles, résidents et membre de familles.

Au cours du mois d'octobre avait lieu notre campagne de sensibilisation sur la vaccination saisonnière. Le taux de vaccination de nos résidents est légèrement sous la cible demandée et atteint 78.8%. Nous poursuivons nos efforts en vue d'atteindre la cible attendue pour la vaccination du personnel; la couverture vaccinale pour le personnel soignant se chiffre à 26%.

La vaccination pour contrer le pneumocoque chez la clientèle atteint la cible de 76%.

L'établissement n'a pas eu d'éclosion de gastro-entérite ou d'influenza en 2016-2017. La prévention et les interventions selon les meilleurs pratiques dès les premiers symptômes d'allure grippale ou de gastro-entérite auprès d'un résident, d'un membre de famille ou du personnel nous ont permis de diminuer les risques d'éclosion.

De plus, nous avons, par des formations « flash » et rencontres individuelles, informé les familles des mesures additionnelles en place dans le centre et de leur rôle dans la gestion des éclosions.

Une journée de sensibilisation des résidents et des familles aux différents moyens pour prévenir les infections a aussi été tenue en décembre 2016 ; nous leur avons remis de l'information sur la prévention des infections et nous leur avons montré comment procéder adéquatement à l'hygiène des mains en précisant de le faire à chacune de leurs visites.

Les mesures de contrôle et d'isolement

Au cours de la dernière année, le programme des mesures de contrôle a été mise à jour. Rappelons qu'en 2015-2016, des infirmières ont reçu une formation afin de réduire les mesures de contrôle utilisées dans le centre et sont par la suite devenues des formatrices pour les autres membres de l'équipe. Cette démarche a permis une réduction importante de l'utilisation des ridelles de lit et des ceintures abdominales. Le taux d'utilisation des ridelles est passé de près de 50% (janvier 2014) à 6.25% (mars 2017) et en ce qui concerne les ceintures abdominales, le taux est passé d'environ 64% (janvier 2014) à 15% (mars 2017). Des félicitations ont été faites à toute l'équipe des soins infirmiers par les visiteurs d'Agrément Canada.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a produit et remis son bilan des activités à la direction ainsi qu'aux responsables concernés du Ministère et il a fait son rapport au comité de vigilance dont il est membre.

Aucune plainte n'a été acheminée au commissaire local en 2016-2017. Une demande d'assistance lui a été adressée et il n'y a pas eu d'intervention du commissaire.

Dans son bilan le Commissaire souligne que « *le respect des résidents et la qualité des services qui leur sont offerts est de toute évidence une préoccupation majeure de la direction du CHSLD Bourget et des employés* ».

De plus, au cours de l'année 2016-2017, il a rencontré le comité des résidents dans le cadre d'un souper-conférence, lors de la fête du Noël des résidents et il a rédigé périodiquement « *le mot du Commissaire* » à l'intention principalement des résidents et de leurs familles. Ces courts textes ont l'objectif de présenter et de faire connaître le rôle du commissaire local, de présenter son approche ainsi que la procédure et les objectifs du traitement des plaintes et finalement de contribuer à mieux faire connaître les droits et responsabilités des résidents. Ce *mot du Commissaire* est remis au comité des résidents et est affiché à différents endroits dans le centre, accessibles aux résidents et leurs visiteurs.

D'autre part, le commissaire a aussi été consulté pour deux dossiers, par la direction des soins infirmiers, au sujet de différentes situations en lien avec la satisfaction des usagers ou le respect de leurs droits.

Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Nous rappelons que les modalités de financement des établissements privés conventionnés fixent les heures cliniques travaillées et que tout dépassement du nombre d'heures est à la charge de l'établissement. De plus, au niveau des effectifs de la composante fonctionnement, un per diem est établi et tout dépassement est aussi à la charge de l'établissement.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Les documents suivants ont été transmis au Ministère de la santé et service sociaux (MSSS)

- États des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2017;
- États de la situation financière au 31 mars 2017;
- Le rapport de l'auditeur.

