Le CHSLD Bourget Inc.

Voir avec les yeux du cœur…

Rapport annuel de gestion

ANNÉE 2019-2020

CHSLD BOURGET INC.

11570, RUE Notre-Dame Est
Montréal (Québec), H1B 2X4

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 12

Réalisations en regard du plan stratégique 12
a) Principales modifications apportées durant l'année 12
b) Enjeux, orientations stratégiques et objectifs du plan stratégique 13
c) Résultats obtenus par rapport aux objectifs priorisés 14
- Suivis des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree 16
- Application de la politique portant sur les soins de fin de vie 20
- Sécurité des soins et services 29
- L'examen des plaintes et la promotion des droits 31
- Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 32

États financiers et analyses des résultats 32

Divulgation des actes répréhensibles 32

Code d'éthique et de déontologie 32

Annexes :

1. Structure organisationnelle
2. Comité des usagers 2019-2020
3. Ressources humaines de l'établissement
4. Bilan du commissaire local aux plaintes
5. Code d'éthique et de déontologie

MESSAGE DES AUTORITÉS

Voir avec les yeux du cœur...

Madame, Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous présenter ce rapport annuel de gestion 2019-2020. 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. Notre centre est agrée par Agrément Canada depuis près de 35 ans; d'ailleurs, lors de la dernière visite en avril 2016, Agrément Canada nous décernait le statut « *agréé avec mention d'honneur* » dans le cadre du Programme d'agrément *Qmentum.*

L'année 2019-2020 marque la fin du plan stratégique 2016-2020 alors que tous les efforts ont été mis de l'avant pour compléter sa mise en œuvre. Mais aussi, celle d'une année de réflexion stratégique en vue de notre nouvelle planification stratégique 2020-2025 où nous avons fait appel aux résidents, leurs familles et notre personnel; une formule gagnante qui traduit bien notre *approche de gestion centrée sur la personne*. Cette nouvelle démarche s'inscrit en continuité avec la planification précédente qui nous a permis de faire vivre au quotidien une culture de qualité et de sécurité de soins et services et d'humanisme aux résidents et leurs familles. Elle nous a aussi permis de faire des avances notables en matière de développement d'un milieu de travail sain et dynamique ainsi qu'en matière de développement durable.

Aussi, au printemps 2019, le Ministère de la santé et des services sociaux autorisait un projet de rénovation longuement souhaité consistant à la modernisation et à l'agrandissement de notre centre permettant l'ajout de chambres individuelles et de la transformation des chambres à occupation multiple en chambres semi-privées. Plusieurs travaux préparatoires nécessaires à la concrétisation de ce projet qui permettra d'offrir à nos résidents, en plus des services de qualité et d'un personnel engagé, des locaux répondant mieux à leurs besoins et à leur sécurité, ont été réalisés au cours de l'année. Cependant, la pandémie mondiale de COVID-19, qui a frappé à nos portes à la fin de l'année, a mis sur pause ce projet. Nous désirons souligner l'engagement, le courage et la solidarité de toute l'équipe devant cette urgence sanitaire.

Toutes ces réalisations n'auraient été possible sans l'engagement et le dévouement des membres du conseil d'administration[(1)], des cadres, du personnel, des médecins, des bénévoles et de nos partenaires. Nous les remercions sincèrement et nous soulignons leur travail et leur implication à la réalisation de la mission de l'établissement.

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 2019-2020 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 2019-2020 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 2020.

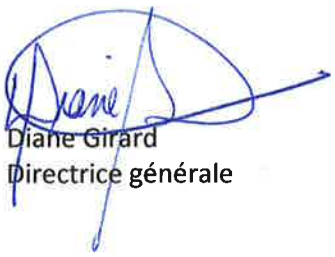
Diane Girard
Directrice générale

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

Des gens de cœur qui accueillent et veillent sur vous; un centre d'hébergement humain et chaleureux, comme chez soi; un environnement qui procure du bien-être et de la sérénité. Dans notre établissement, la direction, les professionnels, les employés, les bénévoles et les familles collaborent tous afin de permettre à nos résidents de garder un sens à la vie.

Notre Mission

Le CHSLD Bourget est un centre d'hébergement, privé conventionné, offrant des soins de longue durée à 70 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, sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Les services sont personnalisés et adaptés aux besoins de chaque résident tout en assurant le respect de leur autonomie, de leur bien-être et de leur dignité.

Notre centre a su orienter ses choix de soins et services en priorisant une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Il se veut un chez soi accueillant où chaque résident et ses proches sont respectés dans leurs valeurs, leurs besoins culturels et spirituels, leurs habitudes de vie, leurs limites et leurs droits. Pour ce faire, nous privilégions la participation des résidents et de leurs proches à l'élaboration des interventions et décisions les concernant. De même, nous favorisons l'implication des bénévoles afin de maintenir le contact avec la communauté.

Nos employés, nos partenaires et nos bénévoles unissent leurs efforts et ont à cœur de placer les résidents en priorité au moment de prendre toutes décisions et d'entreprendre toutes actions.

Nous sommes fiers des fruits de notre expérience et nous voulons poursuivre nos activités afin de donner un sens à la vie à chacun de nos résidents, de leurs proches ainsi qu'à nos employés et de leur permettre de vivre dans un environnement favorisant la communication et l'excellence des soins et services.

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 2020 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 infirmières et infirmiers (CII) et Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
- 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.

Nous avons transmis au Coroner, pour un incident/accident signifié en mars 2019, les informations complémentaires demandées dans le cadre de son investigation. Ce dernier a finalement rendu son rapport d'investigation à la fin décembre 2019 concluant que l'incident/accident survenu n'avait pas contribué au décès du résident.

Le comité de vigilance et de la qualité des services est satisfaits 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 a tenu 5 rencontres en 2019-2020. Il s'est impliqué dans plusieurs activités afin de faire la promotion de celui-ci et de prévaloir les droits et intérêts des usagers auprès des résidents et de leurs proches. Le comité s'était fixé trois (3) objectifs :

1. **Augmenter la visibilité** afin de s'assurer que les résidents, familles et employés connaissent le mandat du comité des usagers;
2. **Augmenter son implication**; assurer la présence du comité des usagers à divers comités organisationnels afin de représenter les résidents et s'engager à informer les résidents et leurs proches sur le travail des comités de l'établissement;

3. **Travail de proximité;** assurer une meilleure accessibilité et une meilleure présence du comité auprès des résidents et leurs proches.

Quelques-unes des réalisations en lien avec les objectifs fixés :

1.1 Kiosques de promotion et d'information des droits des usagers ont eu lieu trois (3) fois cette année;
1.2 Activités sur les droits durant la semaine des usagers; rappel du rôle du comité, distribution de dépliants sur les droits, etc.;
2.1 Implication des membres du comité des usagers qui ont tenu un kiosque d'information durant la semaine des soins et services;
2.2 Implication d'un membre du comité au comité de gestion des risques, au comité de gestion intégrée de la qualité des soins et services, participation active des membres au processus d'agrément;
2.3 Implantation d'une boîte de courrier confidentielle, accessible à tous dans le centre. Élaboration d'un formulaire afin de procéder à une demande d'information confidentielle;
3.1 À chaque admission, un membre du comité des usagers se présente au nouveau résident et lui remet l'information, une pochette de bienvenue, sur le rôle et les fonctions du comité des usagers;
3.2 Informer les usagers et les familles du processus de plainte et présenter les services du commissaire local aux plaintes et à la qualité;
3.3 Support téléphonique afin d'assurer une écoute active aux usagers et aux familles et de répondre aux questions en lien avec leurs droits.

De plus, le comité a eu plusieurs enjeux cette année dont celui de recruter de nouveaux membres afin d'assurer une représentation aux comités du centre, une diversité dans les actions et les activités et la promotion des droits des usagers.

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

c) Comité des infirmières et infirmiers (CII) et Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Le CII-CIIA s'est rencontré à 3 reprises. Principalement, ce comité a travaillé à l'élaboration de l'outil pour effectuer l'exercice de traceurs pour les Normes d'Agrément Canada en prévision de notre visite qui était prévue pour avril 2020.

