

Rapport annuel de gestion 2017-2018

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 | 10 |
| Réalisations en regard du plan stratégique | 10 |
| a) Principales modifications apportées durant l'année | 10 |
| b) Enjeux, orientations stratégiques et objectifs du plan stratégique | 11 |
| c) Résultats obtenus par rapport aux objectifs prioritaires | 12 |
| - Suivis des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree | 14 |
| - Application de la politique portant sur les soins de fin de vie | 16 |
| - Sécurité des soins et services | 24 |
| - L'examen des plaintes et la promotion des droits | 25 |
| - Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs..... | 26 |
| États financiers et analyses des résultats | 26 |
| Code d'éthique et de déontologie | 27 |

Annexes :

1. Structure organisationnelle
2. Comité des usagers 2017-2018
3. Ressources humaines de l'établissement
4. Code d'éthique et de déontologie



MESSAGE DES AUTORITÉS

Voir avec les yeux du cœur...

Madame, Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2017-2018. 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.

Le CHSLD Bourget est une entreprise familiale qui, depuis 1977, a su orienter ses choix de soins et de services personnalisés en priorisant une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Notre milieu de type familial se veut chaleureux, humain et sécuritaire.

Rappelons que notre centre est agréé par Agrément Canada depuis près de 35 ans. D'ailleurs, le 29 avril 2016, Agrément Canada nous décernait le statut « *agréé avec mention d'honneur* » dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum.

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.

L'année 2017-2018 a été une année de réorganisation des soins par l'ajout de ressources suite aux engagements du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du forum sur les meilleures pratiques en CHSLD et l'ajout de ressources afin d'offrir aux résidents qui le désirent un deuxième bain.

Aussi, la réalisation d'un important projet de rénovation visant l'installation d'un nouveau système de ventilation et de nouvelles chaudières nous a permis de rehausser notre offre de services d'hygiène auprès des résidents.

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.

Diane Girard

Présidente, 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 2017-2018 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 2017-2018 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 2018.



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 2018 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.

Une *Ordonnance de communication de dossier* en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* nous a été faite par le coroner, cependant, ce dernier n'a fait aucune recommandation. 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 4 rencontres en 2017-2018. 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. Le comité s'était fixé 3 objectifs :

1. Informer les usagers sur leurs droits et obligations;
2. Promouvoir et défendre les droits des usagers dans l'établissement en diffusant et informant les résidents et leurs familles;
3. Participer à l'amélioration de la qualité de vie des usagers en évaluant le degré de satisfaction.

Quelques-unes de leurs réalisations :

- 1.1 Trois kiosques de promotion et d'information des droits ont eu lieu cette année; dépliants sur les droits et obligations, matériel promotionnel dont le guide du barreau du Québec *Vous avez des droits prenez votre place!*;
- 1.2 Travailler à la réalisation d'une vidéo sur le rôle du comité; cette vidéo sera présentée à l'été 2018;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

2. Conférences : *Des droits pour les usagers et les troubles de comportement liés à l'Alzheimer et maladies apparentées;*
3. Implication d'un membre du comité au comité de gestion des risques.

De plus, le comité a eu plusieurs enjeux cette année dont celui de recruter de nouveaux membres et de remplacer la présidente sortante.

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 17 membres en provenance de tous les services dont la participation d'un membre de famille qui siège sur le comité des usagers. 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, des précautions additionnelles et moyens alternatifs à la contention.

En 2017-2018, notre centre a déclaré 916 incidents /accidents; le bilan et les principaux facteurs de risque mis en évidence auprès du comité sont :

Bilan des incidents et accidents

| Évènements | Nombre 2017-2018 | Nombre 2016-2017 |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lésions | 375→41% | 405→45 % |
| Erreurs de médicaments | 226→25% | 239→26 % |
| Chutes | 138→15% | 52→6% |
| Autres | 177→19% | 214→23% |
| Total : | 916 | 910 |

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 »;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

- L'utilisation adéquate, optimale et uniforme de la pochette de déclaration d'accident/incident mise en place l'année dernière;
- La diffusion des rapports de gestion des risques aux employés.

Nous vous présentons la répartition des 916 déclarations, par statut de gravité.

| CODE DE GRAVITÉ | DESCRIPTION | BILAN 2017-2018 |
|------------------------|---|------------------------|
| A | Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur. | 149 |
| B | Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle). | 209 |
| C | Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence, Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention). | 42 |
| D | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence. | 121 |
| E1 | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées | 387 |
| E2 | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins. | 7 |
| F | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement | 0 |
| G | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques | 0 |
| H | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire) | 0 |
| I | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès. | 1 |

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

Nos priorités 2017-2018. Compte tenu de la hausse du nombre de chutes nous avons effectué des *suivis*, après chacune d'elles, afin de s'assurer de l'application du programme de prévention des chutes et d'apporter les mesures correctives appropriées. Aussi, les erreurs de médicaments sont principalement dues aux omissions et à la catégorie d'erreur « *trouvé* ».