Nous avons encore cette année un budget équilibré. L'écart favorable nous a permis de fonctionner de façon à supporter les changements importants durant toute l'année. De plus, l'analyse des rectificatifs des charges et revenus page 685, démontre que nous retournons au MSSS la somme de 124 850\$. Annexe (4). Rapport financier annuel disponible sur notre site web.

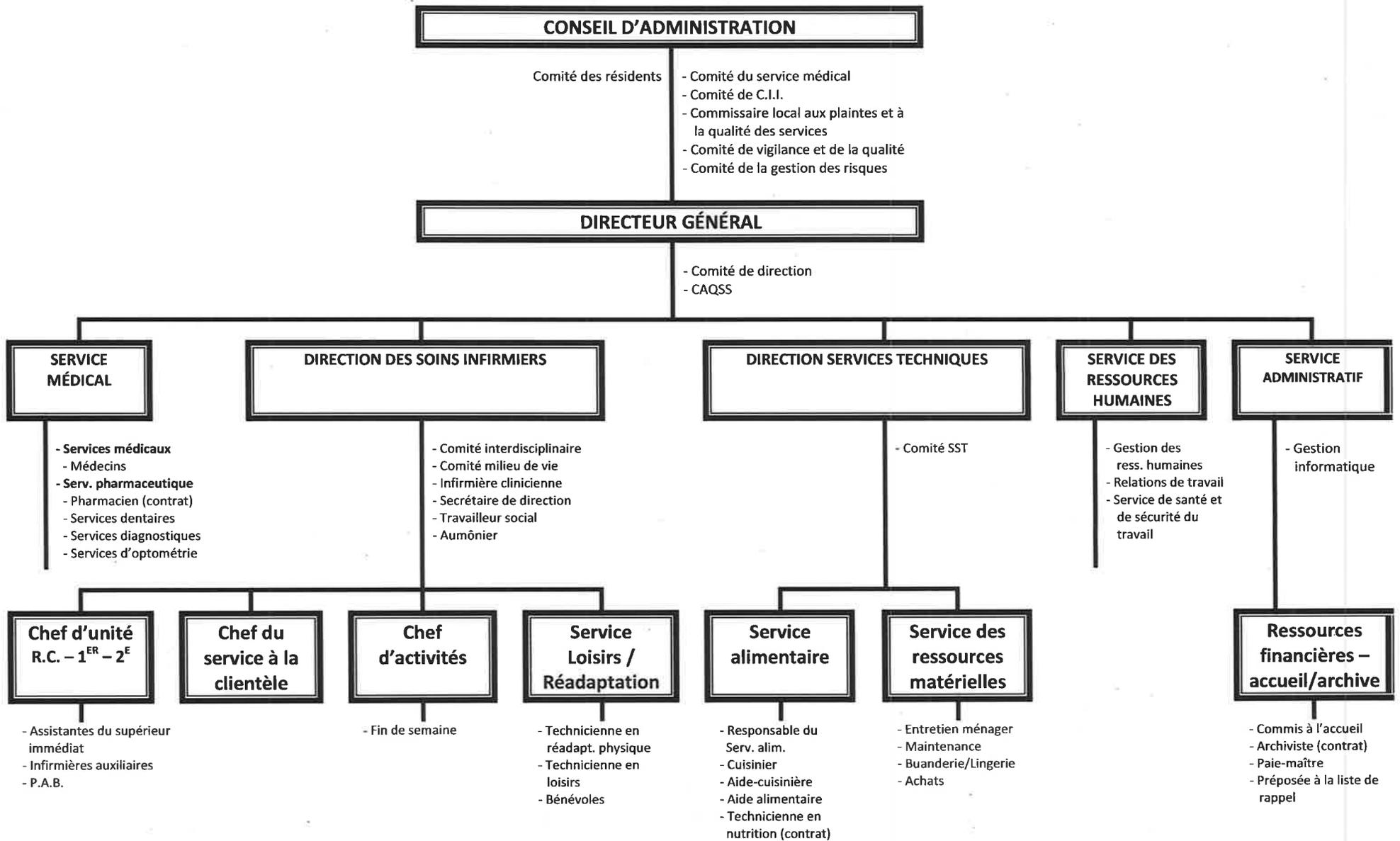
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

L'établissement a adopté un Code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et dirigeants de façon à éviter tout conflit d'intérêts. Au cours de l'année 2016-2017, il n'y a aucun cas de manquement constaté. Code d'éthique et de déontologie en annexe (5).