Des formulaires, registres, algorithmes, programmes de soins, entre autres, ont été présentés et adoptés en cours d'année par le CII-CIIA, dont :

- Plan de réorganisation en personnel restreint (plan de contingence);
- Liste des soins à prioriser en cas de pénurie de personnel;
- La note clinique de l'infirmière clinicienne;
- Lecture du dossier d'admission;
- Registre des réunions interdisciplinaires de l'année;
- Plans de soins individualisés SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence).

d) Comité de la gestion intégrée de la qualité des soins et services

La principale fonction de ce comité où siège plus de 20 membres du personnel est de s'assurer de la mise en œuvre du programme complet et global d'appréciation de la qualité des soins et services. Ce comité préside les comités requis pour favoriser la qualité tels : Le comité de milieu de vie, le comité *Planetree*, le comité d'agrément. Aussi, ce comité participe à la réflexion et à l'élaboration des suivis faits aux différentes instances d'évaluation qui nous visitent. Cette année, ce comité a participé à la réflexion stratégique 2020-2025, à l'analyse des sondages dans le cadre de la visite d'agrément et à l'élaboration du plan d'amélioration donnant suite au rapport de la visite ministérielle.

e) Comité de la gestion des risques

Il y a eu 3 rencontres du comité de gestion des risques au cours de l'année. La présentation du 4e trimestre a été élaborée, mais sera diffusée plus tard compte tenu de la crise de pandémie de COVID-19. Notre comité compte 19 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 évènements 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 SISSS. 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 :

- l'hygiène des mains et lumière ultraviolet ;
- précautions additionnelles ;
- moyens alternatifs à la contention ;
- 5 bons- 2 identifiants lors de la distribution de la médication ;
- Administration des narcotiques.

En 2019-2020, notre centre a déclaré 665 incidents/accidents; le bilan et les principaux facteurs de risque mis en évidence auprès du comité sont :

Bilan des incidents et accidents

Évènements	Nombre 2019-2020	Nombre 2018-2019
Lésions	**229→34%**	**335→47%**
Erreurs de médicaments	**116→18%**	**141→20%**
Chutes	**144→22%**	**138→20%**
Autres	**176→26%**	**93→13%**
Total :	**665**	**707**

Cette année la diminution du nombre de déclarations s'explique principalement par les priorités mises de l'avant au cours de l'année, soit :

- Plusieurs petites formations « flash » pour prévenir les évènements indésirables et leurs conséquences par la mise en place de nouveaux outils de déclaration des lésions (plaies, contusions et blessures);
- Promouvoir la déclaration par l'utilisation adéquate, optimale et uniforme de la pochette de déclaration d'accident/incident;
- L'emphase mise sur la fragilité des téguments afin d'éviter des lésions cutanées en favorisant une approche axée sur les besoins du résident tels : l'hydratation, la mobilisation et l'augmentation des apports nutritionnels;
- La formation et la révision des politiques et procédures sur la gestion et distribution des médicaments;
- Des rappels fréquents sur l'importance des mesures alternatives aux contentions;
- Concernant les rapports d'agressions, incluses dans *autres évènements*, nous avons révisé avec la collaboration des équipes de tous les quarts de travail, la rédaction des plans d'interventions individualisés pour les résidents atteints de SCPD;
- La diffusion des rapports de gestion des risques aux employés, bénévoles et comité des usagers.

Nous vous présentons la répartition des 665 déclarations, par statut de gravité.

CODE DE GRAVITÉ	DESCRIPTION	BILAN 2019-2020
A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'usager.	**126**
B	Un événement indésirable est survenu, mais l'usager n'a pas été touché (échappée belle).	**138**
C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, 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).	**43**
D	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager 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.	**161**
E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).	**188**
E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager 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), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.	**8**
F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement	**1**
G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altérations, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).	**0**
H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager 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'usager et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.	0

Nos priorités 2019-2020. La mise à jour du *Registre de contentions et moyens alternatifs* a permis de mieux cerner la problématique des quasis chutes qui représente 30% des déclarations de chutes. Nous avons effectué des suivis rigoureux, après chacune d'elles, afin de s'assurer de l'application du programme de prévention des chutes et d'apporter les mesures correctives appropriées.

De plus, nous avons fait des rappels aux équipes sur le suivi du programme de marche. Aussi, les efforts de l'équipe interdisciplinaire continuent de se déployer afin de tendre à diminuer les mesures de contrôles telles que demandées dans les orientations ministérielles.

Quant à elles, les erreurs de médicaments sont principalement dues à la catégorie d'erreur « *trouvé* ». L'équipe a travaillé à une capsule vidéo sur les bonnes pratiques à favoriser lors de la distribution des médicaments.

D'autre part, le pourcentage des plaies et contusions est à la baisse. Cette baisse est en partie attribuable à la mise en place d'une évaluation de l'intégrité de la peau systématique lors de l'admission de tous résidents ainsi qu'au déploiement du programme d'intégrité de la peau révisé en cours d'année. Un plan de traitement est mis en place pour chacune des nouvelles plaies observées et est évalué au besoin par l'infirmière clinicienne. Aussi, toutes nos infirmières ont eu une formation en soins de plaies donnée par l'OIIQ. De plus, en interdisciplinarité, l'implication de la nutritionniste et des techniciennes en réadaptation permet une approche globale de toute l'équipe de soins, ce qui donne de meilleurs résultats.

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. La conseillère en prévention des infections s'assure de sensibiliser et 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	2019-2020	2018-2019
Urinaire	35%	29%
Viral	19%	24%
Respiratoire	30%	15%
Conjonctivite	12%	24%
Lésion cutané	4%	8%

Contexte et faits saillants

L'année 2019-2020 aura été marquante à plusieurs égards :

- Au cours de la dernière année, *Planetree Québec* nous a accompagnés dans le cadre de notre démarche de planification stratégique et opérationnelle 2020-2025. Une réflexion permettant de mobiliser le personnel, les résidents, les familles, les bénévoles et partenaires autour d'une vision commune et partagée afin de déterminer notre mission et nos valeurs, nos philosophies d'intervention et de gestion et d'établir les enjeux, les orientations et les objectifs stratégiques qui nous guideront pour les 5 prochaines années. Cette démarche incluait nos deux autres centres, soit le CHSLD Bussey et le Centre Hospitalier St-François;
- Le plan opérationnel 2020-2025 sera communiqué à l'ensemble de notre personnel et partenaires aux cours des prochains mois;
- L'année 2019 fut une année préparatoire à la prochaine visite d'évaluation d'Agrément Canada initialement prévue pour le 20 avril 2020; une activité des plus importantes pour l'ensemble des employés, résidents, familles et partenaires. Cette visite intégra nos deux autres centres, soit le CHSLD Bussey et le CH St-Francois. Cette visite a été reportée en avril 2021 étant donné la pandémie de COVID;
- La 2e édition de la *Semaine des soins et services* en mai 2019, un évènement qui se veut une tribune de partage des bonnes pratiques et de diffusion d'informations offerte au personnel, aux résidents et leurs familles. L'animation des kiosques fut assurée par notre personnel, résidents ou membre du comité des usagers;
- Dans le cadre de notre démarche de développement durable, nous avons obtenu l'attestation *Performance+* ainsi qu'une mention spéciale pour réduction la plus élevée de matière recyclable à la source de *Recyc-Québec;*
- Suite à la réception du rapport de visite d'évaluation de la qualité des milieux, en février 2019, nous avons transmis notre plan d'amélioration donnant suite aux recommandons en avril 2019 ainsi qu'une reddition de compte en novembre 2019;
- Une nouvelle directrice de soins s'est jointe à l'équipe, en septembre 2019, assurant ainsi la continuité dans l'atteinte des objectifs en matière de qualité et de sécurité de soins et services offerts aux résidents;
- Notre participation à des activités visant à tisser et renforcer les liens avec la communauté, entre autres : en participant à des campagnes de sensibilisation qui incitent les familles et les proches à visiter leurs aînés en CHSLD, en accueillant des élèves des écoles primaires et secondaires dans le cadres d'activités thématiques;
- Finalement, la direction, les gestionnaires, les employés, les résidents, les familles et partenaires ont été grandement sollicités et mobilisés à se préparer aux éclosions de COVID.

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 :

- Élaboration d'un protocole de personnel restreint (plan de contingence) afin de prévoir l'organisation des équipes de travail lors de pénurie de main-d'œuvre;

- Consolider la formation et l'implantation du projet de préposé accompagnateur tel que préconisé par les orientations ministérielles;
- Dans le cadre de notre démarche de développement durable, diffuser la politique d'achat responsable visant principalement à promouvoir la consommation responsable en appliquant les 4 RV (repenser, réutiliser, recycler et valoriser) dans l'achat et l'utilisation des différents produits;
- La révision du Programme de fin de vie en intégrant les recommandations ministérielles, soit inclure par écrit notre pratique de rencontre interdisciplinaire en soins de fin de vie avec la famille et ajouter la notion d'offrir du soutien aux bénévoles et membres du personnel qui accompagnent nos résidents et familles lors de cette dernière étape de la vie;
- En prévision de la visite d'Agrément nous avons révisé de nombreux documents organisationnels et administrés les sondages sur la culture de sécurité, le sondage *Pulse* sur la qualité de vie au travail ainsi que le sondage expérience client;
- L'ajout de nouveaux bains thérapeutiques sons et lumières visant à assurer la sécurité et le confort des résidents.

Les caractéristiques de notre clientèle

Statistiques

	2019-2020	***2018-2019***	***2017-2018***
Taux d'occupation	98.92%	98.83%	98.24%
Nombre d'admissions	29	32	35
Nombre de départs	28	32	46
Séjour moyen	1210	548	1 001
Âge moyen de la clientèle	86	85	85

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

Au cours de la dernière année nous avons finalisé le bilan des activités prévues à la planification stratégique 2016-2020. Une année charnière à la préparation et à l'élaboration de notre planification 2020-2025. Ce faisant, la direction générale a priorisé la poursuite des activités suivantes :

- Assurer le suivi des recommandations émises par les différentes instances et assurer l'atteinte des résultats attendus;
- Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services où l'humanisme prime. Le programme intégré de l'amélioration continue de la qualité a été revu en ce sens;
- Assurer une culture d'amélioration continue de la sécurité à tous les niveaux de l'organisation avec la participation des résidents, des familles et partenaires.

Nous vous présentons ici, pour cette dernière année du plan stratégique 2016-2020, les enjeux, les orientations stratégiques et les principaux objectifs généraux qui furent 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 évènements 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 2019-2020

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.***

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

- ➢ Une démarche intégrée des trois centres en vue du prochain Agrément prévu en avril 2020;

- Une démarche intégrée pour la réflexion stratégique menant à l'élaboration de notre plan stratégique 2020-2025 des trois centres ;
- La participation de la DSI de Bourget sur le comité Pharmaco Nursing du CHSLD Bussey de même que la PCI du CHSLD Bourget sur le comité de Prévention des infections du CHSLD Bussey;
- Fusion des Politiques et procédures de la pharmacie des CHSLD Bourget et Bussey puisqu'ils ont la même officine de pharmacie externe;
- Uniformiser les calendriers d'audits PCI;
- Développement et partage du programme PAB accompagnateur;
- 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 approvisionnement

- Nous nous sommes assurés que notre processus d'achat de fournitures soit efficace et à 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 4 fois au cours de l'année;
- Le registre local informatique est bien en place;
- La migration à Windows 10 pour tous les ordinateurs;
- 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 toujours en place et 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

Au cours de la dernière année nous avons finalisé le bilan des activités prévues à la planification stratégique 2016-2020.

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

Visite ministérielle

Les 5 et 6 novembre 2018, nous avons eu une visite ministérielle. Cette visite s'est déroulée sur une journée et demie et s'inscrivait dans le 3e cycle des visites ministérielles. La dernière visite au CHSLD Bourget remontait à novembre 2015.

Lors de cette visite, l'évaluatrice soulignait :

- La qualité des plans d'intervention; il y a l'implication de tous, les outils permettent une belle préparation;
- SCPD, les grilles d'intervention et les suivis sont à la hauteur des attentes du ministère;
- L'ouverture envers la communauté;
- Des lieux très propres et bien entretenus et une belle harmonie des chambres;
- Les droits des résidents sont respectés, il y a une belle promotion et implication du comité des usagers;
- Le personnel est sensibilisé à la bientraitance et il y a de belles formations.

Nous avons reçu le rapport du ministère le 26 février 2019. Un plan d'amélioration a été élaboré pour donner suite aux 12 recommandations formulées dans ce rapport de visite ministérielle et transmis au ministère le 26 avril 2019. Aussi, une première reddition de compte a été acheminée le 8 novembre 2019; 25 % des recommandations sont pleinement réalisées alors que 75 % d'entre elles sont en voie de réalisation. Le rapport et le 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% et pour une deuxième fois consécutive le statut ***d'agréé 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 :

- 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 présents.

Vous pourrez consulter le rapport de cette visite d'évaluation sur notre site web.
Découlant de ce rapport, Agrément Canda nous invitait à mieux définir la participation du résident et de ses proches à son plan d'intervention et aux interventions qui le concerne. Au cours des dernières années nous avons ajouté, lors de la mise à jour de divers programmes, le rôle attendu du résident et ses proches afin d'optimiser leur participation aux rencontres interdisciplinaires et à l'élaboration de son plan d'intervention ou encore lors de rencontres en fin de vie. Par ailleurs, des membres du comité des usagers participent à divers comités organisationnels et peuvent ainsi prendre part aux discussions et aux prises de décision dans divers projets organisationnels entre autres : comité intégré de la qualité, semaine des soins et services, réflexion stratégique, comité de gestion des risques.

Depuis février 2019, le comité de direction s'est rencontré afin de définir un plan d'action pour tout mettre en œuvre et prioriser les actions à prendre en vue de la prochaine visite qui devait se tenir en avril 2020.

Planetree

Dès la planification stratégique 2010-2015, nous avions 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. *Planetree* propose un cadre intégrateur aux initiatives d'amélioration de la santé et du mieux-être du personnel et de la clientèle par un enracinement quotidien des valeurs et la création d'un milieu de travail cohérent qui agit sur la mobilisation et l'engagement; des valeurs chères à nos trois centres. 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 la dernière année nous avons eu des activités misant sur la création d'un milieu de travail de qualité notamment :

- L'intégration de nos employés résidents et familles dans notre démarche de réflexion stratégique sous le thème, *consulter/impliquer/construire ensemble* souligne l'importance que nous accordons à la leur participation au devenir organisationnel de nos trois centres;
- Aussi, la 2e édition de la semaine des soins avec comme objectif, en plus d'être une tribune pour échanger entre collègues, de favoriser le plaisir et le bien-être au travail. Des séances de massothérapies ont été offertes au personnel durant cet évènement.

Nous sommes fiers de l'ensemble de ces résultats qui démontrent la mobilisation et l'engagement remarquables 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

Tout au long de l'année 2019-2020, la direction des soins a entretenu une collaboration serrée avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, principalement 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.

Amélioration continue de la qualité

La directrice de soins assiste régulièrement aux rencontres organisées par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Les derniers rassemblements ont permis un partage d'information concernant les attentes ministérielles en regard du milieu de vie, les consignes sanitaires en Prévention des infections et les modalités d'application du Programme Bucco-dentaire. Nouvellement arrivée, la directrice des soins a pu constater que l'équipe des soins, en se préparant pour la visite d'agrément, assure avec rigueur une prestation de soins et services sécuritaires selon les normes d'Agrément Canada, mais aussi du ministère des soins et services sociaux, de la santé publique et du réseau *Planetree Québec*. Elle souligne dans son rapport annuel que son personnel est présent, chaleureux, dégage énormément d'empathie et offre des soins personnalisés.

Constat de décès à distance

L'élaboration d'une politique de la *Contribution de l'infirmière au constat de décès à distance* a été effectuée en collaboration avec la direction générale et le responsable des services professionnels en mars 2017 puis mise à jour en novembre 2017. Cette politique a pour objectif d'optimiser la prestation de service et d'assurer l'efficience des interventions et du suivi requis auprès des familles et des proches. Cette approche permet d'initier une réflexion sur un projet novateur en lien avec la contribution de l'infirmière. Au cours de l'année 2019-2020, il y a eu 13 constats de décès à distance.

Service à la clientèle

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 font appel à elle pour toute situation préoccupante, questionnements ou autres.

La collecte de données *Histoire de vie* fait lors de l'admission favorise l'intégration du résident et de ses proches au centre. 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.

Un soutien à l'hébergement est offert aux résidents et aux familles, que ce soit par rencontre individuelle, par courriel ou par téléphone. Cette année, c'est 1321 interventions qui ont été faites.

Au 31 mars 2020 nous avions 70 résidents; les profils ISO-SMAF des 29 nouveaux résidents se répartissent de la façon suivante :

Profil 5	**0**
Profil 8	**0**
Profil 9	**2**
Profil 10	**2**
Profil 11	**5**
Profil 12	**7**
Profil 13	**12**
Profil 14	**1**
Sans profil	**0**

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; ils participent à l'élaboration et à la révision de leur plan d'intervention.

- 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 réviser les objectifs en lien avec le plan d'intervention individuel et de l'ajuster aux besoins du résident selon sa condition actuelle;
- La rencontre de fin de vie a pour but d'établir un plan d'intervention individualisé pour assurer le meilleur accompagnement possible pour le résident et ses proches en priorisant le confort;
- 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	Rencontre interdisciplinaire fin de vie	Rencontres interdisciplinaires restreintes
27	**49**	**5**	**10**
Total des rencontres interdisciplinaires			**91**

Semaine des soins et services

Nous avons renouvelé en mai 2019 pour une 2e édition ***La semaine des soins et services*** qui a pour but de promouvoir les meilleures pratiques en soins infirmiers et de donner une visibilité aux différents services offerts au CHSLD Bourget.

Le thème principal pour cette édition fut d'exposer le rôle et les actions des divers intervenants. Le concept étant de présenter de 2 à 3 kiosques par jour, pour un total de 12 kiosques durant une semaine. Notre public cible était composé du personnel, des résidents et de leurs familles, des bénévoles ainsi que des membres partenaires.

Les retombées de cette deuxième édition sont forts intéressantes. En effet, expliquer le rôle des divers intervenants gravitant autour des soins et services offerts aux résidents et leurs proches a permis de mettre en lumière l'importance de tous. La compréhension du rôle de chacun permet de constater la complémentarité de toute l'équipe de travail et que sans les uns et les autres, les résidents ne bénéficieraient pas d'aussi bons soins et services. Il va s'en dire que l'une de nos valeurs ***L'engagement*** – ***ensemble pour aller plus loin*** prend ici tout son sens.

Dans le cadre de la Semaine de soins, nous avons aussi tenu 3 rencontres de résidents/familles sur trois jours. Les thèmes abordés :

- La nutrition et les services sociaux;
- Les loisirs et le Comité des usagers;
- Le rôle des soins infirmiers.

L'engagement de tous a fait de cette semaine des soins et services un franc succès.

Accompagnement de fin de vie

- Au cours de l'année, nous avons accompagné 19 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 2019-2020 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 de répondre efficacement à l'évolution de la clientèle et de continuer à offrir, comme par le passé, des activités répondant aux besoins de tout un chacun. Nous avons pu combler le poste de moniteur en loisirs, vacant depuis plusieurs mois. Durant cette période, nous avons pu compter sur le support d'une ressource externe pour l'ensemble des démarches nécessaires à l'autofinancement des activités de loisirs.
Heureusement, l'organisation de la gestion et de l'opération du service revue l'année dernière nous a permis de maintenir des activités diversifiées et adaptées qui animent le quotidien de nos résidents :

- Activités effectuées par plusieurs intervenants externes;
- Participation des bénévoles pour les activités de grands groupes;
- Augmentation de l'accessibilité du matériel d'activités de loisirs dédié aux unités de soins.

Une programmation artistique et récréative est établie mensuellement et en fonction des capacités et des goûts des résidents. Pour ce faire, un sondage est fait deux fois par année pour mieux cibler les besoins et les désirs de la clientèle. 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 : les clowns thérapeutiques, *Musique d'autrefois* musicothérapie, jardin thérapeutique, zoothérapie, yoga adapté et atelier de relaxation pour la personne âgée. Nouveauté cette année, des sorties personnalisées qui permettent à certains résidents qui n'apprécient pas d'être en groupe, d'aller individuellement à l'endroit désiré.

Nous désirons aussi remercier la Fondation Laure-Gaudreault qui nous a remis une subvention; nous avons consacré cette somme à différents projets et activités de loisirs visant le mieux-être de nos résidents tels le yoga adapté et la zoothérapie.

Finalement, soulignons que l'équipe des loisirs s'est grandement impliquée, compte tenu de la fermeture du centre aux bénévoles et intervenants externes en raison de la COVID, à la planification des conférences téléphoniques avec les familles via différents moyens de communications.

Les bénévoles

Pour l'année 2019-2020, le Comité des bénévoles a présenté et obtenu une subvention dans le cadre du *Programme Placement Carrière été 2019*. Cette subvention gouvernementale nous a permis d'obtenir la collaboration de deux (2) étudiants à temps plein pour 10 semaines.

De plus, une dizaine de 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

Quant à lui, le service en réadaptation s'assure, dès l'admission, ou encore en période post-chute, lors de rencontres interdisciplinaires ou lors d'observation de tout changement de l'état de santé, 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 131 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 57 résidents ont pu bénéficier de ce programme. Ce programme permet le maintien de l'autonomie et l'amélioration de l'estime de soi. Rappelons que ce programme est fait conjointement avec le personnel des soins infirmiers;

- Formation et enseignement auprès du personnel sur l'utilisation adéquate des appareils de mobilité, l'installation de la contention Pinel, le positionnement à la base roulante, le programme de marche, etc.;
- 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, 27 résidents ont pu bénéficier de 4 cliniques de positionnements. Aussi, le service de réadaptation participe et collabore à de nombreuses rencontres et comités dont le comité de gestion des risques, le comité de gestion intégrée de la qualité et les rencontres interdisciplinaires.

D'autre part, l'impact de la pandémie et du confinement s'est fait ressentir dès la fin mars sur les résidents; en effet, nous avons constaté un amaigrissement et une perte de masse musculaire. Nous réfléchissons à des moyens pouvant ralentir ce processus, en prévision d'une 2e vague, comme des activités de marche dans l'espace qu'ils ont (intérieur de leur chambre) et de la mobilisation active-passive.

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, les programmes ont été révisés en tenant compte des engagements écoresponsables de l'organisation, tout en respectant les mesures de prévention et de contrôle des infections.

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.

Des audits sur les produits dangereux bien rangés ont été faits en cours d'année ; nous avons constaté que ces derniers sont rangés de façon sécuritaire. Aussi, des audits « High et Low touch » sont fait 3 fois par année. Cet audit permet de voir que l'entretien des chambres et toilettes attenantes se fait de façon rigoureuse ; cela prévient la propagation des infections tout en assurant le bien-être de notre clientèle.

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.

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.

La nutritionniste assure l'évaluation de l'alimentation des résidents, l'équilibre des menus proposés et la prescription de suppléments alimentaires. Cette dernière a développé des liens avec les membres des équipes de soins, elle est très visible et accessible, le personnel n'hésite pas à l'interpeller directement et les problèmes de dysphagie et de dénutrition se règlent à mesure.

D'autre part, un schéma décisionnel d'appel au service alimentaire permet de bien définir les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe de soins, lorsque la nutritionniste n'est pas au centre, afin de communiquer des informations au service alimentaire, entre autres : aversions, modifier une diète, changer la texture de aliments et liquides, donner, cesser ou augmenter un supplément alimentaire, etc.

D'autre part, la nutritionniste a offert quelques formations aux membres du personnel, aux bénévoles et aux familles au sujet du nouveau guide alimentaire canadien et sur les différentes textures de nourriture.

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 des activités de cuisine, du dîner du Noël des résidents, à l'heure de l'apéro, pique-nique, BBQ, et lors d'activités de reconnaissance du personnel.

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.*

En vue d'offrir un milieu de vie agréable pour les résidents, une planification des travaux de peinture ou de rénovation est instaurée annuellement. Aussi cette année, le programme d'entretien préventif des équipements a été révisé en tenant compte de nos engagements en matière de développement durable.

Le plan d'urgence a été revu en consultant des instances telles la Ville de Montréal et le CIUSSS afin d'assurer une cohérence entre notre plan et les interventions externes en cas de code. Aussi, le comité des mesures d'urgence est désormais fusionné avec le comité de gestion des risques facilitant ainsi la tenue de rencontres et une meilleure diffusion des travaux du comité des mesures d'urgence. Les actions posées et les résultats attendus ont donc été présentés au comité lors du 3e et 4e trimestre de cette année. Des exercices pratiques d'évacuation en cas d'incendie ont été faits et un PowerPoint portant sur les rôles des intervenants en cas de mesures d'urgence a été présenté aux membres du comité de gestion des risques ainsi qu'aux membres du comité de gestion intégrée de la qualité des soins et services. Aussi, des quiz mesurant les connaissances acquises sur les codes d'urgence ont été faits en cours d'année. 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 activités ont été faites 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 ainsi que 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;
- ✓ Roue de positionnement;
- ✓ Administration des narcotiques;
- ✓ Les épisodes d'activité repas et bon positionnement lors du repas;
- ✓ Épisodes de soins et de services;
- ✓ Précautions additionnelles;
- ✓ Médicaments de niveau d'alerte élevé;
- ✓ Dossier admission;
- ✓ Produit dangereux;
- ✓ 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

L'année a débutée avec l'attente de la décision de ***Recyc-Québec*** quant à la certification qui nous serait attribuée suite au dépôt de notre demande de certification à la fin mars 2019. Nous rappelons qu'un comité de développement durable a débuté ses activités en janvier 2017. Au cours des trois dernières années nous avons œuvré à la mise en place d'une culture de développement durable dans tous nos services.

En mai 2019, ***Recyc-Québec*** nous attribuait une certification ***Performance Plus***. Lors de la cérémonie *Tournée Or+,* nous avons eu la surprise de nous voir aussi attribuer une *mention spéciale de réduction à la source*, soulignant la diminution du suremballage et la réduction de notre consommation en repensant nos mécanisme de consommation.

Les principales activités réalisées au cours de l'année 2019-2020 :

- La promotion de la certification auprès du personnel en soulignant le formidable travail du comité de développement durable ;
- La valorisation et l'encouragement aux pratiques de développement durable;
- L'amélioration des mécanismes de récupération en place;
- Évaluer le résultat des projets et en faire une reddition de comptes.

Depuis plus de deux ans déjà, la collecte de résidus alimentaires fait maintenant partie intégrante des bonnes pratiques de l'établissement.

Nos principaux objectifs pour cette année 2019-2020 :

1. Évaluer la consommation des matières recyclables et diminuer considérablement l'utilisation de produits qui ne sont pas écoresponsables.
2. Diffuser la politique d'approvisionnement responsable en sollicitant tous les services à appliquer les 4RV (repenser, réutiliser, recycler et valoriser) dans leurs achats et l'utilisation des différents produits. La politique met l'emphase sur les innovations suivantes :
    - Éliminer des produits suremballés au service alimentaire;
    - Bannir la styromousse dans l'ensemble des services;
    - Opter pour des produits d'entretien ménager plus écologiques;
    - Favoriser les fournisseurs ayant un des comportements responsables;
    - Favoriser la récupération et la réutilisation de notre matériel (donner une deuxième vie).
3. Changer le mode de préparation des repas. En finalisant la transition vers des pratiques de développement durable nous avons réduit de moitié la consommation d'énergie attribuable à la préparation des repas. Nouveauté cette année, la mise en place d'une table de service permet une préparation des déjeuners sur l'unité ce qui améliore l'expérience repas pour les résidents tout en réduisant considérablement le gaspillage alimentaire et l'utilisation de la vaisselle.

➢ Tirer parti de notre environnement extérieur exceptionnel

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 sincèrement à les remercier; 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 :

- Participation des employés au processus de réflexion stratégique;
- Tenue de journées et d'activités de reconnaissance du personnel (25 années de service, départ à la retraite);
- 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 du travail à la demande.

Aussi, 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

- La vaccination contre la grippe saisonnière;
- Essentiel des soins de plaies; pour un traitement approprié;
- Alzheimer et troubles cognitifs;
- SPFV (soins palliatifs et de fin de vie);
- Séminaire *Planetree volet 2;*
- Les règles de civilité en milieu de travail;
- l'ASSTSAS – formateur PDSB (principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires);
- Physiothérapie 360;
- Formation PDSB.

Au personnel des services auxiliaires, professionnels et cadres *:*

- Formation des formateurs en hygiène et salubrité alimentaires (MAPAQ);
- SIMDUT formation de formateur;
- Les règles de civilité en milieu de travail;
- Le développement durable;
- Séminaire *Planetree volet 2.*

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

- Renforcement des bonnes pratiques en PCI (prévention et contrôle des infections);
- Symptômes d'allures grippales (SAG)- PCI et lavage des mains;
- Prévention des infections protocole hygiène des mains et mesures de précautions additionnelles;
- Exposition accidentelle au sang et autres fluides;
- PAB Accompagnateur;
- Ceinture Ségufix et surveillance de la ceinture Ségufix;
- Capsule PDSB ;
- Intégrité de la peau;
- Alimentation et le bon positionnement des résidents;

- Semaine des soins – volets : nutrition, travail social, PDSB, réadaptation physique, loisirs, comité des usagers, services techniques, équipe des soins infirmiers;
- Les mesures de contrôle; prévention des chutes et réduction des contentions;
- Prévention éclosion et lavage des mains;
- Programme de prévention du suicide;
- Programmes d'intégrité de la peau;
- La contribution de l'infirmière au constat de décès à distance;
- Le programme d'accueil;
- 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 nous avons poursuivi notre collaboration de stage avec l'université McGill. Une étudiante de 2e année du Baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal était parmi nous au printemps 2019. La durée était de 16 jours. La stagiaire a terminé son perfectionnement en milieu de soins avec une présentation faisant état de ses activités sur les mesures de contrôle durant son stage.

Une belle collaboration avec cette maison d'enseignement universitaire et un échange d'expertise entre l'étudiante et la perceptrice de notre centre.

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. Un suivi de la gestion clinico-administrative est réalisé selon les besoins, soit par le biais d'expertises médicales, de recours aux arbitrages médicaux, de démarches d'accommodement et de contestations à la Commission des Lésions Professionnelles afin de minimiser le temps d'absence de nos employés.

Le Plan de personnel restreint (plan de contingence) élaboré avec la participation des intervenants a permis de bien cibler les activités à prioriser et de prévoir l'organisation du travail lors de pénurie de main-d'œuvre.

Nous avons pu, dès le 18 mars, avec le dépôt de l'arrêté ministériel, compter sur la collaboration de notre partenaire syndical afin de discuter de l'application de nouvelles mesures aidant la présence au travail en situation de pandémie dont : le report de congés fériés, report ou paiement de vacances, augmentation de la disponibilité, embauche d'employés temporaires, aménagement du temps de travail, retour au travail d'employés en congé à traitement différé, etc.

D'autre part, 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.

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

Description	Résultats 2019-2020	Cibles 2014-2015	Résultats 2018-2019
Infirmières	0.79%	6.80%	0.13%
Infirmières auxiliaires	0.40%	3.04%	1.20%
Préposés aux bénéficiaires	3.05%	3.26%	3.90%

Toutefois, le temps supplémentaire est à la hausse pour notre personnel de soins infirmiers; la pénurie de main-d'œuvre actuelle a fait en sorte que nous avons eu recours au temps supplémentaire pour pallier au remplacement d'employés en absence longue durée. Pour tous nos titres d'emploi en soins infirmiers nous éprouvons des difficultés de recrutement de candidats qui ont les qualités requises pour œuvrer auprès de notre clientèle vulnérable. Malgré tous les efforts, et après avoir épuisé toutes nous ressources internes, nous n'avons pas d'autre choix 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 supplémentaires travaillées

Description	Résultats 2019-2020	Cibles 2014-2015	Résultats 2018-2019
Personnel infirmier	12.27%	8.71%	8.56%
Ensemble du personnel réseau	5.02%	2.68%	6.63%

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 *Morneau Shepell 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.

Aussi, dès la mi-mars, avec l'annonce de la COVID entrainant la fermeture des CHSLD, différents services d'aide psychologiques aux employés ont été déployés dont :

- Des capsules d'information sur l'anxiété au travail via le site de l'ASSTASS;
- Des lignes de discussion offertes par notre PAE;
- Un soutien psychologique offert par l'équipe d'intervention individuelle du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

La politique de harcèlement et violence en milieu de travail a été revue en mai 2019 et diffusé à l'ensemble du personnel. De plus, en décembre 2019, nous avons effectué un sondage auprès de nos employés afin d'évaluer les risques de violence et de harcèlement dans le milieu de travail. Il en ressort que 91% des employés connaissent notre politique en prévention de la violence et du harcèlement, 83% du personnel sait qu'il peut porter plainte et 79% connait la procédure à suivre s'il est témoin ou victime.

Aucune plainte reçue cette année en regard de violence ou de harcèlement dans le cadre du milieu de travail.

Statistiques trimestrielles suivi politique contre la violence et harcèlement au travail

Trimestre	Plainte reçue
1er trimestre	0
2e trimestre	0
3e trimestre	0
4e trimestre	0

Bien que nous ayons aucune plainte, nous accordons beaucoup d'attention à ces situations et nous nous assurons que notre personnel connaît bien nos attentes qu'en à la prévention de la violence et du harcèlement au travail; les résultats de notre sondage démontrent que notre personnel connaît la procédure à suivre s'il est témoin ou victime de violence ou de harcèlement au travail. Aussi, un dépliant pour comprendre et prévenir le harcèlement et la violence en milieu du travail est remis à chaque nouvel employé.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES DE LA QUALITÉ

Sécurité des soins et services et prévention des infections

Un total de 665 incidents/accidents a été déclaré et diffusé cette année. Le maintien du nombre de déclarations est principalement dû 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.

Deux campagnes portant sur le lavage des mains ont également été effectuées, une à l'automne 2019 et une au début du mois de mars 2020. De la formation « flash » a été offerte aux services des soins infirmiers ainsi qu'aux services techniques sur le lavage des mains ainsi que des audits sur les techniques d'hygiène des mains avec lumière ultraviolet. Cette technique permet de visualiser et démontrer qu'un lavage mal effectué laisse beaucoup de résidus sur les mains.

Au cours du mois d'octobre avait lieu notre campagne de sensibilisation sur la vaccination saisonnière. Le taux de vaccination de nos résidents, légèrement supérieur à l'année dernière, a atteint 84.29%. On remarque aussi un maintien de la couverture vaccinale de notre personnel qui atteint 30%.

La vaccination pour contrer le pneumocoque chez la clientèle atteint 74.29%.

L'établissement n'a pas eu d'épisode d'éclosion de gastro-entérite ou d'influenza en 2019-2020. La prévention et les interventions selon les meilleurs pratiques dès les premiers symptômes auprès d'un résident, d'un membre de famille ou du personnel nous ont permis de limiter la propagation de ce type de pathogènes. Aussi, l'encadrement rigoureux auprès des équipes soignantes de même que l'implication et la mobilisation des équipes dans l'application des procédures y ont joué un rôle important.

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 auprès des résidents et des familles aux différents moyens pour prévenir les infections a aussi été tenue en décembre 2019; 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.

D'autre part, à la mi-mars le ministère a décrété pour cause de pandémie de COVID la fermeture des CHSLD à tous proches aidants, aux visiteurs et fournisseurs externes. Des mesures d'isolement et de confinement ont été mises en place pour les résidents. Plusieurs mesures de préventions des infections et de diminution des risques de propagation du virus ont été mises en place telles que : prise de température de tous nos employés à leur arrivée au centre, port des équipements de protection individuelle, la mise en quarantaine de tout équipement et matériel provenant de l'extérieur. L'éclosion de COVID s'est manifestée auprès de notre clientèle et notre personnel au cours des derniers jours du mois de mars.

Les mesures de contrôle et d'isolement

Au cours des dernières années, un travail de collaboration entre le service des soins infirmiers et le service de réadaptation dans l'élaboration de nouveaux outils et la mise à jour du programme de réduction des moyens de contention a permis de réduire de façon substantielle les mesures de contrôle utilisées dans le centre. Aussi la formation de nos infirmières à titre de formateur en matière de réduction des mesures de contrôle auprès de nos équipes de soins 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.

Nouveauté cette année, dans le cadre de notre *Programme de réduction des moyens de contention*, lors de la mise à jour du *registre des contentions et mesures alternatives* l'assistante du supérieur immédiat et la technicienne en réadaptation utilisent une fiche comportementale sur 7 jours précédant la date de mise à jour du renouvellement d'une contention, afin d'évaluer si la mesure est toujours de mise. Ce faisant, nous avons observé une diminution des mesures de contrôle pour l'année 2019-2020.

Diminution des mesures de contrôle

Trimestres	2019-2020	2018-2019
1er	**7%**	10%
2e	**8.5%**	12%
3e	**6%**	13%
4e	**6%**	10%

Des félicitations ont été faites à toute l'équipe des soins infirmiers et au service de réadaptation.

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 via l'application du système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services dit SIGPAQS. De plus, il a fait son rapport au comité de vigilance dont il est membre.

Une plainte verbale a été acheminée au commissaire local en 2019-2020, celle-ci a été conclue durant l'exercice et à l'intérieur du délai de 45 jours prescrit par la loi. La plainte portait sur une problématique de communication avec un intervenant. Les vérifications requises auprès de la direction ont permis d'apporter à la famille les réponses attendues et de faire un rappel à l'intervenant concerné. Aussi, une demande d'assistance provenant d'un membre de famille a été adressée au commissaire local concernant une demande de transfert. Les vérifications requises auprès du mécanisme d'accès à l'hébergement a permis de transmettre les informations à la famille.

Au cours de l'année 2019-2020, le commissaire est venu visiter les résidents et a rencontré les membres du comité des résidents lors de leur assemblée annuelle. D'autre part, 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.

L'application de la procédure d'examen des plaintes est largement diffusée dans notre centre ; l'information de même que le formulaire de plainte, sont inclus dans le guide d'accueil et remis à la famille dès la première rencontre lors de l'admission du résident.

Aussi, aucune plainte, rapport ou recommandation n'a été fait auprès du médecin examinateur.

Depuis mai 2017, le commissaire local aux plaintes et à la qualité est aussi responsable de traiter toutes les divulgations de situation de maltraitance. Au cours du dernier exercice, aucune plainte ou signalement, conformément à la Loi visant à contrer la maltraitance envers les aînés, n'a été reçu par le 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 »*. Vous trouverez en annexe (4) le bilan du commissaire.

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 des Service sociaux (MSSS) et sont inclus au rapport financier annuel 2019-2020 (AS-471). Ce dernier est publié sur le site internet du ministère et 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 2020;
- États de la situation financière au 31 mars 2020;
- 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	5 134 682	60.22%	4 709 636	57.32%
Santé physique	44 021	0.52%	47 900	0.58%
Programme de soutien				
Administration	756 007	8.86%	661 890	8.06%
Soutien aux services	1 498 379	17.57%	1 433 999	17.45%
Gestion des bâtiments et des équipements	1 093 673	12.83%	1 362 598	16.59%
Total	**8 526 762**		**8 216 023**	

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

- Au cours de l'année 2019-2020 aucune divulgation reçue par le responsable du suivi des divulgations.

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 2019-2020, il n'y a aucun cas de manquement constaté. Code d'éthique et de déontologie en annexe (5).

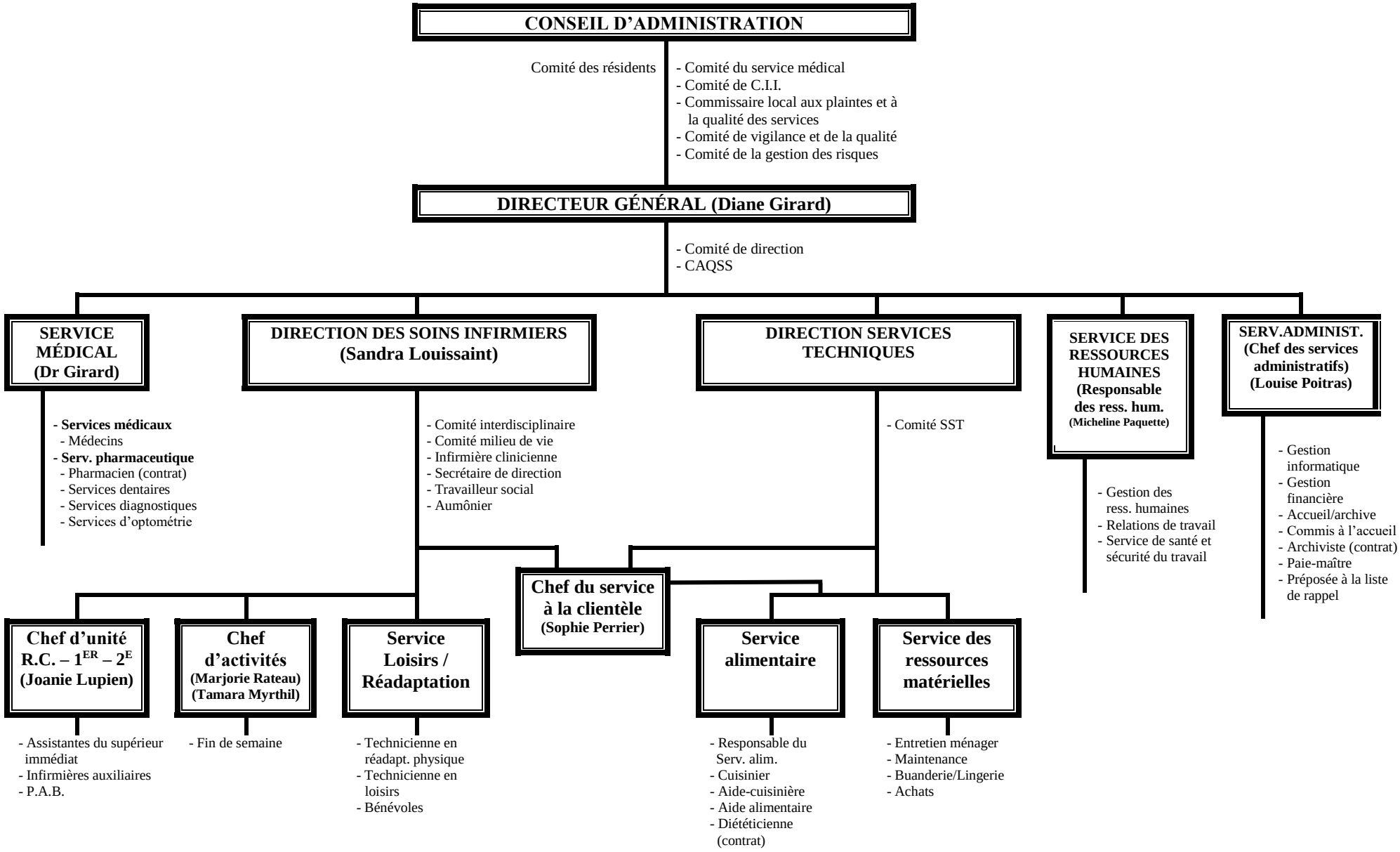
Diane Girard
Directrice générale

ANNEXES

ANNEXES 1

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

BOURGET inc.



ANNEXES 2

Comité des usagers du CHSLD Bourget Inc.

Rapport d'activités 2019-2020

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

	Président
	Vice-Présidente
	Secrétaire-trésorière
	Conseillère
	Conseillère
	Conseillère
	Conseillère
	Conseiller

Répondant de l'établissement	Sophie Perrier	(514) 645-1673 poste 212 sophie.perrier.bour@ssss.gouv.qc.ca
Coordonnatrice des activités du comité		

Nombres de rencontres	5	18 avril 2019, 10 mai 2019, 9 juin 2019, 14 septembre 2019, 4 décembre 2019

Priorités et réalisations de l'année 2019-2020

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

1- **Augmenter la visibilité ;** le comité s'est assuré que les résidents, les familles et les employés connaissent le mandat du comité des usagers ;

2- **Augmenter son implication ;** en assurant une présence dans les différents comités de l'établissement, le comité s'est assuré de représenter la voix des résidents. Le comité s'est également engagé à informer les résidents sur le travail des différents comités;

3- **Travail en proximité ;** en assurant une meilleure accessibilité et une meilleure présence du comité.

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

Poursuivre son implication en informant 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. Cette année les activités de rencontre des nouveaux usagers ont été ajoutées aux activités de l'équipe des soins par le biais de la pochette bienvenue ;

- 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 kiosques d'information ont été faits les 9 juin 2019, 14 septembre 2019 et 21 septembre 2019;

- Activités sur les droits lors de la semaine des usagers telles la distribution de dépliants, la rencontre d'information sur les droits, le rappel du rôle du comité, etc. ;

- Participer et représenter les usagers et leurs droits lors des différents comités de l'établissement.

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

- Promotion de la semaine des soins et des services en collaboration avec la direction des soins infirmiers de l'établissement;
- Implication des membres dans l'organisation, la planification et la représentation lors de la semaine des soins ;
- Implantation d'une boite de courrier confidentiel, accessible à tous dans l'établissement. Un formulaire a également été créé afin de procéder à une demande d'information confidentielle (Annexe A).

- Poursuite de son 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.

- Le comité poursuit son implication dans le comité de gestion des risques. Le comité des usagers fait maintenant parti du comité de gestion intégrée de la qualité des soins et services. Ces rencontres ont permis la diffusion des activités du comité des usagers, la promotion des droits des usagers auprès des employés, l'explication du mandat du comité et la participation active des membres dans le processus d'agrément;

- 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.) ;

- Poursuivre les sondages annuels auprès des résidents concernant la qualité des services reçus;

- Support téléphonique, avec ou sans rendez-vous, aux usagers et aux familles afin de répondre aux questions en lien avec les droits ;

- Informer les usagers et les familles du processus de plainte. Présenter les services du commissaire aux plaintes de l'établissement.

Assistance et accompagnement effectués par le comité

- Représentation auprès de l'établissement ;
- Rencontre avec les nouveaux résidents et leurs familles à l'admission pour expliquer le rôle du comité des usagers ;
- Offrir de l'écoute active aux résidents et aux familles ;
- Soutient lors de plainte d'un usager et/ou représentant (1 plainte a été traitée par le comité en 2019-2020);
- Rencontre avec le commissaire aux plaintes de l'établissement.

Formations et conférences suivies par le comité

- Nombre de formations et de conférences : 2 (semaine des soins et des services)
- Nombre de membres formés : 3
- Nombres d'heures de formation : 6

Enjeux prioritaires

Le comité a déterminé les priorités suivantes pour l'année 2020-2021 :

- Recrutement de nouveaux membres actifs ;
- Représentation des usagers aux comités de l'établissement ;
- Participer au suivi de la visite ministérielle de 2018, suivi du plan d'action ;
- Participer aux activités en lien avec la visite prochaine de l'agrément (reportée en 2021) ;

- Effectuer 4 sondages spécifiques par année ;

- Poursuivre le mandat confié au 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

- Établir un calendrier de sondages annuel et spécifique pour la clientèle selon les demandes formulées par les usagers et les familles ;

- Poursuivre activement la promotion des droits des usagers par des activités stimulantes et la représentation de membres du comité lors de diverses activités ;

- Développer de nouveaux outils visuels pour faciliter la promotion des droits des usagers (renouvelés chaque année) ;

- Augmenter la participation et la publicité du comité des usagers en cherchant de nouvelles façons de faire, se renouveler ;

- Poursuivre le recrutement de nouveaux membres pour le comité afin d'assurer une diversité dans les actions, les activités et la promotion des droits ;

- Participer activement au processus d'agrément 2020 (reporté en 2021);

- Développer et effectuer 4 sondages spécifiques par année.

Nombre d'heures de bénévolat

- Le comité des usagers a effectué environ 130 heures de bénévolat.

Conclusion

Le comité des usagers du CHSLD Bourget apprécie grandement le travail de collaboration avec la direction générale de l'établissement. Cette approche facilite le travail des membres du comité. L'ouverture et l'implication du comité dans la vie active du centre favorisent la promotion sur les droits des usagers et la communication avec les résidents.

Dans cette optique, le comité poursuivra son implication active pour l'année 2020-2021.

Denis Leduc

Président

Secrétaire-trésorière

Annexe A

Comité des usagers du CHSLD Bourget Inc.

Demande d'information

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____ Date : _____

Quel est votre question?

Qu'attendez-vous du comité des usagers face à la situation?

Déposer votre requête dans la boîte du comité des usagers à la salle de conférence (RC)

Un membre du comité communiquera avec vous dans les 2 prochaines semaines! Merci!

Section réservée au comité des usagers	
Nom du membre	
Date de la prise de contact	
Objet de la plainte	
Intervention(s) effectuée(s)	
Est-ce que l'usager est satisfait de l'intervention du comité des usagers?	
Signature	

Santé et Services sociaux Québec

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 : 1ER AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

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 : CHSLD BOURGET Nom du CISSS ou CIUSSS (le cas échéant) :					
☒	Comité des usagers	☐	Comité des usagers continué	☐	Comité des usagers du centre intégré
Numéro de permis de l'établissement : 2953-0060		Nombre total de comité de résidents :			

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.	549,00 $

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.

s données transmises ont été validées.

Signature : _____ Date : _____

Diane Girard

Nom du directeur des finances de l'établissement (ou autorité équivalente) :

Signature : _____ Date : 26 août 2020

Santé et Services sociaux Québec

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

EXERCICE FINANCIER DE LA PÉRIODE DU : 1ER AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

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)**	1 908 $
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) *Veuillez préciser en annexe*	**(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)**	**7 908 $**

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			1 200 $
Abonnements revues et journaux			
Cotisation à un regroupement représentant les comités d'usagers			
Autres (précisez) :	Regroupement provencial des usagers		300 $
Autres (précisez) :	Conseil pour la protection des malades		300 $
Autres (précisez) :			
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	607 $
Précisez :	Activité de Noël	276 $
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 de diffusion	1 864 $
Précisez :	Matériel promotionnel	732 $
Précisez :		
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	575 $
Précisez :	Brochures promotionnelles	412 $
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) :	Développement des sondages intéractifs	373 $
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) :	Semaine des soins et des services	261 $
Autres (précisez) :	Semaine des droits des usagers	459 $
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		
ACCOMPAGNER ET ASSISTER DANS TOUTE DÉMARCHE LORS D'UNE PLAINTE		
Frais de déplacement		
Honoraires professionnels		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		

TOTAL DES DÉPENSES	**(g)**	**7 359 $**
SOLDE DES DONS (d)-(f)=**(h)**	**(h)**	**- $**
SOLDE AU 31 MARS 20___ (Surplus / (Déficit), à la fin de l'exercice visé) (e)-(g)-(h)=**(i)** *Le solde dans la ligne* **(i)** *représente le montant devant être récupéré par l'établissement*	**(i)**	**549 $**

ANNEXES 3

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT : CHSLD Bourget inc. 2953-0060
2019/2020

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

	2019-2020 Exercice en cours	2018-2019 Exercice antérieur
Note 1 : Effectifs de l'établissement		
Les cadres : (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)	3.49	3.23
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	44	44
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet *(a)* (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	30.65	31.95
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice ➔	48 085	35 172
-Équivalents temps complet (b) ➔	26.33	19.26

(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

ANNEXES 4

Rapport 2019-2020

Bilan des plaintes et des autres activités

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

CHSLD Bourget

Introduction

Je vous présente ici le bilan des plaintes et des autres activités du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services pour l'année 2019-2020 au CHSLD Bourget.

Ce bilan s'ajoute au rapport annuel qui compile les plaintes et les autres activités du commissaire avec l'application SIGPAQS, le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Le bilan présenté ici résume les plaintes et les demandes d'assistance reçues par le commissaire durant l'année, ainsi que les mesures correctives et les améliorations apportées aux services concernés suite à leur traitement s'il y a lieu. Les demandes d'assistance sont des démarches faites auprès du commissaire par des usagers qui ne veulent pas porter plainte officiellement mais qui lui demandent de l'aide pour obtenir un service ou en améliorer la qualité. En plus de présenter les données quantitatives sur les différents dossiers, ce bilan permet à la direction une vision globale du traitement des plaintes et des recommandations émises par le commissaire pendant l'année.

Les consultations de gestionnaires, d'intervenants ou d'usagers auxquelles le commissaire a répondu pendant l'année sont également mentionnées au rapport ainsi que ses interventions dans le sens du pouvoir décrit dans la loi qui permet au commissaire local d'intervenir suite à ses propres observations ou à des informations qu'il a obtenues, soit par des usagers qui ne souhaitent pas que leur nom soit mentionné, soit par des personnes qui ne sont pas touchées directement par des services et qui ne peuvent pas être l'auteur d'une plainte officielle, comme un membre du comité des usagers, un bénévole ou un employé, par exemple. De plus, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable de traiter toutes les divulgations de situation de maltraitance.

Plaintes, demandes d'assistance, interventions, consultations et divulgations de situation de maltraitance

Nombre de dossiers traités

Une plainte a été acheminée au commissaire local en 2019-2020 et **une demande d'assistance** lui a été adressée. Il n'y a pas eu d'intervention du commissaire cette année. Il a enfin été contacté par le commissaire aux plaintes du CIUSS de l'Est de l'Île de Montréal pour un dossier de **consultation** en lien avec la satisfaction d'un usager et le respect de ses droits. Au cours du dernier exercice, aucun signalement n'a été reçu par le commissaire local dans un contexte de maltraitance.

Auteur et mode de dépôt

La plainte et la demande d'assistance ont été communiquées verbalement par un membre de la famille d'un résident.

Plainte (5 août 2019):

Objet: la fille d'une résidente a porté plainte au sujet principalement du manque de communication de l'intervenant social qui n'a pas répondu à ses nombreux messages.

Conclusion: les vérifications requises auprès de la direction ont permis d'apporter à la famille les réponses attendues et de faire un rappel à l'intervenant concerné au sujet de ses responsabilités.

Demande d'assistance (23 octobre 2019):

Objet: la fille de la résidente qui a porté plainte en août 2019 demande mon assistance parce qu'elle n'a toujours pas de réponse de l'intervenant social au sujet du transfert de sa mère.

Conclusion: après les vérifications requises auprès du mécanisme d'accès à l'hébergement, les informations sont transmises à la famille.

Autres activités et conclusion

Dans le but de communiquer de l'information sur les droits des résidents, de mieux se faire connaître, de présenter son approche ainsi que la procédure de traitement des plaintes, de courts textes rédigés par le commissaire sont affichés périodiquement dans l'établissement à l'intention des résidents et de leurs visiteurs. Pour remplir ces mêmes objectifs, il assiste à l'assemblée générale annuelle des résidents et des familles organisée par le comité des résidents.

Le commissaire participe au comité de vigilance de l'établissement et il s'assure aussi de transmettre son rapport annuel au comité de direction du CHSLD Bourget ainsi qu'aux responsables concernés du Ministère. De plus, il lit toute la documentation qui lui est destinée au sujet de la qualité des services et du traitement des plaintes.

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 probablement de la grande majorité de ses employés. Malgré cela, lorsque des usagers expriment une insatisfaction, ils vivent le plus souvent un sentiment d'injustice et les explications qui leur sont apportées ne suffisent pas toujours à calmer leur émotion. Il est donc important de souligner l'approche privilégiée dans le traitement des plaintes, celle de toujours accueillir ces personnes avec le maximum d'attention, d'empathie et de délicatesse, ce qui est essentiel pour rétablir le lien de confiance avec l'établissement dans des situations d'insatisfaction. Cette écoute permet surtout à ces usagers de se sentir compris au sujet de leur expérience et de constater ensuite le sérieux des efforts fournis par les responsables de l'établissement à mettre en place, si possible, des mesures correctives pour que les écarts rapportés ne se reproduisent plus, ce qui est l'objectif principal des actions du commissaire.

Denis Chaput
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

ANNEXES 5

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
BOURGET Inc.

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 réuni 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