D'autre part, le pourcentage des plaies et contusions est à la baisse; nous constatons que ces blessures se retrouvent chez les résidents ayant une peau fragile, circulant par eux-mêmes, présentant de la témérité ou pour des raisons médicales telles le diabète et l'insuffisance veineuse. La diffusion du nouveau programme d'intégrité de la peau, la formation sur le débridement des plaies, la sensibilisation des équipes à l'importance de la roue de positionnement de même que la collaboration avec le service de réadaptation nous ont permis d'atteindre ces résultats encourageant.

Durant l'année, nous avons eu un 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*. Au moment de l'évènement, le résident était en phase terminale. Sa condition physique ainsi que son niveau d'intervention, 4 sans réanimation cardiorespiratoire (RCR), ont limité la prise en charge possible. Une *Ordonnance de communication de dossier* en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* a été faite au coroner, cependant, ce dernier n'a fait aucune recommandation.

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

| Types d'infections | 2017-2018 | 2016-2017 |
|--------------------|-----------|-----------|
| Urinaire | 33% | 25% |
| Viral | 19% | 31% |
| Respiratoire | 33% | 16% |
| Conjonctivite | 13% | 13% |
| Lésion cutané | 2% | 9% |
| Autres | 0% | 6% |

Contexte et faits saillants

L'année 2017-2018 aura été marquante à plusieurs égards :

- ✚ Le rehaussement accordé en soins infirmiers par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de l'investissement de 65M\$, dont deux postes de préposées aux bénéficiaires et un poste d'infirmière auxiliaire. Tous les nouveaux postes sont comblés depuis le 30 avril 2017.
- ✚ L'ajout d'heures soins par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de bonifier les services d'hygiène aux résidents en CHSLD. L'organisation du rehaussement des services d'hygiène s'est faite en collaboration avec nos résidents, leurs familles, notre personnel et nos syndicats. Depuis la fin mars, nos résidents qui les désirent ont un deuxième bain ou douche par semaine.
- ✚ La formation des infirmières techniciennes en lien avec les attentes ministérielles concernant l'évaluation clinique et la condition physique et mentale;
- ✚ La direction des soins a finalisé l'implantation de notre politique sur la *Contribution de l'infirmière au constat de décès à distance*; au cours de l'année 2017-2018, vingt et un (21) constats de décès à distance ont été effectués avec 3 des 4 médecins qui sont de garde en disponibilité.
- ✚ L'évaluation de la satisfaction de nos résidents et de leurs familles de façon plus structurée nous permet une amélioration en continu de nos soins et services. Cette dernière se fait à l'admission et lors de la cessation de services par l'entremise de sondages et tout au long du parcours du résident via un soutien téléphonique, par courriel ou par rencontre individuelle. La chef du service à la clientèle est responsable de l'application de cette démarche. Cette année, 91% des résidents ont répondu au sondage à l'admission, 43% des familles ont accepté de compléter le sondage sur la fin de l'hébergement et finalement, 1455 échanges de soutien aux résidents et leurs familles ont été offerts.

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 continue de la qualité de l'offre de soins et de services 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 générale de développement durable et d'un programme d'activités associé à cette dernière. Notre centre entreprend une démarche responsable en matière de consommation d'énergie et de gestion de déchets; la mise en œuvre de toutes ces activités et les collectes de données effectuées au cours de l'année nous permettront de présenter notre candidature à *ICI on recycle* de *Recyc-Québec* au cours du premier semestre de 2018-2019;
- ✚ Plusieurs activités pour promouvoir le programme de prévention des infections; hygiène des mains, vaccination, remise de dépliants aux familles sur la prévention des infections;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

- ✚ La mise à jour du programme d'entretien sanitaire visant la propreté des lieux –volet entretien ménager (travaux légers) avec la contribution des employés titulaires des postes à temps complet;
- ✚ Une nouvelle chef d'unité s'est jointe à l'équipe à raison de 4 jours semaine, et ce, depuis janvier 2018;
- ✚ La diététiste, en étroite collaboration avec le service alimentaire et l'équipe des soins infirmiers, a apporté plusieurs modifications au menu et au plan nutritionnel individualisé des résidents; sans gluten, végétarien, intolérances et allergies;
- ✚ D'importants travaux de réaménagement de la chaufferie : remplacement de la chaudière et du système de ventilation du sous-sol. Ces travaux nous permettront de réaliser un projet autorisé d'ajout de deux (2) douches thérapeutiques sur deux unités; le budget de cet ajout d'équipement pour l'hygiène des résidents est octroyé par le ministère. En vue de ces travaux nous avons, dès le début mars 2018 et en accord avec le CIUSSS, fermé temporairement des lits ce qui explique la diminution du taux d'occupation de notre centre pour 2017-2018.