Diane Girard,
Directrice générale

ANNEXES

ANNEXE 1



ANNEXE 2

COMITÉ DES USAGERS DU CHSLD BOURGET INC.

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2016-2017

Nom de l'établissement	Nombre d'usagers
CHSLD Bourget Inc.	80

Composition du comité			
Nom	Fonction	Statut	Téléphone
	Présidente	Usager	514-645-1673
	Vice-président	Usager	514-351-3576
	Secrétaire-trésorière	Famille	514-645-0748
	Conseiller	Famille	438-381-8535
	Conseillère	Usager	514-645-1673
Répondante	Sophie Perrier Téléphone : 514-645-1673 poste 212		

Réunions	
Nombre de rencontre du comité	5

Priorités et réalisation de l'année 2016-2017	
1	Activités promotionnelles sur les droits des usagers
2	Rencontres avec les membres de la direction
3	Conférence sur la démence pour les usagers et les familles
4	Distribution de matériel promotionnel
5	Accompagnement dans le processus de plainte
6	Mise à jour des dépliants et du matériel promotionnel
7	Rencontre avec le commissaire aux plaintes
8	Démarches de recrutement de nouveaux membres
9	Formation de membres du comité par le RPCU
10	Renouvellement l'équipement informatique du comité

Objectifs et activités prévus en 2017-2018	
1	Création d'un logo pour le comité
2	Mettre sur pied de nouvelles activités de promotion des droits des usagers
3	Poursuivre la collaboration avec le commissaire aux plaintes
4	Revoir les outils de promotion des droits
5	Travailler en collaboration avec le comité de gestion intégré de la qualité des soins et des services

Mot de la présidente

C'est avec beaucoup de fierté que le comité termine son année 2016-2017. Cette année le comité a développé ses connaissances et ses différents partenariats avec le commissaire aux plaintes, le RPCU et les membres de la direction. Le comité a été sollicité dans différentes situations et souhaite poursuivre ses activités dans ce sens. Le comité va de l'avant avec de nouveaux projets afin de poursuivre la promotion des droits des usagers. Le comité souhaite s'impliquer activement dans différents comités de l'établissement afin de représenter les usagers et se faire entendre.

Présidente : C

Secrétaire-trésorière : F

Date : 9 mai 2017

Adresse : 11570, rue Notre-Dame Est, Montréal (Québec), H1B 2X4

Téléphone : 514-645-1673 poste 229 **Courriel :** comitedesresidentsbourget@outlook.com

ANNEXE 3

**LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT : CHSLD Bourget inc. 2953-0060
2016/2017**

L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi.

	2016-2017	2015-2016
	Exercice en cours	Exercice antérieur
<u>Note 1 :</u> Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres :</u> (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	2	2
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3.22	3.83
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<u>Les employés réguliers :</u> (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	43	43
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	31.76	31.62
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<u>Les occasionnels :</u>		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice →	43 555	38 767
- Équivalents temps complet (b) →	23.85	21.14

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures

ANNEXE 4

RECTIFICATIFS - ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

		Montant 3	Notes
COMPOSANTE CLINIQUE			
Charges réelles admissibles	1	3 942 348	
Ajustement de la variation due aux heures travaillées excédentaires	2		
TOTAL (L.01 - L.02)	3	3 942 348	
Charges approuvées	4	3 959 788	11
RECTIFICATIF (L.03 - L.04)	5	(17 440)	