Statistiques

| | 2017-2018 | 2016-2017 | 2015-2016 |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Taux d'occupation | 98.24 % | 99.45% | 99.21% |
| Nombre d'admissions | 35 | 43 | 41 |
| Nombre de départs | 46 | 43 | 41 |
| Séjour moyen | 1001 | 1 166 | 1 166 |
| 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. Le Plan stratégique 2016-2020 guide nos actions; 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 meilleurs 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 2017-2018

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.***

La direction du CHSLD Bourget collaborent avec les directions de nos deux autres centres afin d'élaborer et d'échanger les meilleures pratiques et diverses documentations. Les directions et les comités de travail de nos trois centres collaborent en continue, en voici quelques exemples :

- Diffusion et mise en œuvre aux établissements sœurs de la politique la *Contribution de l'infirmière au constat de décès à distance*;
- Partage de données probantes en prévention des infections (éclosions);

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

- Standardiser et diffuser, 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 procédé en août 2017 à l'étude de rehaussement de notre service de paie; nous avons opté pour une mise à niveau de notre système actuel et en février 2018 la nouvelle version de *Mediaccess* était fonctionnelle.

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 centre de services TCR* : 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 6 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;
- Préparation en prévision du changement de Lotus Notes à Outlook;
- Travaux préparatoires de collectes d'informations, documents, photos et vidéos en vue de notre nouveau site web qui sera en fonction au cours de l'été 2018.

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;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

- 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 2017. 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.

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;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

- 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.

Au cours de l'année, nos employés ont participé à la planification et la réalisation d'activités de reconnaissance telles : *manger santé au travail, team building des fêtes*.

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. Il est constaté avec le sondage du processus d'admission, effectué 4 à 6 semaines après l'admission, que le résident et sa famille sont satisfaits de l'accueil qu'ils ont reçu.

Cette année, le taux d'occupation était de 98.24%; ce qui s'explique par une baisse de notre capacité au cours du mois de mars, en vue de travaux de rénovation. Nous avons 69 résidents au 31 mars 2018. Notre chef du 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 2018 se répartissent de la façon suivante :

| | |
|------------------------------|-----------|
| Profil 8 | 0 |
| Profil 9 | 4 |
| Profil 10 | 12 |
| Profil 11 | 13 |
| Profil 12 | 12 |
| Profil 13 | 15 |
| Profil 14 | 2 |
| Résidents sans profil | 11 |

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.

| Rencontres interdisciplinaires d'admission | Rencontres interdisciplinaires annuelles | Rencontres interdisciplinaires restreintes |
|--|--|--|
| 43 | 47 | 16 |
| Total des rencontres : 106 | | |

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

- Au cours de l'année 2017-2018 aucune demande d'aide médicale à mourir a été formulée;
- 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.



Encore 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 2017-2018, le Comité des bénévoles a présenté et obtenu une subvention dans le cadre du *Programme Placement Carrière été 2017*. Cette subvention gouvernementale nous a permis d'obtenir la collaboration de trois (3) étudiants à temps plein pour 10 semaines.

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. Cette année, dans le cadre de la prévention des chutes, le service a complété 112 grilles de dépistage des facteurs de risque de chutes chez les résidents afin de pouvoir apporter les modifications appropriées aux lits, fauteuils ou la chambre selon les besoins. Par le fait même, le service de réadaptation est 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 démontrant un problème à la marche ou ayant eu une chute; cette année 64 résidents ont pu bénéficier de ce

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

programme. Ce programme permet le maintien de l'autonomie et l'amélioration de l'estime de soi;

- 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.



De plus, en collaboration avec le Centre de réadaptation Constance LethbrIDGE 47 résidents ont pu bénéficier de clinique de positionnements. Aussi, le service de réadaptation participe et collabore à de nombreux rencontres et comités dont le comité de gestion des risques, et les rencontres interdisciplinaires.

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 légers a été faite en étroite collaboration avec les titulaires des postes à temps complet.

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.

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 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 semestriellement.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

La diététiste, en étroite collaboration avec le service alimentaire et l'équipe des soins infirmiers, a procédé à l'évaluation et à la révision des menus offerts aux résidents, et ce, dans le respect du *Guide alimentaire Canadien* et du cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*.

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.*

En vue d'offrir un milieu de vie agréable pour les résidents, une planification des travaux de peinture ou de rénovation est instaurée annuellement.

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 et test de génératrice 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 ont été faits sur les quarts de jour et de soir. À l'embauche les employés reçoivent la procédure à suivre en cas d'incendie. Aussi, 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.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

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;
- ✓ Entretien d'une chambre *high touch low touch*.

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;
- Déterminer les priorités d'action au sein du centre;
- Coordonner les démarches de planification en développement durable;
- Coordonner les actions menées en sein du centre;
- Sensibiliser et mobiliser tout le personnel en lien avec les enjeux et les projets de développement durable.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

La collecte de résidus alimentaires faite tout au long de l'année fait maintenant partie intégrante des bonnes pratiques de l'établissement. De plus, plusieurs habitudes de consommation ont été changées afin de diminuer l'utilisation de matière non recyclable dont :

- ✓ Utilisation de cuillères en métal plutôt qu'en plastique pour l'administration de la médication; diminution de cuillères jetables de 98%;
- ✓ Utilisation de vaisselle jetable en carton biodégradable plutôt qu'en styromousse;
- ✓ Utilisation de verres en plastique réutilisables plutôt que des verres en styromousse ou en carton; diminution de verres jetables de 90%;
- ✓ Remplacement graduel des éclairages pour de l'éclairage écoénergétique de type DEL.

De beaux résultats qui nous permettront de présenter une demande de certification auprès de *Recyc-Québec* au cours du premier semestre de 2018-2019.

- Tirer parti de notre environnement extérieur exceptionnel

Au printemps 2017, une organisation qui œuvre à verdir les milieux de vie à Montréal, en collaboration avec des partenaires privés qui souhaitent s'impliquer dans leur communauté, nous a offert une proposition de verdissement. Des arbres et un aménagement paysager viennent maintenant embellir l'environnement extérieur de notre centre. Aussi, la contribution de l'association *des bénévoles de l'Hôpital Bourget* permet aux résidents et leurs familles de cultiver diverses plantes selon leur goût; fleurs et potager viennent égayer la belle terrasse arrière qui offre une vue imprenable sur le fleuve.

Nous tenons à remercier sincèrement ces deux organismes. Leur contribution est grandement appréciée et rehausse la qualité du milieu de vie de nos résidents, de leurs familles et de nos employés.

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 en collaboration avec notre comité de santé et sécurité au travail;
- Comité de relations de travail à la demande.

Nous avons présenté dans le cadre de l'assemblée annuelle de *Planetree Québec* la vidéo *Nous sommes Bourget* qui fait l'éloge de l'engagement de nos employés, de nos familles et de nos partenaires.

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

- Le débridement des plaies; une compétence de l'infirmière à développer;
- Agent multiplicateur glucomètre *Accu-Chek Inform II*;
- Formation PDSB;
- Rectification PDSB;
- Évaluation clinique de la condition physique et mentale;
- Pharmacologie et interactions médicamenteuses;
- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
- Troubles de comportement liés à l'Alzheimer et maladies apparentées.



Au personnel des services auxiliaires, professionnels et cadres :

- Évaluation de l'appréciation;
- *Medisolution version 2013.3*;
- Congrès de la Fédération québécoise du loisir en institution (FQLI);
- Outlook 2013.

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

- Prévention des infections protocole hygiène des mains et mesures de précautions additionnelles;
- Prévention chaleur accablante;
- Prévention des infections, programme de l'intégrité de la peau, prévention des chutes, programme de réduction des contentions et gavage *Jevity*;
- Installation de culotte Tena;
- La grippe saisonnière, le vaccin contre la grippe et rappel sur les précautions additionnelles et les équipements de protection individuelle (ÉPI);
- 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 13 jours;
- Un groupe de 6 stagiaires préposés aux bénéficiaires de l'École des métiers des Faubourgs-de-Montréal a été parmi nous pour un stage d'une dizaine de jours.

Selon la directrice des milieux de stages de l'École des métiers des Faubourgs-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 d'un peu plus de 1% d'utilisation de main-d'œuvre indépendante pour le personnel infirmier et d'assistance, ce qui demeure en deçà de la cible attendue. Toutefois, le temps supplémentaire est à la hausse; la pénurie de main-d'œuvre se fait plus criante dans tous les titres d'emploi liés aux soins et services et nous éprouvons des difficultés de recrutement. Malgré tous les efforts, et après avoir épuisé toutes nos ressources internes, nous n'avons pas d'autre choix, afin de pouvoir offrir les meilleurs services à nos résidents, que de recourir au temps supplémentaire. Il est de plus en plus difficile de prévoir les résultats tout en maintenant et en prévenant les ruptures de services à notre clientèle très dépendante.

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

| Description | Résultats 2017-2018 | Cibles 2014-2015 | Résultats 2016-2017 |
|----------------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| Infirmières | 1.07% | 6.80% | 1.32% |
| Infirmières auxiliaires | 1.50% | 3.04% | 1.05% |
| Préposés aux bénéficiaires | 1.50% | 3.26% | 0.75% |

Pourcentage des heures supplémentaires travaillées

| Description | Résultats 2017-2018 | Cibles 2014-2015 | Résultats 2016-2017 |
|------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| Personnel infirmier | 7.34% | 8.71% | 6.97% |
| Ensemble du personnel réseau | 4.76% | 2.68% | 4.52% |

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

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

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.

ProSanté Inc., dans le cadre de la semaine de la santé au travail, est venu faire une présentation des services qu'il offre aux employés.

Statistiques trimestrielles suivi politique contre la violence et harcèlement au travail

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

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 916 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 s'est accru de 5% par rapport à l'année dernière et a atteint 83.8%. On remarque aussi une augmentation de la couverture vaccinale de 4.6% pour notre personnel pour atteindre 30.4%.

La vaccination pour contrer le pneumocoque chez la clientèle atteint la cible de 80%.

L'établissement a eu un cas de varicelle et deux courts épisodes d'éclosions d'influenza en 2017-2018. La prévention et les interventions selon les meilleures pratiques dès les premiers symptômes auprès d'un résident, d'un membre de famille ou du personnel nous ont permis de limiter la propagation des pathogènes. Aussi, l'encadrement rigoureux auprès des équipes soignantes de même que l'implication et la mobilisation des équipes dans l'application des procédures ont joué un rôle important sur la durée des éclosions.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

De plus, nous avons, par des formations « flash » et rencontres individuelles, informé les familles des mesures additionnelles en place dans le centre durant ces épisodes 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 2017 ; 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, nous avons diffusé le programme des mesures de contrôle mis à jour en 2017. Au cours des deux dernières années nos 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. De plus, dès l'admission d'un résident ou lors de l'embauche de nouveaux employés, la procédure sur les mesures de contrôle établie est bien expliquée afin de minimiser l'utilisation de ces dernières et d'assurer la mise en place de mesures alternatives. Le taux d'utilisation des ridelles est passé de près de 50% (janvier 2014) à 2.9% (mars 2018) et en ce qui concerne les ceintures abdominales, le taux est passé d'environ 64% (janvier 2014) à 16% (mars 2018). Des félicitations ont été faites à toute l'équipe des soins infirmiers.

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.

Une plainte a été acheminée au commissaire local en 2017-2018 et conclue pendant l'exercice et dans les délais prescrits. Deux demandes d'assistance lui ont été adressées ; dans les deux cas le commissaire a conclu que les insatisfactions semblaient plutôt liées à une mécompréhension du rôle du mandataire et à des problèmes de proximité de l'établissement avec la famille.

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 2017-2018, il a rencontré le comité des résidents lors de leur assemblée 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

Rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018

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 cinq 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) et sont inclus au rapport financier annuel 2017-2018 (AS-471). Ce dernier est publié sur le site internet du CHSLD Bourget Inc., conformément aux articles 295 et 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

- États des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2018;
- États de la situation financière au 31 mars 2018;
- Le rapport de l'auditeur (vérificateur externe).

Cependant, nous vous présentons ici la répartition des charges brutes par programmes.

| Programmes | Exercice courant | | Exercice précédent | |
|---|------------------|--------|--------------------|--------|
| | Dépenses | % | Dépenses | % |
| Programmes-services | | | | |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 4 703 456 | 59.41% | 4 358 314 | 57.81% |
| Santé physique | 46 396 | 0.58% | 35 836 | 0.48% |
| Programme de soutien | | | | |
| Administration | 682 038 | 8.62% | 906 228 | 12.02% |
| Soutien aux services | 1 447 127 | 18.28% | 1 240 707 | 16.45% |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 1 037 704 | 13.11% | 998 210 | 13.24% |
| Total | 7 916 721 | | 7 539 295 | |

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

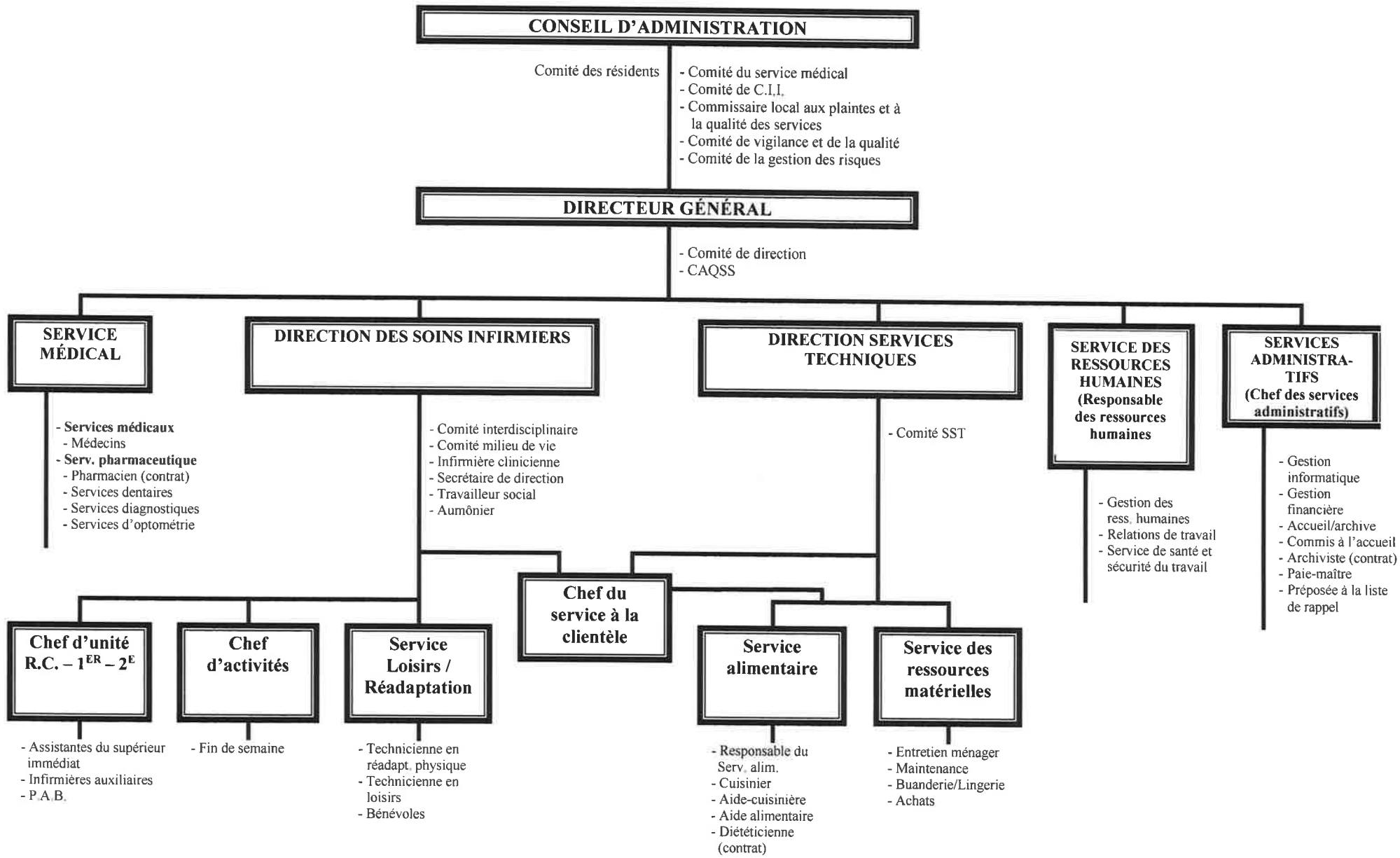
L'établissement a adopté un Code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et dirigeants de façon à éviter tout conflit d'intérêts. Au cours de l'année 2017-2018, il n'y a aucun cas de manquement constaté. Code d'éthique et de déontologie en annexe (4).



Diane Girard,
Directrice générale

ANNEXES

ANNEXE 1



ANNEXE 2

Comité des usagers du CHSLD Bourget Inc.



Rapport d'activités 2017-2018

Identification du comité

Comité des usagers du CHSLD Bourget

11570, rue Notre-Dame Est

Téléphone : (514) 645-1673 poste 229

Courriel : comitédesusagersbourget1@outlook.com

Membres du comité des usagers

| | |
|--|-----------------------|
| | Présidente |
| | Vice-Présidente |
| | Secrétaire-trésorière |
| | Conseiller |
| | Conseillère |
| | Conseillère |
| | Conseillère |

| | | |
|------------------------------|--|----------------|
| Répondant de l'établissement | | (514) 645-1673 |
|------------------------------|--|----------------|

| | | |
|---------------------|---|--|
| Nombre de rencontre | 4 | 25 avril 2017, 16 juin 2017, 5 septembre 2017, 24 janvier 2018 |
|---------------------|---|--|

Priorités et réalisations de l'année 2017-2018

Le comité s'était fixé en début d'année 3 objectifs :

- 1- Informer les usagers sur leurs droits et obligations ;**
- 2- Promouvoir et défendre les droits des usagers dans l'établissement en diffusant et informant les résidents et leurs familles;**
- 3- Participer à l'amélioration de la qualité de vie des usagers en évaluant le degré de satisfaction.**

Pour ce faire, le comité a élaboré un plan d'action.



Informers les usagers sur leurs droits et obligations

- À chaque admission, un membre du comité des usagers se présente au nouveau résident et lui remet de l'information sur le rôle et la fonction du comité des usagers ;
- Kiosque de promotion et d'information des droits fait 3 fois durant l'année. Lors de ces journées, un membre du comité des usagers ainsi qu'un intervenant de l'établissement distribuent de l'information pertinente pour les usagers et leurs proches Les 23 juillet, 23 septembre et 17 décembre 2017;
- Activités sur les droits lors de la semaine des usagers telle la distribution de dépliant, la rencontre d'information sur les droits, le rappel du rôle du comité, etc. ;
- Le comité travaille actuellement à la création d'une vidéo sur le rôle du comité et les droits des usagers et également sur des capsules d'information qui seront disponibles en tout temps. Ces vidéos seront présentées aux résidents dès l'été 2018.

Promouvoir et défendre les droits des usagers dans l'établissement en diffusant et informant les résidents et leurs familles

- Conférences offertes aux résidents, aux familles et aux employés pour informer et sensibiliser sur les différentes problématiques liées à l'hébergement et les droits qui en découlent ;
- Implication des membres du comité dans les activités de l'établissement (fête de Noël, journées thématiques planifiées par le service des loisirs, etc.) ;
- Achats et distribution de matériel promotionnel lors des activités du centre et des journées de promotion des droits, pour publiciser le travail et l'implication du comité.



Participer à l'amélioration de la qualité de vie des usagers en évaluant le degré de satisfaction.

- Implication des membres du comité dans le comité de gestion des risques. Le comité s'impliquera dans les autres comités graduellement sur invitation de l'établissement;
- Représentation auprès de la direction de l'établissement pour des besoins spécifiques (exemple : qualité de la nourriture, situation particulière);
- Participation aux plateformes de discussion avec la direction de l'établissement visant l'amélioration de la qualité de vie (informations sur les travaux à venir, élaboration des menus avec le service alimentaire, participation aux activités de la direction, etc.) ;
- Support téléphonique et sur rendez-vous aux usagers et aux familles afin de répondre aux questions en lien avec les droits.

Assistance et accompagnement effectués par le comité

- Représentation auprès de l'établissement ;
- Rencontre avec les nouveaux résidents et leur famille à l'admission pour expliquer le rôle du comité des usagers.

Formations et conférences suivies par le comité

- Nombre de formations et de conférences : 2 (6 septembre : Des droits pour les usagers ? Mais lesquels ! 15 novembre : Les troubles de comportements liés à l'Alzheimer et maladies apparentées)
- Nombre de membres formés : 3
- Nombres d'heures de formation : 16



Enjeux prioritaire

Le comité a déterminé la priorité suivante pour l'année 2017-2018 :

- Recrutement de nouveaux membres actifs ;
- Remplacement de la présidente sortante ;
- Recrutement d'un coordonnateur de comité. Cette personne extérieure à l'établissement soutient et coordonne le comité dans ses activités.

Activités et projets prévus pour l'an prochain

- Mise en place des vidéos d'information sur les droits des usagers, disponibles en tout temps pour les résidents et les familles ;
- Poursuivre activement la promotion des droits des usagers par des activités stimulantes et représentation de membres du comité lors de diverses activités ;
- Développer de nouveaux outils visuels pour faciliter la promotion des droits des usagers ;
- Augmenter la participation et la publicité du comité des usagers ;
- Poursuivre le recrutement de nouveaux membres pour le comité afin d'assurer une diversité dans les actions, les activités et la promotion des droits.

Nombre d'heures de bénévolat

- Le comité des usagers a effectué environ 142 heures de bénévolat.



Conclusion

Le comité des usagers du CHSLD Bourget prend une place importante auprès des usagers et des familles. La promotion des droits des usagers reste au cœur de nos actions et de nos préoccupations. Le comité dispose d'une excellente relation avec la direction de l'établissement, ce qui permet l'avancé de projets et la participation active dans l'évaluation de la satisfaction de la clientèle. Ce bon fonctionnement profite aux usagers et aux familles et nous permet de bien intervenir en cas de problématiques liées à l'hébergement et au respect des droits des usagers.

Le comité souhaite poursuivre dans cette voie d'ouverture dans la participation active de la vie de l'établissement.

Présidente



ANNEXE - 3A - RAPPORT FINANCIER DES COMITÉS DES USAGERS
ACCOMPAGNANT LA CIRCULAIRE 2016-021 (03.01.53.01)

EXERCICE FINANCIER DE LA PÉRIODE DU : 1^{ER} AVRIL 2017 AU 31 MARS 2018

Une fois ce rapport financier dûment complété, veuillez suivre les modalités indiquées dans l'ANNEXE 1 intitulée «Instructions générales des annexes accompagnant la circulaire 2016-021 ».

| | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------|-----------|
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : | CHSLD Bourget Inc. | NUMÉRO DE PERMIS : | 2953-0060 |
|--------------------------|--------------------|--------------------|-----------|

| | | |
|--|-----|----------|
| SOLDE DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT (Surplus / (Déficit), au début de l'exercice visé) | (a) | 1 752 \$ |
| BUDGET TOTAL ALLOUÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT AU COMITÉ DES USAGERS (Au cours de l'exercice visé) | (b) | 6 000 \$ |
| TOTAL AUTRES MONTANTS REÇUS (Au cours de l'exercice visé) (ex.: SOMMES VERSÉES PAR D'AUTRES CU POUR DES PROJETS COMMUNS) <i>Veuillez préciser en annexe</i> | (c) | |
| DONS (Lorsqu'un don est destiné spécifiquement à un CU, l'établissement doit rendre la totalité de ce montant disponible au CU concerné sans amputer son financement annuel). | (d) | |
| TOTAL DES REVENUS (a)+(b)+(c)+(d)=(e) | (e) | 7 752 \$ |

| | | |
|---|--|--------|
| 1. DÉPENSES GÉNÉRALES | | |
| Soutien professionnel | | |
| Fournitures de bureau (papeterie, photocopies, etc.) | | |
| Publication de documents du comité | | |
| Communications interurbaines | | |
| Frais de recrutement | | |
| Formations des membres du comité | | |
| Colloques, congrès, conférences | | |
| Frais de déplacement, hébergement | | |
| Frais postaux | | |
| Allocation personne-ressource | | 900 \$ |
| Abonnements revues et journaux | | |
| Cotisation à un regroupement représentant les comités d'usagers | | |
| Autres (précisez) : | Regroupement provincial des usagers | 300 \$ |
| Autres (précisez) : | Conseil pour la protection des malades | 300 \$ |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Dépenses spécifiques réalisées avec les dons (d), s'il y a lieu (Veuillez préciser en annexe) | | (f) |

| | | |
|---|----------------------------------|--------|
| 2.A - DÉPENSES SPÉCIFIQUES RELIÉES AU MANDAT DU COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ | | |
| REPRÉSENTATION | | |
| Précisez : | Semaine des droits des résidents | 550 \$ |
| Précisez : | Activité de Noël | 283 \$ |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| COORDINATION | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| HARMONISATION | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |

2.B - DÉPENSES SPÉCIFIQUES RELIÉES AU MANDAT DU COMITÉ DES USAGERS OU DE RÉSIDENTS

RENSEIGNER SUR LES DROITS ET OBLIGATIONS

Publications (dépliants, lettres d'information, etc.)

Activités d'information auprès des usagers et des proches

Déplacement, hébergement

Matériel de promotion (précisez ci-dessous)

| | | |
|---------------------|--|----------|
| Précisez : | Matériel promotionnel et de diffusion | 1 261 \$ |
| Précisez : | Vous avez des droits, prenez votre place! - fondation du barreau | 45 \$ |
| Précisez : | Conception vidéo promotionnelle | 152 \$ |
| Précisez : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |

PROMOUVOIR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE VIE

Publications (dépliants, lettres d'information, etc.)

Activités d'information auprès des usagers et des proches

Matériel de promotion (précisez ci-dessous)

| | | |
|---------------------|----------------------------------|--------|
| Précisez : | Activité de promotion des droits | 344 \$ |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Précisez : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |

ÉVALUER LE DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS

Activités d'évaluation de la satisfaction des usagers

Outils d'évaluation (élaboration d'un questionnaire, sondage, etc.)

Honoraires professionnels

| | | |
|---------------------|--|--|
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |

DÉFENDRE LES DROITS ET LES INTÉRÊTS COLLECTIFS OU INDIVIDUELS

Activités de promotion sur la défense des droits

Honoraires professionnels

| | | |
|---------------------|--|--------|
| Autres (précisez) : | Regroupement des comités des usagers - conférence alzheimer | 862 \$ |
| Autres (précisez) : | Regroupement des comités des usagers - conférence droits des usagers | 862 \$ |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |

ACCOMPAGNER ET ASSISTER DANS TOUTE DÉMARCHE LORS D'UNE PLAINTÉ

Frais de déplacement

Honoraires professionnels

| | | |
|---------------------|--|--|
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |
| Autres (précisez) : | | |

| | | | |
|--|---|------------|-----------------|
| | TOTAL DES DÉPENSES | (g) | 5 859 \$ |
| | SOLDE DES DONS (d)-(f)=(h) | (h) | - \$ |
| | SOLDE AU 31 MARS 2018 (Surplus / (Déficit), à la fin de l'exercice visé) (e)-(g)-(h)=(i) <i>Le solde dans la ligne (i) représente le montant devant être récupéré par l'établissement</i> | (i) | 1 893 \$ |

ANNEXE - 4 - FORMULAIRE DE VALIDATION DES PARAMÈTRES BUDGÉTAIRES DES COMITÉS DES USAGERS
ACCOMPAGNANT LA CIRCULAIRE 2016-021 (03.01.53.01)

EXERCICE FINANCIER DE LA PÉRIODE DU : 1^{ER} AVRIL 2017 AU 31 MARS 2018

Une fois ce formulaire dûment complété, veuillez suivre les modalités indiquées dans l'ANNEXE 1 intitulée « Instructions générales des annexes accompagnants la circulaire 2016-021 ».

| IDENTIFICATION DU COMITÉ DES USAGERS | | | |
|--|--------------------|---|--------------------------------------|
| Nom de l'établissement : CHSLO Bourget Inc. | | | |
| Nom du CISSS ou CIUSSS (le cas échéant) : | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Comité des usagers | <input type="checkbox"/> | Comité des usagers continué |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Comité des usagers du centre intégré |
| Numéro de permis de l'établissement : 2953-0060 | | Nombre total de comité de résidents : 1 | |
| PARAMÈTRES BUDGÉTAIRES | | | MONTANTS (\$) |
| Indiquez le budget annuel alloué par le MSSS à l'établissement pour son comité des usagers au cours de l'exercice visé. | | | 6000,00\$ |
| Indiquez s'il y a lieu, le montant total majoré alloué au comité des usagers pour chacun de son/ses comité(s) de résidents pour la même période. | | | |
| Indiquez le solde (surplus / (déficit)) du comité des usagers à la fin de l'exercice visé. | | | 1893,00\$ |

Toutes les données financières doivent avoir fait l'objet d'une validation auprès du président du comité des usagers de chaque établissement et des directeurs des finances de l'établissement. Leurs signatures respectives sont ainsi exigées.

Nous soussignés, certifions que les renseignements sont exacts et que les données transmises ont été validées.

Monique Labonté - Paquette
Nom du président du comité des usagers :

Monique Labonté - Paquette
Signature :

2018/06/28

Date

Diane Girard, directrice générale
Nom du directeur des finances de l'établissement (ou autorité équivalente) :

Diane Girard
Signature :

2018/06/28
Date

ANNEXE 3

**LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT : CHSLD Bourget inc. 2953-0060
2017/2018**

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

| | 2017-2018 | 2016-2017 |
|---|--------------------------|---------------------------|
| | 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) | 3.34 | 3.22 |
| - 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) | 46 | 43 |
| - Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 31.22 | 31.76 |
| - Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 0 | 0 |
| <u>Les occasionnels</u> : | | |
| - Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice → | 40 563 | 43 555 |
| - Équivalents temps complet (b) → | 22.21 | 23.85 |
| | | |

(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

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 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