	Portion clinique 1	Portion fonctionnement 2	Total (C1+C2) 3	Notes
AVANCES SUR CHARGES ESTIMÉES				
Congés de maladie-paiement du solde annuel	6	XXXX	2 137	2 137
Congés sociaux	7	7 277	2 777	10 054
Droits parentaux	8	4 971	3 148	8 119
Différentiel - CNESST	9	110		110
Libération syndicale	10	20 415	1 288	21 703
Banque de congés de maladie	11			
Charges sociales afférentes aux L.06 à L.11, C.2	12	XXXX	1 169	1 169
Charges sociales de l'assurance salaire - portion fonctionnement	13	XXXX	7 230	7 230
Autres (préciser P695)	14			
SOUS-TOTAL (L.06 à L.14)	15	32 773	17 749	50 522

		Montant 3	Notes
Déplacement des usagers (c/a 7400)	16	24 052	
Besoins spéciaux (c/a 7910) et dépenses personnelles nettes	17	756	
TOTAL (L.15 à L.17)	18	75 330	
Charges approuvées	19	232 030	
RECTIFICATIF (L.18 - L.19)	20	(156 700)	

AUTRES RECTIFICATIFS			
Rectificatif relatif au taux d'occupation	21		
Suivi des impacts budgétaires - hors cadre	22	XXXX	
Mesures découlant des conventions collectives et autres mesures salariales	23	XXXX	
Griefs	24	108 919	
Rectificatif relatif aux activités hors du contrat d'exploitation de l'EPC	25	XXXX	
Taxes foncières pour les établissements opérant dans des installations publiques	26		
Autres (préciser P695)	27		
TOTAL DES AUTRES RECTIFICATIFS (L.21 à L.27)	28	108 919	
RECTIFICATIF TOTAL DES CHARGES (L.05 + L.20 + L.28)	29	(65 221)	
RECTIFICATIF DES REVENUS (P685-01)	30	(59 629)	
TOTAL DES RECTIFICATIFS POST-BUDGÉTAIRES (L.29 + L.30)	31	(124 850)	

ANNEXE 5

CONSEIL D'ADMINISTRATION ⁽¹⁾ :		
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE:	ÉMIS: 2001-06 RÉVISÉ: 2016-04	

Devoirs et obligations des administrateurs

Prévenir et identifier les situations de conflits d'intérêts

- 1- L'administrateur respecte son contrat avec le MSSS suivant les usages, l'équité et la loi.
- 2- L'administrateur agit avec prudence et diligence dans l'accomplissement de son contrat.
- 3- L'administrateur agit avec loyauté et honnêteté et s'engage à déclarer par écrit tout intérêt susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêt.
- 4- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération

- 5- L'administrateur ne confond pas les biens de sa corporation avec ses biens personnels.
- 6- L'administrateur respecte les normes établies en terme de rémunération contenues au décret sur les conditions de travail des directeurs généraux.
- 7- L'administrateur ou les membres de sa famille n'acceptent aucun don ou legs d'un résidant alors qu'il reçoit des services dans son centre.
- 8- L'administrateur gère les particularités de son contrat dans les limites prévues aux différentes composantes.

Devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions.

- 9- L'administrateur qui vend son établissement ou qui cesse d'être actionnaire garantit le droit de propriété et la qualité.
- 10- L'administrateur garde confidentiel tout renseignement de nature commerciale ou de nature à impliquer les résidants.

Mécanismes d'application du code d'éthique

- 11- À chaque deux ans, à tour de rôle un administrateur est responsable de l'application du présent code d'éthique. Il lui incombe de rédiger le rapport qui doit faire état annuellement des manquements au code et de s'assurer de l'intégrer au rapport annuel de l'établissement.
- 12- L'administrateur responsable s'assure de l'accessibilité au public du présent code.
- 13- Advenant une plainte dénonçant un manquement au code d'éthique, l'administrateur responsable réunit un groupe externe formé de quatre personnes, dont deux membres du conseil d'administration de l'AEPC et deux membres choisis parmi les propriétaires ou actionnaires d'établissements privés conventionnés.
- 14- L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement à ce code d'éthique est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Approuvé:



Date: 2016-04

Libellés tirés de: « code d'éthique et de déontologie – document de référence ACHAP 1998

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies