



Rapport annuel de gestion

Exercice financier 2016-2017



Approuvé par le conseil d'administration du 20 juin 2017

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence–Saint-Joseph inc.

5605, rue Beaubien Est Montréal (Québec) H1T 1X4 Téléphone : 514 254-4991

Table des matières

1. Liste des acronymes	5
2. Message des autorités	6
2.1. Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale.....	6
2.2. Direction d'établissement, soins et services cliniques (DESSC)	8
3. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles	9
4. Présentation de l'établissement	10
4.1. Historique de l'établissement	10
4.2. Énoncé de mission	10
4.3. Structure de l'organisation.....	11
Structure administrative - Organigramme	11
Direction générale	12
Direction d'établissement, soins et services cliniques	12
Direction des ressources humaines	21
Direction des ressources financières	27
Direction des ressources matérielles et techniques	28
Direction de la mission	34
5. Conseil et comités de l'établissement	36
5.1. Conseil d'administration.....	36
5.2. Instances relevant du conseil d'administration.....	38
Comité d'audit et de finance	38
Comité d'éthique et de gouvernance	38
Comité de vigilance et de la qualité	39
Comité de gestion des risques	40
Comité de prévention et de contrôle des infections (PCI)	42
Comité des usagers	43
5.3. Autres comités	45
Comité de direction	45
Comité des communications	46
Comité de la mission	46
Comité local des mesures d'urgence	47
6. Activités de l'établissement reliées à la gestion des risques et de la qualité	48
6.1. Agrément et visites d'amélioration de la qualité.....	48

6.2. Sécurité des soins et des services.....	48
6.3. Examen des plaintes et promotion des droits	49
7. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	51
8. Ressources humaines de l'établissement.....	52
9. Ressources financières.....	53
9.1. Rapport de la Direction	53
9.2. Rapport de l'auditeur indépendant	54
10. Résultats financiers.....	56
10.1. État des résultats du Fonds d'exploitation	56
10.2. État des surplus (déficits) cumulés	57
10.3. État de la situation financière.....	58
10.4. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette).....	59
10.5. État des flux de trésorerie	60
10.6. Normes comptables	61
11. Annexe au rapport de direction.....	71
11.1. Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	71



1. Liste des acronymes

AC	AGRÉMENT CANADA
APTS	ALLIANCE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
BCM	BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS
CA	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CGR	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CIUSSS	CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
CRDITED	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
CRT	COMITÉ DE RELATIONS DE TRAVAIL
CNESST	COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL
CLMU	COMITÉ LOCAL DES MESURES D'URGENCE
CVQ	COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ
DG	DIRECTION GÉNÉRALE
DESSC	DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
MAH	MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT
MOI	MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
PCI	PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
PDRH	PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
PDSB	PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES
RBQ	RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC
SAMS	SOCIÉTÉ POUR LES ARTS EN MILIEU DE SOINS
SST	SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

2. Message des autorités

2.1. MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE



*Sœur Claire Houde, s.p.
Présidente du conseil d'administration*



*Mme Danielle Gaboury
Directrice générale*

C'est avec fierté que nous déposons le rapport annuel de gestion du CHSLD Providence–Saint-Joseph pour l'exercice 2016-2017, qui présente les faits saillants et les principales réalisations de l'année. Au fil des pages, vous serez témoins du dynamisme de notre organisation et constaterez les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et des services, la sécurité ainsi que la vitalité du milieu de vie des personnes hébergées.

Fières et fiers des réalisations décrites dans cette publication, nous veillons à ce que les personnes hébergées demeurent la priorité absolue et que les soins et services leur soient prodigués avec compassion, dans un esprit d'équipe et de collaboration.

Des jalons importants du plan stratégique ont été franchis durant cette dernière année de la planification triennale notamment, le suivi du plan directeur informatique, l'implantation d'un nouveau programme d'appréciation de la contribution axé sur les compétences clés du poste et les valeurs, le développement d'une culture d'imputabilité, l'intégration des valeurs Providence dans les diverses pratiques organisationnelles.

L'amélioration continue

En mettant la personne hébergée au cœur de notre action, nous veillons à ce qu'elle demeure la priorité absolue et que les soins et services lui soient prodigués avec bienveillance et compassion, dans un esprit d'équipe et de collaboration, en fonction des ressources disponibles.

Nous avons choisi de développer une culture d'amélioration continue afin d'orienter nos interventions. C'est l'esprit recherché dans chaque décision prise par les gestionnaires et dans tout geste posé par le personnel.

Nous continuons à faire évoluer nos pratiques. L'optimisation des processus locaux et la mise à niveau du système informatique ont permis d'accroître l'efficacité des opérations notamment, au service de la facturation et de la paie.

Nos valeurs

Les valeurs de notre organisation, la justice, l'excellence, la compassion, le respect de la vie et l'imputabilité, ont largement inspiré notre agir au quotidien. Elles constituent le fondement de nos orientations.

La structure organisationnelle

L'année 2016 a permis de consolider l'équipe de direction et de mettre à jour les organigrammes. Ce fut une année de transition avec l'entrée en fonction de nouveaux gestionnaires.

Nos remerciements

Au nom des membres du conseil d'administration et de la direction du CHSLD Providence–Saint-Joseph, nous saluons les efforts remarquables de tout le personnel, des médecins, des bénévoles, des divers partenaires, des gestionnaires et de toute l'équipe de direction qui font de notre établissement un milieu de vie d'une grande richesse pour toutes nos personnes hébergées et qui concrétisent la mission au quotidien.

Merci aux membres du conseil d'administration pour leur travail dévoué et généreux et pour leur gouvernance compétente et bienveillante.




Claire Houde, s.p.
Présidente du conseil
d'administration




Danielle Gaboury
Directrice générale

2.2. DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES (DESSC)

C'est un privilège de travailler dans un établissement qui s'appuie sur les valeurs chrétiennes et sur l'engagement humain afin de perpétuer l'œuvre de la Bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin, fondatrice des Sœurs de la Providence, auprès des personnes vulnérables.



Barbara Nelson, directrice d'établissement, soins et services cliniques intérimaire

L'année 2016-2017 marque la continuité de la qualité et de l'excellence des soins et des services offerts aux personnes hébergées et à leurs proches à travers ses divers programmes. À cet effet, plusieurs outils de communication sont implantés, comme par exemple le journal *La Voie/x* qui permet à la clientèle et à leurs proches, ainsi qu'au personnel de recevoir l'information sur les activités de l'établissement et de l'organisation.

Dans un but d'amélioration continue des soins et des services, d'autres moyens sont également plébiscités, telle que la boîte à risques, installée à l'entrée principale de l'établissement, qui permet à la clientèle d'aviser la direction sur de potentielles situations à risques.

À travers le principe de partage, qui consiste à donner et à recevoir, l'établissement démontre également une relation de confiance avec la clientèle et ses proches. L'instauration d'une commémoration, qui rend hommage aux personnes hébergées décédées, découle de ce partage, manifesté dans un mouvement d'empathie et de partenariat pour le bien-être des personnes touchées par le départ d'un être cher.

Le présent rapport annuel se veut donc un soulignement du succès collectif des actions menées, tout au long de l'année, pour répondre aux besoins des personnes hébergées, à leur qualité de vie et à leur sécurité.

La direction remercie l'ensemble du personnel et les partenaires pour leur dévouement envers les personnes hébergées et leurs proches.

A handwritten signature in blue ink that reads "Barbara Nelson".



Barbara Nelson

Directrice d'établissement, soins et services cliniques intérimaire

3. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du CHSLD Providence–Saint-Joseph :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2017.



Danielle Gaboury
Directrice générale

4. Présentation de l'établissement

4.1. HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Les Sœurs de la Providence ont acquis le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph en septembre 2011.

En janvier 2016, dans le cadre de la création de la nouvelle image corporative, axée sur la mission Providence, l'établissement a été renommé Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence–Saint-Joseph inc., plus communément appelé CHSLD Providence–Saint-Joseph.

Situé dans un superbe environnement champêtre, au cœur du quartier Rosemont Petite-Patrie, le CHSLD Providence–Saint-Joseph accueille des personnes en perte importante d'autonomie.

L'établissement détient un permis pour 93 lits dont 80 seulement sont dressés et financés.

4.2. ÉNONCÉ DE MISSION

Succédant aux Petites Sœurs des Pauvres, les Sœurs de la Providence ont acquis le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph, devenu le CHSLD Providence–Saint-Joseph, pour y poursuivre la mission de la Bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin, leur fondatrice. Grâce à cet établissement privé conventionné, des adultes vulnérables en perte d'autonomie ont l'opportunité de vivre dans un environnement champêtre au cœur de la ville.

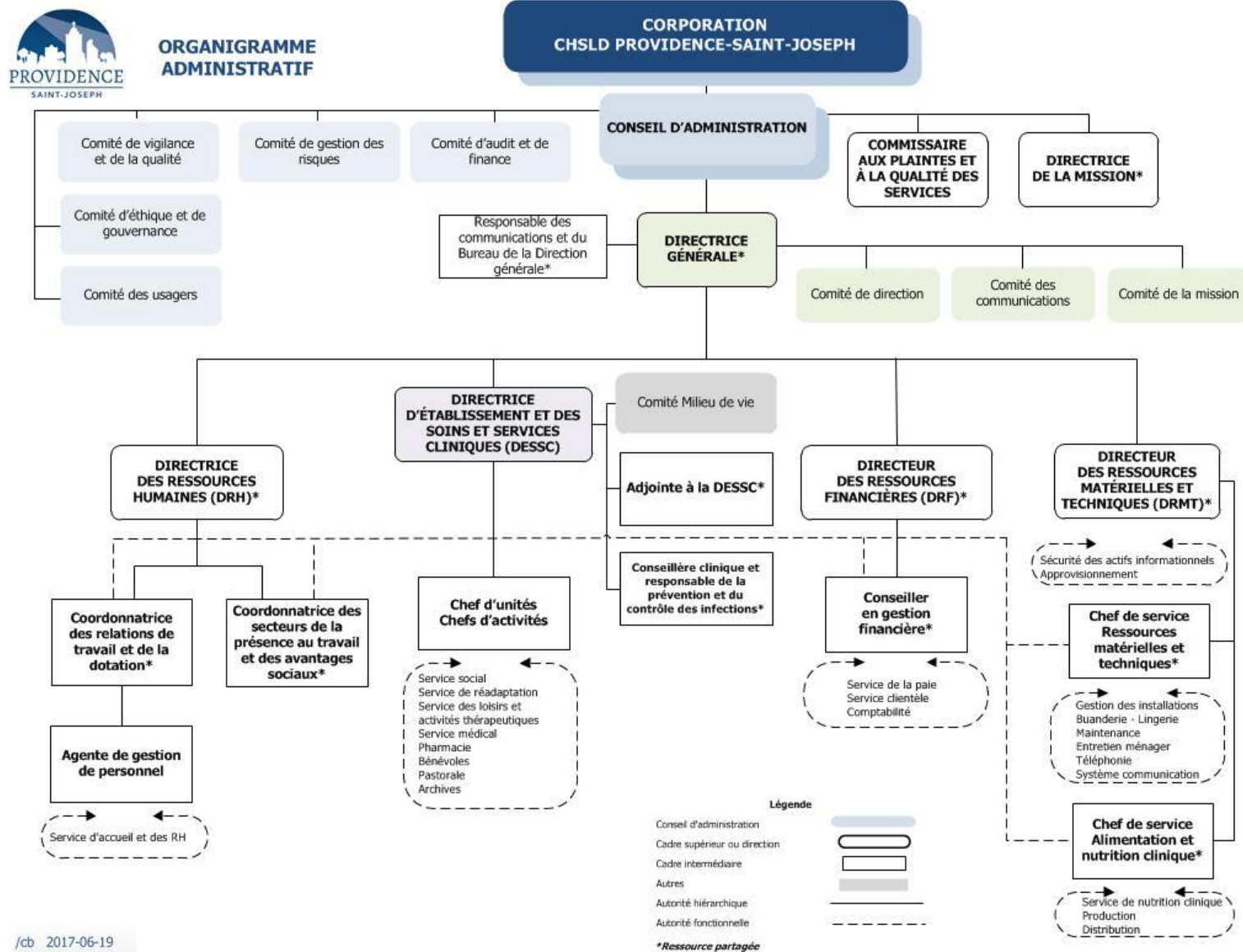
Dans ce milieu privilégié s'exercent le dynamisme, la compétence et le dévouement du personnel axés sur le caractère unique de la personne résidente. Le CHSLD s'engage à offrir des soins médicaux et infirmiers ainsi que des services pharmaceutiques, psychosociaux, de réadaptation, de loisir, d'assistance et d'accompagnement spirituel. Ces interventions assurent un milieu de vie de type familial, propice à l'épanouissement social.

Pour réaliser avec constance sa mission, le CHSLD Providence-Saint-Joseph privilégie, dans toutes ses orientations, les valeurs fondamentales de compassion, de justice, de respect de la vie, d'imputabilité et d'excellence.

Considérant le caractère évolutif de l'humanité, l'ouverture d'esprit et la capacité d'adaptation nourrissent un climat de vie et de travail sain, où le sentiment d'appartenance favorise la sécurité et la sérénité.

4.3. STRUCTURE DE L'ORGANISATION

Structure administrative - Organigramme



/cb 2017-06-19

Direction générale

Afin d'assister le conseil d'administration, la Direction générale est appuyée par la Direction d'établissement, soins et services cliniques, et a la responsabilité de :

- ✚ Agir à titre de responsable de l'administration;
- ✚ Veiller au bon fonctionnement de l'établissement administré par le conseil d'administration;
- ✚ S'assurer de l'exécution des décisions prises par le conseil d'administration;
- ✚ Assurer la gestion courante des activités et des ressources mises à sa disposition;
- ✚ Rendre compte, périodiquement, de sa gestion au conseil d'administration et de lui transmettre toute l'information nécessaire qu'il requiert pour assumer ses responsabilités;
- ✚ S'assurer que la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercées dans l'établissement sont effectuées;
- ✚ Réaliser tout autre mandat confié par le conseil d'administration.

Direction d'établissement, soins et services cliniques

Service médical

Le Service médical répond à des besoins d'ordre clinique et administratif, notamment dans le cadre de la prestation de soins médicaux et d'évaluation de la qualité de ces actes médicaux.

Il est composé de 2 médecins omnipraticiens détenant des droits et des privilèges accordés par le conseil d'administration.

Une garde médicale est également en place en tout temps, le soir, les fins de semaine ainsi que les jours fériés.

Un comité médico-soins apporte un soutien aux médecins.

Deux rencontres statutaires et des rencontres de type ad-hoc sont prévues annuellement, et ce, avec la participation du pharmacien. De plus, chaque médecin évalue les actes médicaux posés dans l'établissement, en utilisant la méthode d'évaluation par critères objectifs et l'étude des dossiers de décès (dossiers de léthalité), ou par thématique reliée à un problème de santé. Les médecins collaborent et participent également, lorsque nécessaire, aux réunions interdisciplinaires où sont élaborés les plans d'interventions individualisées (PII) pour les personnes hébergées.

Service de la pharmacie



En lien avec la mission de l'établissement et la philosophie de gestion, une pharmacie externe assure les services pharmaceutiques depuis 2012.

Elle offre aux personnes hébergées les médicaments et les services pharmaceutiques nécessaires.

Principales fonctions

S'assurer de l'exécution des ordonnances médicales, de la préparation, de la distribution et du contrôle des médicaments, des drogues et des narcotiques;

- ✚ Offrir un soutien-conseil aux médecins ainsi qu'aux professionnels de la santé de l'établissement;
- ✚ Donner, au besoin, de l'enseignement sur la médication auprès des personnes hébergées;
- ✚ Collaborer à l'élaboration des règles, des politiques et des procédures concernant la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, des drogues et des narcotiques tout au long du Circuit du médicament;
- ✚ Assurer le soutien clinique et participer aux réunions médico-administratives avec l'équipe médicale et l'équipe des soins infirmiers.

Le nombre de bilans comparatifs des médicaments (BCM) effectués durant l'année se situe à 88.

Réalisations

Un audit du service pharmaceutique a été réalisé par une pharmacienne conseil, permettant d'évaluer certains enjeux, notamment l'explosion des coûts des médicaments, la qualité de service de l'impartition, l'état des chariots à médicaments. Des recommandations visant une optimisation du service auprès du personnel soignant et des bénéficiaires, tant en termes de qualité que de diminution des coûts, ont été émises, le tout en fonction des exigences du Ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'organisme responsable de l'Agrément Canada.

Ainsi, le 1^{er} mars 2017, les membres du conseil d'administration ont approuvé le mode de distribution en sachets multidoses avec préparation en impartition et l'offre de services cliniques par une pharmacienne clinicienne à l'interne.

Service de réadaptation physique

Au cours de l'exercice, 813 jours de traitements ont été rendus, pour un total de 644,92 h / soins, excluant l'enseignement clinique dispensé par les stagiaires en réadaptation physique.

Également, 17 nouvelles personnes ont reçu des traitements de physiothérapie pendant plusieurs semaines.

Le service a reçu 82 demandes pour des interventions ponctuelles suite au portrait fonctionnel des capacités physiques à l'admission ou à la suite d'une problématique particulière comme, par exemple, demande de bas compressifs et protèges-ridelles, conseils sur les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et l'évaluation du risque de chute.

Actuellement, sur un total de 80 personnes hébergées, 31 sont mobilisées au moyen d'un lève-personne, soit 39 % de la clientèle. Également, 14 personnes sont inscrites au programme de marche sur les unités.

Réalisations

- ✚ Implication dans l'octroi et la mise à jour de l'inventaire des toiles de leviers;
- ✚ Participation à la mise à jour du registre d'autonomie;
- ✚ Promotion et mise à jour mensuelle du programme de marche sur les unités afin d'améliorer la qualité de vie et le maintien de l'autonomie des personnes hébergées;
- ✚ Mise sur pied, conjointement avec les stagiaires en réadaptation, d'un groupe d'exercices ciblant l'équilibre debout;
- ✚ Capsules de formations ponctuelles sur l'utilisation de l'équipement de transfert;
- ✚ Formation et accréditation reçue de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) en 2016 : Formatrice PDSB;
- ✚ Une première formation de 2 jours a été donnée en mai 2016 à 6 préposées aux bénéficiaires (PAB) et à 1 infirmière auxiliaire afin de favoriser un milieu de travail sain et sécuritaire et d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services;
- ✚ Participation au comité milieu de vie;
- ✚ Participation aux réunions interdisciplinaires (1er plan et suivi);
- ✚ Implication dans le comité de prévention des chutes.

Stagiaires en réadaptation physique

Au cours de l'année, l'établissement a accueilli 3 groupes d'étudiantes et d'étudiants du Collège Marie-Victorin, en technique de réadaptation physique, dans le cadre d'un cours d'enseignement clinique pour maintenir la continuité de prestation des soins et des services, soit en avril-mai 2016 et janvier-février-mars 2017. Le partenariat avec ce collège se poursuit.

Service d'ergothérapie



Au cours de l'année, 562 visites auprès des personnes hébergées ont été effectuées, totalisant 637,08 h de soins, comparativement à 827 visites réalisées en 2015-2016 pour un total de 873,33 h de soins.

Cette différence s'explique par l'absence d'ergothérapeute pendant près de 4 mois et la réduction du poste d'une journée par semaine.

121 requêtes ont été acheminées au service d'ergothérapie et compilées. Toutefois, cela exclut les demandes reçues verbalement ou par courriel, ainsi que les besoins répondus au quotidien, lors des visites de l'ergothérapeute sur les unités de vie.

Toute nouvelle personne hébergée admise est évaluée en ergothérapie. L'ergothérapeute est également présente lors de toutes les réunions interdisciplinaires d'évaluation et de révision ainsi qu'à toutes les rencontres du comité de chutes.

Réalisations

- ✚ Présence aux réunions du comité Milieu de vie;
- ✚ Participation à l'élaboration d'un plan d'intervention spécifique pour les personnes hébergées présentant des troubles de comportement;
- ✚ Organisation et participation à :
 - 5 rencontres cliniques d'évaluation (28 personnes hébergées);
 - 10 rencontres de suivi pour l'attribution, par la RAMQ, d'aides à la mobilité : marchettes, fauteuils roulants, bases de positionnement et d'aides à la posture, en collaboration avec l'équipe clinique du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau;
- ✚ Organisation de 4 rencontres cliniques d'entretien préventif des aides à la mobilité de la RAMQ des personnes hébergées (48 personnes concernées);

- ✚ Soutien et informations partagées avec les stagiaires en technique de réadaptation physique (TRP) 2016-2017.

Service social

Un travailleur social offre différents services aux personnes hébergées, tels : information à la personne, relation d'aide, médiation auprès de l'entourage de la personne, aide à l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude, ouverture d'un régime de protection privée ou publique ou encore, aide à la gestion de conflit, au besoin.

Fonction clinique

- ✚ Dans le cadre de la phase de préadmission de 19 personnes hébergées, organisation de visites de l'établissement pour les familles et les proches aidants afin d'assurer le développement du milieu de vie et du bien-être de la personne hébergée;
- ✚ Participation à des réunions interdisciplinaires pour l'élaboration de 84 plans d'interventions interdisciplinaires et la réévaluation des besoins de la personne de ses attentes et des services offerts;
- ✚ Réalisation de 5 évaluations psychosociales, dans le cadre de l'homologation de mandat en cas d'inaptitude;
- ✚ Interventions individuelles et familiales avec un suivi soutenu auprès de 10 personnes hébergées face à leurs difficultés d'adaptation, leurs comportements, ou concernant leurs liens avec leurs proches, la clientèle ou le personnel du CHSLD, dans l'optique d'améliorer la qualité de vie de la personne hébergée;
- ✚ Réalisation d'interventions auprès de personnes hébergées et des familles pour surmonter le deuil de la perte d'autonomie physique et cognitive;
- ✚ Participation aux comités internes de l'établissement;
- ✚ Participation à 2 séances du comité Milieu de vie.

Fonction de consultation

- ✚ Suivi, avec le comité des usagers, des rapports d'impôt pris en charge par *La clinique d'Impôt* pour 5 personnes hébergées;
- ✚ Transmission d'information sur l'établissement, le processus d'hébergement, les ressources et les établissements du réseau public.

Service des loisirs et des activités thérapeutiques

Le Service des loisirs propose une gamme d'activités complètes et variées, adaptées à la réalité des personnes âgées.



La diversité des activités et loisirs offerts aux personnes hébergées constitue un élément important pour assurer un milieu de vie dynamique et stimulant. La proposition d'activités ludiques basées sur des stimulations cognitives et physiques s'avère un élément majeur de l'offre de services.

Le Service des loisirs a connu un renouvellement de son personnel au cours de l'exercice. Des activités supplémentaires ont été proposées et intégrées au programme mensuel.

Associations

Le Service des loisirs est membre de la *Fédération québécoise du loisir en Institution* (FQLI) qui favorise, entre autres, le perfectionnement des personnes travaillant en loisir et offre des ateliers d'échanges et de conseils. Ce lien privilégié permet de développer et mettre en place des nouvelles techniques de loisir thérapeutique et d'animation du milieu de vie.

Gouvernement du Québec

Une subvention de 350 \$, pour la fête nationale du Québec, a permis l'achat de matériel mais également d'offrir un spectacle aux personnes hébergées pour l'occasion.

Gouvernement du Canada

- ✚ Une subvention d'*Emplois d'été Canada* a permis l'embauche de 2 étudiantes qui, durant 6 semaines, ont complété les formulaires sur l'histoire de vie des personnes hébergées;
- ✚ Le *Programme nouveaux horizons pour les aînés* a permis l'obtention d'une subvention de 6 000 \$ afin de se doter de tablettes électroniques (iPad), pour les personnes hébergées, d'un projecteur et d'un écran.

Zoothérapie Québec

Le 15 février 2016 marquait le début d'un contrat avec *Zoothérapie Québec*. Une zoothérapeute, accompagnée de chiens, visite les personnes hébergées intéressées, une matinée par semaine.

Cette activité, particulièrement appréciée, permet aux personnes âgées de sourire ou de rire davantage et d'enrichir leurs échanges interpersonnels avec les autres. La présence des animaux, à la fois rassurante et bienveillante, contribue à améliorer leur joie de vivre, redonne un sentiment de confiance et d'estime de soi.



Ces visites se poursuivent tout au long de l'année, en dehors de la période estivale.

Service du bénévolat

La responsable des bénévoles est membre du conseil d'administration du Centre d'action bénévole de Montréal (CABM) qui a pour mission de faire la promotion de l'action bénévole auprès de la population montréalaise et en renforce la pratique au sein des organismes de son territoire.

Statistiques

- ✚ 61 bénévoles ont effectué 2 943 h de bénévolat, ce qui représente, en moyenne, 57 h par semaine;
- ✚ Au 31 mars, 51 bénévoles sont inscrits au Service du bénévolat, soit : 33 femmes et 18 hommes, ayant une moyenne d'âge de 54 ans;
- ✚ 28 entrevues ont été réalisées durant l'année, desquelles 8 bénévoles ont été inscrits au Service du bénévolat;
- ✚ 6 étudiants de différentes écoles sont inscrits au Service du bénévolat.

On constate une baisse du nombre d'heures de bénévolat, 2 943 h en 2016-2017 par rapport à 3 436 h en 2015-2016, s'expliquant notamment par la difficulté de trouver des personnes intéressées à venir travailler en CHSLD. Il est également à souligner que les bénévoles recherchent des causes qui conviennent à leur horaire; d'où la nécessité de proposer des activités en conséquence.

C'est la raison pour laquelle l'aide aux repas demeure l'activité la plus populaire, comme en témoigne le tableau ci-dessous. L'horaire des repas donne la possibilité aux jeunes de concilier études et bénévolat, mais leur permet également d'avoir un contact direct et privilégié avec les personnes âgées.

Même si le recrutement des bénévoles demande plus de temps et d'efforts (28 entrevues ont été nécessaires durant l'exercice pour recruter 8 bénévoles), il est important de mentionner que le charisme de la fondatrice des Sœurs de la Providence, Émilie Tavernier-Gamelin, constitue une magnifique source de motivation pour les personnes qui veulent faire une différence dans la vie des personnes âgées.

RÉPARTITION DES HEURES DE BÉNÉVOLAT DANS LES DIFFÉRENTS SECTEURS		
ACTIVITÉS	2016-2017	2015-2016
Aide aux repas	1 319	1 572
Loisirs et fêtes	413	395,5
Distribution de la communion	264	231,25
Visites amicales	176	299,50
Dépanneur du coin	170	242
Comité des usagers et tâches administratives	130	116,75
Boutique cadeaux	126	189
Réunions et formations	113	101
Accompagnements médicaux	99	72
Pastorale et messes	54	163,5
Jardinage	53	32
Bibliothèque	26,25	21,5
Achat	0	4,5
TOTAL	2 943	3 436,5

Réunions et formation des bénévoles

Une rencontre des bénévoles, avec la conseillère clinique et responsable de la prévention et du contrôle des infections, ainsi que l'assistante chef technicienne en diététique, a eu lieu au sujet de l'hygiène des mains et de la dysphagie, particulièrement pour les personnes chargées de donner la communion aux personnes hébergées.

Reconnaissance pour les bénévoles

Dans le cadre de la semaine du bénévolat, ayant cette année pour thème : *Le bénévolat, un geste gratuit, un impact collectif*, un dîner de reconnaissance est offert aux bénévoles. Ils ont également été conviés à un repas durant les festivités des fêtes de fin d'année.

Stagiaires

Le CHSLD Providence–Saint-Joseph est fier de contribuer au développement de nouveaux étudiants et étudiantes, en offrant un milieu de stage de qualité, contribuant au dynamisme de l'organisation.

✚ Cégep Marie-Victorin : *Éducation spécialisée.*

Une étudiante a effectué un stage de 2^e année en éducation spécialisée, de septembre 2016 à avril 2017, à raison de 2 jours par semaine.

✚ Cégep du Vieux-Montréal : *Technique d'intervention en loisir.*

Quatre étudiants de 2^e année ont fait un stage, tous les jeudis, de septembre à décembre 2016.

✚ Université de Montréal : *Année préparatoire de médecine.*

Un étudiant en cours préparatoire de médecine a effectué 60 h de bénévolat, de septembre 2016 à avril 2017, à raison de 3 h par semaine.

Activités diverses

Organismes du quartier



Deux organismes du quartier, les Pousses Urbaines et Bouffe-Action de Rosemont, participent chaque année à des activités de jardinage auxquelles sont conviées les personnes hébergées.

Le jardinage collectif permet notamment de briser l'isolement que vivent certaines personnes. Cela incite également les personnes âgées à sortir dehors et profiter des magnifiques jardins.

Les récoltes sont offertes à des familles vulnérables du quartier.

Décoration de Noël



Les membres du personnel de Café Keurig Canada et Croix Bleue Médavie, ainsi qu'une famille du quartier et des élèves de l'école Georges-Vanier ont participé bénévolement à la décoration de l'établissement pour les fêtes de Noël.

Photo des bénévoles de Croix Bleue Médavie

Cueilleurs de mémoire



Dans le cadre de la préparation du 375^e anniversaire de Montréal, les personnes hébergées ont été sollicitées pour raconter leur histoire.

Direction des ressources humaines



Un personnel dévoué, compétent, dynamique, généreux et compatissant!

L'année 2016-2017 a été marquée par des réalisations significatives aux ressources humaines, mais aussi par des changements dans les façons de faire et par la mise en place de diverses procédures afin d'atteindre et de respecter les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines.

Les progiciels informatiques en lien avec la gestion des horaires et des remplacements étant maintenant acquis, la Direction des ressources humaines, en collaboration avec les gestionnaires, a mis l'accent sur la gestion et le respect des disponibilités du personnel. Plusieurs communiqués ont été diffusés et des rencontres ont eu lieu avec les membres du personnel afin de les sensibiliser au respect de leur disponibilité et accroître leur engagement envers l'organisation.



Des modifications aux structures de poste ont été effectuées dans différents services, à savoir :

- ✚ Hygiène et salubrité;
- ✚ Ressources humaines;
- ✚ Alimentation;

Entretien ménager

Au Service d'hygiène et salubrité, une structure 24 / 7 a été implantée en novembre 2016.

Cette nouvelle structure, qui offre à l'établissement un service continu, a été créée en combinant les titres d'emplois de préposé à l'entretien ménager lourd et léger et en modifiant les horaires des postes déjà existants. Des routes de travail, établies sur les 3 quarts de travail, ont ainsi été implantées.

Cette modification a également permis d'inclure un volet sécurité à la description de fonctions des préposés à l'entretien ménager. Grâce à cette modification, l'organisation a mis fin au contrat de service des agents de sécurité (main-d'œuvre indépendante) de nuit et de fin de semaine.

Ressources humaines

Suite au retrait des agents de sécurité de fin de semaine, 2 postes d'agents administratifs, classe 2, ont été créés à la Direction des ressources humaines afin de maintenir un service à la clientèle adéquat et prendre en charge la gestion des remplacements la fin de semaine.

Service alimentaire

L'acquisition et l'implantation, par le Service alimentaire, d'un nouveau logiciel de gestion alimentaire, *Micro-Gesta*, a apporté divers changements dans la structure et le fonctionnement du service, notamment, le passage à un système de courroie pour la production du service des repas.

Le Service des ressources humaines, en collaboration avec le syndicat FTQ, a profité de cette opportunité pour innover. En effet, une entente a été signée pour procéder à une journée « salon des postes ». Durant cette journée, tous les postes vacants au Service d'hygiène salubrité et au Service alimentaires sont offerts au personnel concerné, par ancienneté, au lieu de procéder à l'habituel affichage de postes. Cette pratique a permis d'accélérer l'attribution des postes et la mise en place des nouvelles structures dans les temps requis... un beau succès!

Main d'œuvre indépendante (MOI)

Le taux d'utilisation de la MOI pour la catégorie des infirmières auxiliaires a connu une baisse par rapport à l'exercice précédent, passant de 0,5 % à 0,37 %. Pour les infirmières ainsi que les préposées aux bénéficiaires, le taux de MOI a connu une hausse.

- ✚ Le taux de MOI pour les infirmières est passé de 6,5 % en 2015-2016 à 7,45 % pour le présent exercice;
- ✚ Le taux MOI des préposées aux bénéficiaires, le taux est passé de 0,1 % en 2015-2016 à 1,12 % pour 2016-2017.

Temps supplémentaire

En ce qui concerne les heures supplémentaires, une hausse est aussi observée ; le taux des heures supplémentaires est passé de 1,61 % en 2015-2016 à 2,79 % en 2016-2017.

Ces différentes hausses s'expliquent en grande partie par le non-respect des disponibilités du personnel ainsi que le peu de ressources disponibles sur la liste de rappel. Des efforts considérables ont été accomplis afin de recruter de nouveaux membres du personnel. Nous avons procédé à 33 nouvelles embauches, permettant ainsi d'augmenter suffisamment le nombre d'employés sur la liste de rappel. Des dispositions ont également été mises en place pour sensibiliser le personnel sur l'importance du respect de leur disponibilité.

Des mesures ont été implantées pour éliminer le temps supplémentaire et la main-d'œuvre indépendante, avec notamment la fin de surcroît de travail. En novembre 2016, en plus de la sensibilisation auprès du personnel sur le respect des disponibilités, le Service des ressources humaines et le Service des soins et services cliniques ont élaboré et exécuté un plan d'action visant à enrayer le temps supplémentaire et la main-d'œuvre indépendante.

Diverses actions ont été réalisées telles que :

- ✚ Rétablir la liste de rappel pour les préposées aux bénéficiaires;
- ✚ Planifier les horaires de travail à long terme;
- ✚ Mettre en place des outils pour réduire le nombre d'erreurs en ce qui concerne les horaires;
- ✚ Améliorer la communication entre le Service des soins et des services cliniques, le Service des ressources humaines et la réception.

Relations de travail

Les relations de travail avec les 2 syndicats, FTQ et APTS, demeurent harmonieuses. Les rencontres du comité des relations de travail (syndicat FTQ) se déroulent sur une base mensuelle. Le comité paritaire en santé et sécurité du travail a poursuivi ses activités et le comité a tenu 3 rencontres durant l'exercice.

Le nombre de griefs, au terme de l'exercice est de 15 comparativement à 17 lors du précédent exercice, pour le syndicat FTQ. Aucun grief n'a été reçu du syndicat de l'APTS en 2016-2017.

Reconnaissance

Une politique et procédure « Reconnaissance du personnel » a été adoptée en juin 2016. L'organisation considère que « *la reconnaissance est un élément capital dans une saine gestion et un ingrédient essentiel à la mobilisation de son personnel.* »

Les activités de reconnaissance du personnel se sont déroulées de façon positive avec un haut taux de participation du personnel. En juin 2016, un barbecue a été offert au personnel et, en décembre, le repas de Noël a également connu un vif succès.

Ces pratiques organisationnelles contribuent à améliorer la satisfaction du personnel et le climat de travail, selon les commentaires recueillis.

Autres réalisations

- ✚ Poursuite des activités de formation du PDRH;
- ✚ Révision du programme d'appréciation de la contribution du personnel, avec le soutien de Via Conseil, une firme de consultation en gestion des ressources humaines pour laquelle une subvention d'Emploi-Québec a été reçue;
- ✚ Actualisation des différents formulaires des ressources humaines;
- ✚ Dispensation de formations adaptées aux besoins.

L'organisation a poursuivi ses efforts pour offrir au personnel des formations adaptées à leurs besoins. Ainsi, 137 personnes salariées ont été formées, pour un total de 1 889 heures de formation incluant les orientations des nouveaux membres du personnel, représentant un budget de 44 890\$.

Principales formations

- ✚ Appréciation de la contribution;
- ✚ Planification de la main-d'œuvre et des effectifs;
- ✚ Plan des mesures d'urgence - code rouge et code vert;
- ✚ Soins d'urgence;
- ✚ PDSB;
- ✚ Gestion du changement;
- ✚ RCR et secourisme;
- ✚ Leadership et interdisciplinarité.

Étudiants et stagiaires

Le partenariat de stage avec le Centre de formation professionnelle Antoine de Saint-Exupéry s'est poursuivi. L'établissement reçoit 6 groupes de stagiaires par année, en formation pour devenir préposées aux bénéficiaires, soit environ 40 étudiantes et étudiants. De ce nombre, 7 ont été recrutées par la suite et font maintenant partie du personnel.

Un partenariat avec le Cégep Saint-Laurent pour la formation en soins infirmiers perdure également au fil des ans. Une dizaine d'étudiants ont été reçus par notre établissement.

Service de santé et sécurité au travail

Volet invalidité

Au cours de l'exercice 2016-2017, 25 dossiers, sous le régime de l'assurance salaire, ont fait l'objet d'un suivi médical.

Conformément aux groupes diagnostiques déterminés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les motifs d'invalidité se répartissent comme suit :

ANNÉE	MUSCULO SQUELETTIQUE	SANTÉ MENTALE	CHIRURGIE	ONCOLOGIE	*MÉDECINE	TOTAL
2015-2016	3	6	9	0	3	21
2016-2017	12	9	2	0	2	25

**Regroupe les spécialités : gynécologie, cardiologie pneumologie, dermatologie, etc.*

Cette année, une diminution importante des réclamations pour cause de chirurgie est constatée. Les réclamations concernant des problématiques musculo-squelettiques représentent 48 % de l'ensemble des réclamations, alors que celles pour cause de santé psychologique en représentent 26 %, en légère hausse depuis l'année dernière. Par ailleurs, 65 % des réclamations traitées au cours de cet exercice financier ont été fermées.

Volet lésions professionnelles

En ce qui a trait aux informations ci-dessous, il est important de noter que les données de la Commission des normes, de l'équité et de la santé et sécurité du travail (CNESST) sont disponibles par année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre, et non par année financière.

Au cours de l'année 2016, 23 réclamations ont été traitées pour des lésions professionnelles (dont 17 attribuables spécifiquement à l'année 2016); 7 réclamations demeurent actuellement actives. La majorité des réclamations présentées sont attribuables à des lésions au niveau du dos. Cette augmentation s'explique en partie par une constante augmentation des besoins et de la lourdeur de la clientèle, par la nécessité d'actualiser les méthodes de travail notamment par la formation continue du PDSB ainsi que l'augmentation des efforts de gestion requis pour la gestion de la santé et sécurité du travail.

Les sommes imputées pour les événements de 2016 s'élèvent à 203 240 \$, en comparaison à 80 324 \$ en 2015. Des recours administratifs et légaux se poursuivent afin de diminuer les sommes imputées au dossier financier à la Commission des normes, de l'équité et de la santé et sécurité du travail (CNESST).



Il est important de noter que le *Programme pour une maternité sans danger* de la CNESST s'est appliqué pour 10 retraits préventifs.

Volet prévention



Le comité paritaire en santé et sécurité du travail (CPSST) a poursuivi ses activités au cours de l'année. Plusieurs actions préventives ont été appliquées pour optimiser la sécurité lors des bains des personnes hébergées, dont l'achat d'une chaise « Carino », de bottes et de couvre-chaussures pour les soins aux douches.

Enfin, pour prévenir l'apparition de problèmes musculo-squelettiques, le format des sacs de transport du linge souillé a été diminué, limitant ainsi le poids à manipuler par le personnel.

Au cours de l'année, le Service de Santé et sécurité du travail a également contribué à l'analyse de 69 questionnaires pré-emploi afin de rencontrer les critères de qualité et de prévention en matière de recrutement.

Direction des ressources financières



M. André Lachance, directeur des ressources financières intérimaire

L'année 2016-2017 a permis à l'équipe de la Direction des ressources financières de poursuivre la réorganisation administrative amorcée en 2015-2016 et de réviser ses méthodes de travail.

En mai 2016, suite au départ du conseiller en gestion financière une consultante externe a contribué à produire les états financiers périodiques et à soutenir les gestionnaires dans l'analyse et le suivi des résultats des activités de leurs services, jusqu'à l'arrivée du nouveau conseiller en novembre 2016.

Les résultats financiers déposés ne présentant pas l'équilibre budgétaire, la Direction des ressources financières a contribué activement à la préparation d'un plan de redressement, qui identifie des mesures d'économies visant quelques-uns des centres d'activités de l'établissement. La plupart de ces mesures sont récurrentes et, combinées à de nouvelles mesures récemment identifiées, continueront à s'appliquer en 2017-2018.

Résultats financiers

Malgré un suivi rigoureux des dépenses de l'établissement, les résultats financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2017 affichent un déficit d'exploitation de 441 882 \$, comparativement à un déficit de 114 070 \$ au 31 mars 2016.

Le déficit prend notamment en compte un montant de près de 135 000 \$ attribuable aux années antérieures, à la suite des analyses de gestion effectuées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'équilibre budgétaire demeure le défi prioritaire pour l'exercice 2017-2018.

Direction des ressources matérielles et techniques

L'année 2016-2017 a permis de consolider l'équipe de la Direction des ressources matérielles techniques, avec notamment l'entrée en fonction de 2 nouveaux gestionnaires :



M. Mario Cardin, directeur des ressources matérielles et techniques

M. Mario Cardin est nommé directeur des ressources matérielles et technique en novembre 2016. Architecte de formation, rigoureux et expérimenté, il s'occupe notamment des installations matérielles, des services alimentaires, de l'hygiène et la salubrité, des approvisionnements, des mesures d'urgence et de l'informatique.

Un nouveau chef des ressources matérielles et techniques rejoint l'organisation en juillet 2016, lequel travaille en étroite relation avec la Direction d'établissement, soins et services cliniques.

Projets et réalisations

Installation d'un système de gicleurs



L'année 2016-2017 a vu la concrétisation de plusieurs projets, dont l'installation d'un système de gicleurs, réalisée en 2 phases.

La 1^{ère} phase, qui sera complétée d'ici juin 2017, couvre l'installation des gicleurs et de leurs infrastructures au sous-sol, au rez-de-chaussée ainsi que dans les cages d'escalier. Ces travaux comprennent notamment l'installation de nouvelles conduites d'alimentation d'eau, les têtes de gicleurs et certaines retombées de plafond où il n'y avait pas suffisamment d'espace dans les entre-plafonds existants.

La 2^e phase se poursuivra au cours de l'année 2017-2018.

Réfection partielle de la toiture

La réfection partielle de la toiture, côté Est, a été terminée à l'automne 2016.

Une surveillance préventive des toits s'exercera annuellement par des inspections régulières.

Contrôle de la température de l'eau chaude

Une réglementation de la Régie du Bâtiment du Québec (RBQ) oblige les résidences pour personnes âgées et établissements de soins à limiter la température de l'eau chaude à un maximum de 43°C à la sortie du robinet de la baignoire et de la pomme de douche.

Des travaux d'ajustement ont été réalisés et un registre incluant les feuilles de vérification proposées par la RBQ est maintenant disponible.

Plan de mesures d'urgence

La capacité d'évacuation des personnes âgées en cas d'incendie tend à diminuer avec l'âge et, encore plus fortement dans la tranche d'âge de 75 ans et plus, où les limitations physiques et cognitives sont de plus en plus importantes. Il est donc important de procéder régulièrement à la formation des personnes hébergées et de procéder à des exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Durant l'année :

- ✚ 3 exercices d'évacuation ont été réalisés, en avril, juin et novembre;
- ✚ Des formations ont été dispensées à tous les membres du personnel.

Autres projets

- ✚ Installation d'un nouveau système de carte d'accès pour mieux sécuriser l'accès au bâtiment, mais aussi pour identifier clairement les personnes œuvrant au sein de l'établissement et ce, dans un enjeu de sécurité;
- ✚ Mise à niveau de la climatisation du 4^e étage et de l'unité de vie située au 2^e étage.

Gestion des actifs informationnels

Au cours de l'année 2016-2017, la réalisation de la dernière année du *Plan directeur informatique 2014-2017*, sous la supervision des ressources matérielles et techniques et en collaboration avec la firme externe mandaté à cet effet, a suivi son cours.

L'un des principaux chantiers, le rehaussement de l'infrastructure informatique de l'établissement et la remise à niveau du parc informatique, sera complété au cours de l'année 2017.

Dans le nouvel environnement, la majorité des unités utiliseront une technologie appelée « clients légers », dont l'avantage principal est l'optimisation du temps requis pour la gestion du parc informatique, notamment avec les mises à jour et le déploiement de logiciels en évitant des interventions locales multiples et individuelles. La gestion et la conservation des données sont également uniformisées et sécurisées en étant centralisées sur les serveurs.

La mise en place d'un nouvel environnement de serveurs, basé sur les meilleures pratiques de l'industrie et composé d'éléments de sécurité, assurera désormais une meilleure protection des données contre les attaques de virus et « *rançongiciels* ».

Durant l'année, 400 demandes diverses de services ont été traitées, principalement pour des correctifs, des demandes d'accès, des mises à jour, des mesures d'optimisation de performance des équipements et des pannes matérielles.

Service alimentaire



Un total de 119 679 repas a été servi à la cafétéria du personnel et des visiteurs ainsi que par le service traiteur, dont 109 298 repas étaient destinés aux personnes hébergées. Le menu est adapté pour 13 régimes thérapeutiques différents avec 8 textures et consistance différentes afin de répondre aux besoins des personnes hébergées. Afin de répondre à la demande, le Service alimentaire a dépensé 1 155 251 \$ et mis à contribution les 15 membres de son personnel.

L'assistante chef technicienne en diététique s'occupe également du volet gestion du Service alimentaire. En soutien à la chef de service, elle s'occupe des commandes, des horaires, de la facturation des repas ainsi que du volet qualité. Les menus de la période estivale et de la période hivernale ont été révisés afin d'offrir une plus grande variété de mets.

Cette année, le type de distribution alimentaire a fait peau neuve. D'un service en vrac dans les salles à manger, la distribution a été modifiée et est désormais effectuée par plateau dans les salles à manger ou directement dans les chambres.

Ce nouveau mode de distribution garantit la sécurité des aliments, tout en optimisant le travail du personnel du Service alimentaire. Les repas respectent les goûts, les préférences, les allergies et les aversions de la clientèle tout en assurant une diète et une texture conformes aux besoins.

Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle

À la suite des changements dans la distribution alimentaire, les personnes hébergées ont été rencontrées, à plusieurs reprises, avant l'implantation du projet et pendant les mois qui ont suivi afin de s'assurer de leur satisfaction.

En collaboration avec le comité des usagers, un sondage de la satisfaction de la clientèle hébergée sera réalisé durant la prochaine année.

Stagiaires du CRDITED

L'établissement continue d'accueillir des stagiaires du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de Montréal.

Sur les 3 stagiaires accueillis cette année, le Service alimentaire a formé 2 stagiaires, lesquels travaillent entre 4 et 5 jours par semaine et accomplissent diverses tâches comme, éplucher les légumes, les couper, nettoyer les tables dans les salles à manger, rouler des ustensiles, etc. Le 3^e stagiaire travaille à l'entretien ménager.

Réalisations

- ✚ Implantation du logiciel de menus Micro Gesta au Service alimentaire afin d'assurer une production et une distribution alimentaire respectant les besoins des personnes hébergées;
- ✚ Optimisation du type de distribution alimentaire;
- ✚ Standardisation des recettes, révision continue de l'offre alimentaire;
- ✚ Révision des tâches et des responsabilités des préposés au Service alimentaire, de l'aide cuisinier et du cuisinier;
- ✚ Implantation d'un système d'inventaire et de livraison de provisions sur les unités de soins;
- ✚ Création d'un document de référence concernant les diètes, les textures, les consistances et les allergies;
- ✚ Mise en place de mesures immédiates pour assurer la santé et la sécurité du personnel dans les espaces de la cuisine et de la laverie : ajustement des tables

de travail, achat de tapis antidérapants et de confort, déplacement des objets lourds.

- ✚ Réorganisation de l'espace de la salle à manger du 1er étage pour faciliter le travail des personnes préposées au Service alimentaire.

Nutrition clinique



La nutritionniste assure un soutien nutritionnel aux membres du personnel et aux personnes hébergées, notamment lors des admissions, des rencontres interdisciplinaires et des évaluations des troubles de la déglutition ou dysphagie.

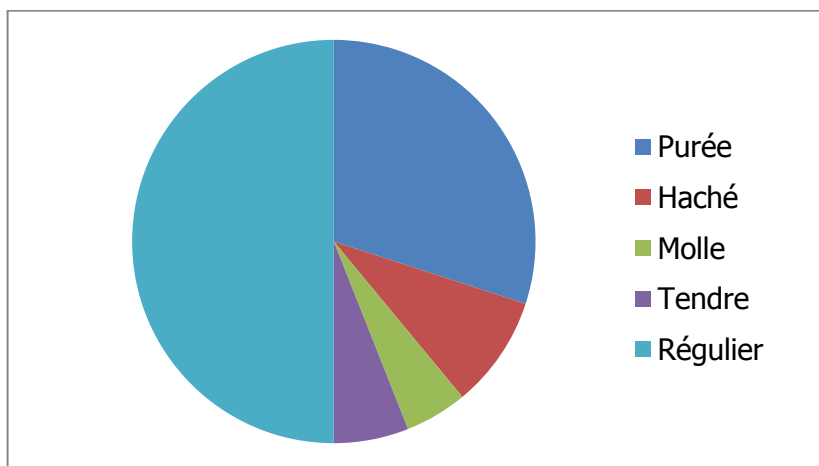
Son rôle est essentiel dans le contexte d'alourdissement de la clientèle, touchant particulièrement les textures adaptées, les diètes complexes et les allergies.

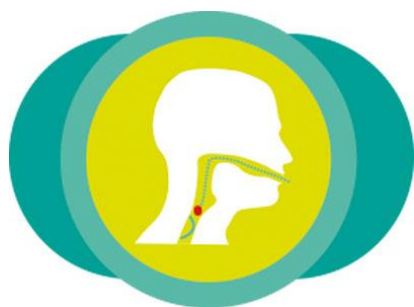
Durant l'année, 78 interventions ont été réalisées en nutrition clinique, auprès de 58 personnes hébergées. Ces personnes ont reçu des services de consultation en nutrition pour l'établissement d'un nouveau plan de traitement diététique, la révision d'un plan existant, l'adaptation des menus individuels ou la mise à jour des dossiers. L'intervention nutritionnelle la plus fréquente (38 % de toutes les interventions) est l'évaluation de la déglutition chez la personne hébergée.

À la fin mars 2017, concernant la clientèle :

- ✚ 11 % ont une alimentation nécessitant des liquides épaissis;
- ✚ 89 % ont une diète normale.

Répartition selon les textures





Cette année, une 5^e texture a été ajoutée à l'offre alimentaire : la texture molle. Elle permet aux personnes de recevoir des aliments faciles à mastiquer sans toutefois être hachés, tel qu'auparavant.

Une 3^e consistance de liquide a également été ajoutée : le nectar. Cette consistance correspond mieux aux personnes qui présentent une dysphagie légère pour les liquides.

L'assistante chef technicienne en diététique assure un volet clinique en soutien à la nutritionniste en place. Elle visite toutes les personnes hébergées à l'admission, les questionne sur leurs goûts, leurs préférences, leurs aversions, mais prend également en note les commentaires relatifs à la qualité de la nourriture offerte ainsi que les problématiques observées. L'information est ensuite transmise à la nutritionniste, aux cuisiniers et à la chef du Service alimentaire.

Réalisations

- ✚ Collaboration avec l'équipe des soins dans les plans d'intervention concernant le traitement des plaies.
- ✚ Poursuite et fin de l'implantation du projet MedPass; projet de supplémentation sous forme de dosettes prises aux repas.
- ✚ Implication, dans le cadre du déploiement du nouveau logiciel MicroGesta, dans 2 des 4 modules disponibles (gestion des menus, gestion de cuisine).

Données opérationnelles au 31 mars 2017

TYPE	2016-2017	2015-2016	Variation
Alimentation – Le Repas	119 679	120 213	- 534
Nutrition clinique – La personne hébergée	78	72	+ 6

Cette année, la nutritionniste est intervenue dans davantage de dossiers et a effectué plus d'interventions nutritionnelles.

À la suite du changement du type de distribution alimentaire, en novembre 2016, le temps consacré aux activités administratives liées à la logistique a considérablement diminué, permettant de consacrer plus de temps à la visite aux personnes hébergées.

La différence entre le nombre de repas avec l'année précédente est exclusivement due à une réduction des ventes de service au personnel aux personnes en visite.01

Direction de la mission

L'année dernière, un plan d'action a été mis en place afin de faire connaître les énoncés de mission et les valeurs JECRI :

Justice
Excellence
Compassion
Respect de la vie
Imputabilité



Cette année, un travail de consolidation est réalisé afin que la mission et les valeurs Providence soient intégrées aux documents administratifs, entre autres les affichages de postes, les grilles d'entrevue du personnel et les formulaires d'appréciation du rendement. Les pratiques organisationnelles mises de l'avant contribuent à bâtir une véritable identité culturelle pour concrétiser la mission.

Définition des valeurs et code d'éthique



Une réflexion est amorcée au printemps 2017 sur la définition de l'énoncé des valeurs en vue, notamment, de rédiger un nouveau code d'éthique qui intégrera les valeurs et leurs énoncés.

Les travaux se poursuivront au long de l'année 2017 et deviendront l'opportunité de consolider, avec les membres du personnel, la concrétisation des valeurs dans leurs fonctions respectives.

Autres activités réalisées durant l'année

- ✚ Janvier : Transmission du reportage sur Mère Gamelin, fondatrice des Sœurs de la Providence, par l'historien M. Jean-François Nadeau sur les ondes de Radio Canada Première;
- ✚ Février : La Voie/x Express : Mots cachés sur les valeurs;

- ✚ Exercice des membres de l'équipe de direction sur les comportements attendus en lien avec les valeurs;
- ✚ Des articles sur la mission dans les journaux La Voie/x.

Activités réalisées de façon continue

- ✚ Visionnement du DVD sur l'énoncé de mission et remise de la carte postale sur les valeurs ainsi que du cordon porte-carte avec les valeurs JECRI au nouveau personnel;
- ✚ Visites du Musée Providence, notamment aux gestionnaires;
- ✚ Inscription de la mission comme point statutaire aux ordres du jour du comité de direction afin d'assurer la gestion et le suivi du plan d'action;
- ✚ Implication continue de la directrice de la mission, Sœur Laurette Frigon, inspiratrice de sagesse.

Toutes ces activités visent à enraciner la mission, à renforcer une culture organisationnelle orientée sur les valeurs et la mission.

Visites du Musée Providence

En 2016, 2 visites ont été organisées pour le nouveau personnel cadre : le 18 avril et le 13 juin.

Plus qu'une simple visite historique, les personnes ressortent enthousiastes et inspirées par le charisme de la fondatrice des Sœurs de la Providence, Émilie Tavernier-Gamelin, contribuant ainsi à renforcer leur sentiment d'appartenance à l'organisation.



5. Conseil et comités de l'établissement

5.1. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CHSLD Providence–Saint-Joseph est une organisation dotée d'un statut spécial. En effet, quoiqu'étant un établissement privé, ce centre d'hébergement est reconnu comme un organisme de bienfaisance enregistré, en raison de sa structure de gouvernance qui le lie à une institution religieuse. Il est administré par un conseil d'administration de 7 membres, composé de 4 religieuses et 3 membres laïques.

- ✚ Sœur Claire Houde, s.p., présidente;
- ✚ Sœur Claudette Leroux, s.p., vice-présidente;
- ✚ Sœur Huguette Boucher, s.p.;
- ✚ Sœur Lise Marleau, s.n.j.m.;
- ✚ Mme Nicole Ouellet;
- ✚ M. Robert Lefebvre, trésorier;
- ✚ M. Jean Meloche.



*De gauche à droite, rangée du haut : M^{me} Danielle Gaboury, directrice générale,
M. Jean Meloche et Sœur Lise Marleau
Rangée du bas : M. Robert Lefebvre,
Sœur Claudette Leroux,
Sœur Claire Houde,
Mme Nicole Ouellet et Sœur Huguette Boucher*

La complémentarité des expertises des membres du conseil d'administration favorise une saine gouvernance de l'établissement. Leurs divers rôles et responsabilités sont décrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2 – LSSSS).

Les membres du conseil d'administration se réunissent généralement mensuellement, sauf pendant la période estivale, ou au besoin en cas d'urgence.

Le tableau ci-dessous présente les activités du conseil d'administration et des comités relevant du conseil d'administration, pour l'exercice financier 2016-2017 :

Nombre de rencontres	
Conseil d'administration	7
Comité d'audit et de finance	5
Comité d'éthique et de gouvernance	2
Comité de vigilance et de la qualité	3

Résolutions et mandats

Dans le cadre de leurs responsabilités, les membres du conseil d'administration s'assurent, entre autres, que la Direction générale et l'équipe de direction donnent suite à leurs décisions et gèrent l'organisation avec rigueur, efficacité et efficience.

Voici quelques-unes des principales réalisations :

- ✚ Approbation des rapports de suivi budgétaires mensuels;
- ✚ Approbation des états financiers annuels;
- ✚ Nominations des personnes dirigeantes;
- ✚ Nomination des membres du comité d'audit et de finance;
- ✚ Nomination des membres du comité d'éthique et de gouvernance;
- ✚ Nomination des membres du comité de vigilance et de la qualité;
- ✚ Désignation des signataires désignés pour les effets bancaires;
- ✚ Approbation de contrats, entre autres pour la réalisation de travaux ou pour des mandats de consultation;
- ✚ Nomination de cadres supérieurs;
- ✚ Nomination de médecins;
- ✚ Évaluation annuelle de la directrice générale et définition du mandat pour la prochaine année;
- ✚ Auto-évaluation des membres du conseil d'administration;
- ✚ Approbation des critères d'admissibilité comme membre du conseil d'administration;
- ✚ Approbation du mandat de la présidente du conseil d'administration.

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration signent annuellement le code d'éthique et de déontologie et s'engagent à adopter et à promouvoir une conduite conforme à l'éthique.

Aucune situation particulière ou manquement en lien avec l'application du code d'éthique des membres du conseil d'administration n'a été porté à l'attention du conseil d'administration au cours de l'exercice.

5.2. INSTANCES RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité d'audit et de finance



Le comité d'audit et de finance est composé de 3 membres du conseil d'administration; la directrice générale et le directeur des ressources financières intérimaire sont invités.

Le mandat du comité d'audit et de finance est de s'assurer de la surveillance et du suivi des recommandations de l'auditeur et du conseil d'administration et de voir à la bonne gestion de l'institution.

Comité d'éthique et de gouvernance

Le comité d'éthique et de gouvernance est composé de la présidente du conseil d'administration et de 2 membres indépendants; la directrice générale est invitée.

Les principaux objectifs du comité d'éthique et de gouvernance sont les suivants :

- ✚ S'assurer du respect des règles et pratiques de saine gouvernance mises en place pour la conduite des affaires de l'établissement, du conseil d'administration et de ses différents comités;
- ✚ Agir dans le respect des principes de gouvernance reconnus et dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de transparence;
- ✚ Promouvoir l'actualisation des valeurs retenues par le conseil d'administration dans la plus récente version de la planification stratégique tout en tenant compte des responsabilités canoniques décrites dans les règlements généraux de la corporation.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité est composé de 5 membres :

- ✚ 3 membres du conseil d'administration dont la présidente;
- ✚ La directrice générale;
- ✚ La commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

La directrice d'établissement, soins et services cliniques (DESSC) est invitée.

En vertu de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (LSSSS), les principales fonctions du comité sont de :

- ✚ Recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et par le Protecteur du citoyen;
- ✚ Tirer les conclusions de ces analyses des rapports et produire des recommandations au conseil d'administration en vue d'améliorer la qualité des services aux personnes hébergées;
- ✚ Exercer toute autre fonction confiée par le Conseil d'administration dans le cadre de son mandat.

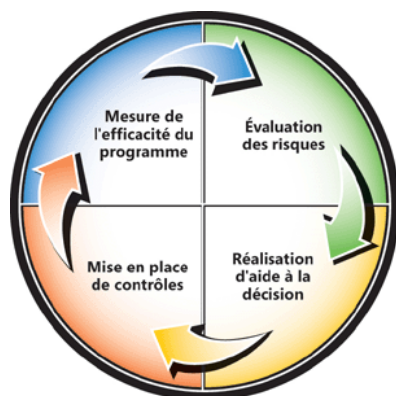
Lorsque le comité se réunit, les membres prennent connaissance des rapports transmis par la représentante du comité de gestion des risques ainsi que de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les recommandations qui en découlent font l'objet d'un suivi.

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu 3 rencontres au cours de l'année.

Les dossiers suivants ont fait l'objet de points statutaires à chacune des rencontres :

- ✚ Tableau de bord de la gestion des risques;
- ✚ Plan d'amélioration continue de la qualité;
- ✚ Suivi de la démarche avec Agrément Canada;
- ✚ Plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD;
- ✚ Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité;
- ✚ Suivi de différents indicateurs de qualité des services cliniques.

Comité de gestion des risques



Le comité de gestion de risques (CGR), instance formelle prévue par la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), est composé de :

- ✚ La personne responsable de la gestion des risques;
- ✚ Une personne représentant les personnes hébergées;
- ✚ Une personne représentant les bénévoles;
- ✚ Un membre du personnel clinique;
- ✚ La conseillère clinique et responsable de la prévention et du contrôle des infections;
- ✚ Une personne représentant la Direction des ressources matérielles, techniques et informationnelles;
- ✚ Une personne représentant la Direction des ressources humaines;
- ✚ La directrice d'établissement, soins et services cliniques, qui est désignée membre d'office par la directrice générale.

La représentativité équilibrée des membres au sein du comité est importante et un effort est fait afin de la maintenir.

Le comité de gestion des risques a consolidé ses stratégies de gestion afin de prévenir ou de réduire les risques au sein de l'établissement. Les principaux objectifs réalisés sont, entre autres :

- ✚ L'informatisation du tableau de bord ainsi que son appropriation par les gestionnaires dans le but d'obtenir des comparatifs et d'améliorer la qualité des soins et des services;
- ✚ L'amélioration des mécanismes de communication en matière de gestion intégrée de la qualité et des risques.

Faits saillants

- ✚ 5 événements sentinelle ont été comptabilisés avec l'élaboration d'un plan d'action;
- ✚ Le plan des mesures d'urgence (PMU) est en cours de réalisation, les échéanciers sont respectés;
- ✚ Une rencontre du comité de gestion des risques, dédiée à l'élaboration de la cartographie des risques, est prévue à l'été 2017.

Plan de sécurité 2015-2017

Promotion de la déclaration et de la divulgation des accidents et des incidents

La promotion de la déclaration et de la divulgation des événements indésirables a été effectuée en juin 2016. Également, lors de rencontres avec les équipes de jour, de soir et de nuit, la chef d'unités rappelle l'importance de la divulgation de tout incident ou accident. Le processus de déclaration et de traitement d'événements sentinelle a été complété.

Plan de sécurité des personnes hébergées 2015-2017

Offrir des soins et des services sécuritaires aux personnes hébergées, ainsi qu'un environnement convivial aux membres du personnel constitue une préoccupation constante. Selon le plan de sécurité des personnes hébergées, sur les 23 facteurs de risques identifiés, des mesures ont été mises en place et un plan d'action a été élaboré, permettant ainsi de régler 18 d'entre eux.

Boîte à risques

Avec la boîte à risques et les points statutaires de gestion de risques à l'ordre du jour de l'ensemble des comités et des rencontres d'équipe, l'établissement démontre une volonté ferme de mettre en place un milieu de soins sécuritaire pour les personnes hébergées et un désir constant d'amélioration au quotidien. Jusqu'à présent, les 2 risques provenant de la boîte à risques ont été gérés par les membres du comité des usagers de l'établissement.

Principaux risques d'incidents / accidents répertoriés dans le registre local

Au total, 361 événements indésirables ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, soit :

- ✚ 86 % sont des accidents (personne hébergée touchée);
- ✚ 14 % sont des incidents ou non déterminés (personne hébergée non touchée).

Événements déclarés selon le type d'événement

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NOMBRE	POURCENTAGE
Chutes	74	20 %
Événements en lien avec la médication	96	27 %
Événements en lien avec traitement / intervention	9	2 %
Plaie de pression stade II	2	1 %
Blessure origine inconnue	75	21 %
Blessure origine connue	39	11 %
Effet personnel/bris ou disparition	13	4 %
Autres	53	15 %
TOTAL	361	100 %

Comité de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Pour une 2^e année consécutive, une semaine complète a été consacrée à la prévention des infections sous le thème des « Jeux PCI 2016 ». Plusieurs activités se sont déroulées quotidiennement avec la participation des personnes hébergées, des membres de leur famille et du personnel, notamment :

- ✚ Kiosque d'information pour susciter la participation des personnes hébergées et de leur famille ainsi que celle du personnel;
- ✚ La poule aux œufs d'or, pour les personnes hébergées et leur famille;
- ✚ Exercice pratique avec l'équipement de protection individuelle (EPI);
- ✚ Partir à la recherche des Pokévirus;
- ✚ Mots cachés – mots croisés;
- ✚ Déambulation de la mascotte à l'occasion d'un jeu sur l'hygiène des mains.

Éclosions

Au cours de l'année, l'établissement a enregistré une période d'écllosion à l'influenza A. Cinq personnes hébergées ont été touchées durant 18 jours.

Vaccination antigrippale

La cible de 90 % des personnes hébergées vaccinées contre l'influenza, fixée par la santé publique, n'a pas été atteinte, mais une augmentation de 6 %, comparativement à l'année précédente est à noter et porte le taux à 86 %. Quant au personnel, médecins et bénévoles, le taux de vaccination contre l'influenza de a grimpé à 8 %, portant le taux à 42%.

La vaccination contre le pneumocoque a été relancée pour les personnes hébergées et le taux de couverture vaccinale est de 61 %.

Dans le domaine de l'hygiène et salubrité, un rehaussement a été effectué à savoir :

- ✚ Augmentation de la présence d'une personne en hygiène et salubrité 24 h sur 24 et 7 jours par semaine;
- ✚ Mise en place de nouvelles routes de travail et identification des zones grises incluses dans l'entretien journalier, hebdomadaire et mensuel;
- ✚ Formation du personnel de jour, soir et nuit sur les principes de désinfection des surfaces;
- ✚ Mise en place d'un nouveau produit désinfectant;
- ✚ Mise en place d'un comité d'hygiène et salubrité.

Comité des usagers



*De gauche à droite : Mme Marielle Roy, M. Ronald Bélisle, trésorier, Mme Joanne Larose, présidente, M. Gaétan Beaudin, Mmes Louise Dumond et Madeleine Picard.
Absente : Sœur Danielle Charron, s.p.*

Le comité est composé de 7 membres, à savoir :

- ✚ Une présidente;
- ✚ Une vice-présidente;
- ✚ Un secrétaire-trésorier;
- ✚ Un conseiller et 3 conseillères.

Un comité des usagers est constitué en vertu de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux.

Le comité des usagers a pour fonction de :

- ✚ Renseigner les personnes hébergées sur leurs droits et leurs obligations;
- ✚ Promouvoir l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie des personnes hébergées;
- ✚ Évaluer la satisfaction des personnes hébergées à l'égard des services obtenus;
- ✚ Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des personnes hébergées;
- ✚ Accompagner et assister, sur demande, une personne hébergée dans toute démarche qu'elle entreprend, y compris lorsqu'elle désire porter une plainte;
- ✚ Évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'Article 209.0.1 (LSSSS).

Le comité des usagers a tenu 1 assemblée générale annuelle et 5 réunions ordinaires au cours de l'année.

Il s'est impliqué dans plusieurs dossiers, notamment :

- ✚ Organisation d'une activité de visibilité à travers une épluchette de blé d'inde, à laquelle étaient conviées les personnes hébergées et leurs familles ou leurs proches;
- ✚ Participation de 3 membres du comité à un colloque organisé par le Conseil de protection des malades, sur les règles régissant l'hébergement en établissement public;
- ✚ Distribution du guide d'accueil de la personne hébergée, révisé en 2016;
- ✚ Production et distribution d'un calendrier sur lequel figurent les inscriptions concernant les droits des usagers et les services que le comité peut rendre;
- ✚ Distribution d'un feuillet explicatif sur le rôle du comité;
- ✚ Rencontre avec la représentante de la Direction d'établissement et la responsable du Service alimentaire;
- ✚ Participation à la distribution de 3 sondages produits par 3 différents services, soit : les services des communications, alimentaire et clinique;
- ✚ Travail pour l'élaboration d'un projet visant à entrer en contact et faire connaître le comité des usagers aux personnes hébergées présentant des troubles cognitifs;

- ✚ Réunions du comité, avec invitation de membres de la Direction, pour traiter des sujets touchant directement les personnes hébergées;
- ✚ Présence aux rencontres avec les familles des personnes hébergées, sur invitation de la Direction.

5.3. AUTRES COMITÉS

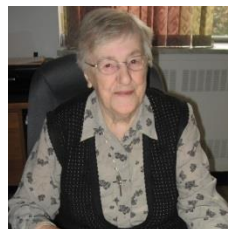
Comité de direction

Une équipe de cadres supérieurs met en œuvre les décisions du conseil d'administration et assure la réalisation des orientations stratégiques et les plans d'action en découlant.

L'équipe de la Direction générale est composée de :



*Danielle Gaboury
Directrice générale*



*Laurette Frigon, s.p.
Directrice de la mission – conseil*



*Stéphanie Larose, directrice d'établissement,
soins et services cliniques*



*André Lachance, directeur des ressources
financières intérimaire*



*Mario Cardin, directeur des ressources
matérielles et techniques*

Comité des communications

Le comité des communications assure une gestion efficace et cohérente de l'information, dans un souci de répondre aux besoins de la clientèle et des membres du personnel et ce, dans le respect de l'environnement légal, de la mission et des valeurs de l'organisation.



Le comité des communications est composé de la directrice générale, des cadres supérieurs et de la responsable du Service des communications et du Bureau de la Direction générale.

Comité de la mission

Le comité de la mission s'assure que la mission et les valeurs sont comprises et intégrées dans l'organisation, notamment par le biais d'activités ciblées.

Le comité de la mission a également à cœur de faire connaître l'histoire de la fondatrice des Sœurs de la Providence, Émilie Tavernier-Gamelin, ainsi que l'Œuvre des Sœurs de la Providence.

Le comité de la mission est composé de la directrice de la mission, de la directrice générale, de la coordonnatrice de la promotion de la mission, également responsable du Service des communications et du Bureau de la Direction générale, et des cadres supérieurs.



Magnifique orgue Casavant à la chapelle du CHSLD Providence–Saint-Joseph qui provient de l'ancienne Maison Mère des Sœurs de la Providence, sur la rue Fullum.

Comité local des mesures d'urgence



Le comité local des mesures d'urgence, formé de membres des différents secteurs de l'organisation, s'est rencontré à 2 reprises durant l'année.

Une mise à jour des données relatives aux mesures d'urgence a été effectuée en 2016 et rassemblées dans un cartable, disponible en permanence à la réception de l'établissement pour consultation.

Une formation d'une heure, assurée par le représentant d'une firme externe a été donnée à l'ensemble du personnel sur les 3 quarts de travail.

D'autres étapes de formation et des exercices d'évacuation sont prévus 2 fois par an afin d'assurer un milieu de vie et de travail sécuritaire.

6. Activités de l'établissement reliées à la gestion des risques et de la qualité

6.1. AGRÉMENT ET VISITES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

L'établissement poursuit sa démarche continue d'amélioration de la qualité et sa préparation en vue de la visite d'agrément, prévue en septembre 2018. À ce titre, les différentes équipes sont constituées et à pied d'œuvre.



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Au cours de l'été 2017, des formations sous forme de capsules seront données aux différents gestionnaires des soins afin de leur fournir les outils nécessaires à la mobilisation de leurs équipes.

Certaines normes sont déjà en déploiement telles que la politique sur l'analyse de biologie délocalisée (ADBBD) et une plus grande implication du comité des usagers, des personnes hébergées et de leurs proches. À cet effet, le comité des usagers a participé à l'élaboration des menus, à la lecture de quelques politiques et sera sollicité pour d'autres activités planifiées au cours de 2017-2018.

6.2. SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Afin d'assurer la sécurité de la clientèle hébergée, les incidents et les accidents font l'objet d'une analyse rigoureuse pour en identifier les causes, ainsi que les mesures préventives et correctives permettant d'en éviter la récurrence.

Le comité de gestion des risques (CGR), instance formelle prévue par la Loi sur les Services de santé et les services sociaux, veille à l'élaboration d'actions visant la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents / accidents. Le bilan de ce comité, faisant état de ses travaux, des moyens mis en œuvre, de ses réalisations et de ses objectifs pour l'année à venir en matière de sécurité des soins et des services, se retrouve sous la section *Conseils ou comités de l'établissement*.

6.3. EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

L'examen des plaintes constitue pour la population un moyen d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Dossiers d'insatisfactions

	2016-2017	2015-2016
Plaintes	2	0
Interventions	1	0
Assistances	0	0
Consultations	0	0
Plaintes médicales	0	0
TOTAL	3	0

Au cours de l'exercice, 2 dossiers de plaintes ont été enregistrés pour 4 motifs étudiés, un dossier d'intervention a été ouvert, toutefois aucun dossier d'assistance, de consultation ou de plaintes médicales n'a été enregistré.

Les 2 dossiers de plaintes étudiés ont été traités et conclus durant l'exercice dans le délai légal de 45 jours.

Le dossier d'intervention ouvert est toujours actif au 31 mars 2017.

Indicateurs d'activités du comité de révision

La fonction du comité de révision est d'examiner les demandes des personnes hébergées ou des professionnels qui sont en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur. Ce comité est composé de 3 membres nommés par le conseil d'administration.

En 2016-2017, il n'y a eu aucune activité de révision, ni aucune plainte médicale portée en deuxième instance.

L'entente de service entre le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS) et l'établissement est en cours de validation auprès du CIUSSS.

Volet promotion

Les affiches, dépliants et formulaires, concernant les droits des personnes hébergées et le mécanisme d'examen des plaintes, émis par le MSSS en mars 2016, sont maintenant installés et disponibles.

Sommaire des autres obligations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

ACTIVITÉS	NOMBRE
Promotion / Information au personnel et aux personnes hébergées	1
Participation au comité de vigilance et de la qualité	3
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes	0
Rencontre de travail sur le code d'éthique de l'établissement	1
Total des activités	5



*Mme Diane Desjardins
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services*

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



L'établissement réaffirme sa volonté d'offrir des soins de fin de vie de qualité et adaptés aux personnes hébergées et aux familles par l'adoption, en 2014, du programme d'accompagnement et de soins de fin de vie.

Au-delà des aspects théoriques et pratiques, une dimension d'amélioration continue de la qualité est prévue au programme, par l'entremise d'un questionnaire d'appréciation de la satisfaction de la clientèle, qui sera réalisé l'année prochaine. De cette façon, l'organisation s'assure de la prestation de soins optimaux, afin que ce moment soit vécu dans le respect, la dignité et l'intimité, avec tout le soutien nécessaire.

Le personnel des soins, les professionnels et les cadres clinico-administratifs ont été formés en 2016 et 2017 auprès du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, pour les volets 2 et 3 de la formation sur les soins de fin de vie et les soins de confort.

Depuis l'application de la directive ministérielle portant sur les soins de fin de vie, l'établissement n'a pas eu recours, durant l'année 2016-2017, à la sédation palliative ni à l'aide médicale à mourir.

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	14
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0

8. Ressources humaines de l'établissement

Dans le tableau ci-dessous se retrouvent les principales informations concernant les ressources qui sont à l'emploi du CHSLD.

Effectifs de l'établissement en équivalence temps complet

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
Personnel cadre (en date du 31 mars)				
Temps complet nombre de personnes (Note 1)	1	5	5	–
Temps partiel (Note 1) :				
– Nombre de personnes	2	5	2	3
– Équivalent temps complet (Note 4)	3	1,99	0,35	1,64
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	–	–	–
Personnel régulier (en date du 31 mars)				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	38	37	1
Temps partiel (Note 2)				
– Nombre de personnes	6	50	59	(9)
– Équivalent temps complet (Note 4)	7	42,31	31,41	10,90
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	–	–	–
Personnel non détenteur de postes (occasionnels)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	63 081	45 562	17 519
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	34,53	24,95	9,58

Note 1 : Excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2 : Excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3 : Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

Note 4 : Pour les lignes L. 03, L. 07 et L. 10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

9. Ressources financières

9.1. RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du CHSLD Providence–Saint-Joseph 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 ailleurs dans le rapport de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CHSLD Providence–Saint-Joseph reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit et de finance pour discuter de tout élément qui concerne son audit.




Danielle Gaboury
Directrice générale




André Lachance
Directeur des ressources
financières intérimaire

9.2. RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
Les Tours Triomphe
2540, boul. Daniel-Johnson
Bureau 210
Laval (Québec) H7T 2S3
Canada

Tél. : 450-978-3500
Télec. : 514-382-4984
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc.,

Les états financiers résumés ci-joints du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc., qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc., pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 20 juin 2017. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc. pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc. pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

Membre de Deloitte Touche Tohmatsu Limited

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 20 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, ainsi qu'il est exigé par le MSSS, les états financiers n'incluent pas les informations financières relatives aux immobilisations, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'a pas été déterminée.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception de l'incidence du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence-Saint-Joseph Inc., au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L / s.r.l. ¹

Le 28 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A116671

10. Résultats financiers

10.1. ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

CHSLD PROVIDENCE-SAINT-JOSEPH

ÉTAT DES RÉSULTATS

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars

	2016-2017	2015-2016
REVENUS		
Agence et MSSS	5 963 757 \$	6 024 231 \$
Contribution des usagers	1 565 108 \$	1 509 242 \$
Ventes de services et recouvrements	461 653 \$	498 818 \$
Revenus d'autres sources	21 662 \$	18 019 \$
TOTAL	8 012 180 \$	8 050 310 \$
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	6 622 125 \$	6 274 680 \$
Médicaments	93 546 \$	183 409 \$
Fourn. médicales et chirurgicales	49 500 \$	55 970 \$
Denrées alimentaires	242 122 \$	262 086 \$
Entretien et réparations	170 170 \$	139 626 \$
Autres charges	1 276 599 \$	1 248 609 \$
TOTAL	8 454 062 \$	8 164 380 \$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES	(441 882) \$	(114 070) \$

10.2. ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

CHSLD PROVIDENCE-SAINT-JOSEPH
ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS
Fonds d'exploitation
Exercice terminé le 31 mars

	2016-2017	2015-2016
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(2 292 844) \$	(2 178 774) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(441 882) \$	(114 070) \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(2 734 726) \$	(2 292 844) \$

10.3. ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

CHSLD PROVIDENCE-SAINT-JOSEPH
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE
Fonds d'exploitation
Exercice terminé le 31 mars

	2016-2017	2015-2016
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse (découvert bancaire)	434 696 \$	504 590 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	-	62 690 \$
Autres débiteurs	491 670 \$	425 744 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	580 395 \$	580 395 \$
Autres éléments	45 940 \$	35 537 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	1 552 701 \$	1 608 956 \$
PASSIFS		
Créditeurs - Agence et MSSS	98 475 \$	-
Autres créditeurs et autres charges à payer	2 255 335 \$	2 048 623 \$
Revenus reportés	9 579 \$	33 189 \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	743 801 \$	646 896 \$
Autres éléments	1 229 584 \$	1 229 584 \$
TOTAL DES PASSIFS	4 336 774 \$	3 958 292 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 784 073) \$	(2 349 336) \$
ACTIFS NON FINANCIERS		
Stocks de fournitures	34 818 \$	35 210 \$
Frais payés d'Avance	14 629 \$	21 382 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	49 447 \$	56 592 \$
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	100 \$	100 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(2 734 726) \$	(2 292 844) \$

10.4. ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

CHSLD PROVIDENCE-SAINT-JOSEPH

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars

	2016-2017	2015-2016
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(2 349 336) \$	(2 230 836) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(441 882) \$	(114 070) \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	- \$	- \$
VARIATIONS DUES A UX STOCKS DE FOURNITURES ET A UX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisition de stocks de fournitures	(253 627) \$	(314 073) \$
Acquisition de frais payés d'Avance	(55 487) \$	(73 148) \$
Utilisation de stocks de fournitures	254 019 \$	318 055 \$
Utilisation de frais payés d'avance	62 240 \$	64 736 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES A UX STOCKS DE FOURNITURES ET A UX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	7 145 \$	(4 430) \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	- \$	- \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(434 737) \$	(118 500) \$
	(2 784 073) \$	(2 349 336) \$

10.5. ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Exercice terminé le 31 mars

	2016-2017	2015-2016
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	(441 882) \$	(155 399) \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Stocks et frais payés d'avance	7 145 \$	(4 430) \$
Autres	- \$	- \$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie:	7 145 \$	(4 430) \$
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	364 843 \$	460 578 \$
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	(69 894) \$	300 749 \$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	- \$	- \$
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	- \$	- \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(69 894) \$	300 749 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	504 590 \$	203 841 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN	434 696 \$	504 590 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
Encaisse	434 696 \$	504 590 \$
Total	434 696 \$	504 590 \$

10.6. NORMES COMPTABLES

1. STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence–Saint-Joseph Inc., anciennement connu sous le nom de Centre d'hébergement de la Maison Saint-Joseph Inc. (la « Corporation »), est régi par la *Loi sur les sociétés par actions*. Elle détient un permis d'établissement privé conventionné émis par le Ministère de la santé et des services sociaux. Son statut d'établissement privé, et donc de société par actions, est imposé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, afin de permettre à Sœurs de la Providence, Province Émilie-Gamelin, son unique actionnaire, de conserver le contrôle sur l'établissement. Elle a pour mandat d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, la Corporation n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu, étant reconnue comme organisme de bienfaisance.

Le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence–Saint-Joseph Inc. ci-après désigné l'établissement est un établissement privé conventionné constitué en corporation sans but lucratif par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) le 18 novembre 2009.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le MSSS, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les états financiers n'incluent pas les informations financières relatives au fonds d'immobilisations, ni les informations connexes à fournir, tel qu'exigé par les directives du MSSS, ce qui n'est pas conforme aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-dessus.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont les créances irrécouvrables, la subvention à recevoir – réforme comptable, l'évaluation des passifs au titre des avantages sociaux futurs ainsi que les provisions de griefs. Les provisions pour l'assurance-salaire et les droits parentaux ont été initialement calculées par le MSSS et soumises à l'établissement en 2012-2013.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des estimations faites par la direction.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 *Présentation des états financiers* et SP 3450 *Instruments financiers* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 383, n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de la comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

f. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissements votée annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28) ou de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privé selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

i. Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

j. Charges

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus.

k. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

l. Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

m. Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur le marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés lesquels sont évalués à la juste valeur.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Crédateurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux crédateurs et autres charges à payer.

iv. Hiérarchie des évaluations à la juste valeur

Les instruments financiers comptabilisés à la juste valeur sont classés selon une hiérarchie qui reflète l'importance des données utilisées pour effectuer les évaluations. La hiérarchie appliquée dans le cadre de la détermination de la juste valeur exige l'utilisation de données observables sur le marché lorsque celles-ci existent. Un instrument financier pour lequel une donnée importante non observable a été prise en compte dans l'évaluation de la juste valeur est classé au niveau le plus bas de la hiérarchie qui se compose des niveaux suivants :

Niveau 1

Le calcul de la juste valeur repose sur les prix non ajustés cotés sur des marchés actifs pour des actifs ou des passifs identiques.

Niveau 2

Le calcul de la juste valeur repose sur des données autres que les prix cotés sur des marchés actifs visés au niveau 1, observables directement sous forme de prix ou indirectement lorsqu'elles sont déterminées à partir de prix.

Niveau 3

Le calcul de la juste valeur repose sur des données qui ne sont pas fondées sur des données de marché observables, donc sur des données non observables.

n. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier ou la méthode dite globale basée sur des données globales en utilisant des facteurs de croissance de la rémunération et du nombre d'individus en assurance salaire par année financière.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite ci-après et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées.

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars. Les obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

p. Stock de fournitures

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés des fournitures qui seront consommées dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Autres méthodes

i. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds.

ii. Comptabilité par fonds

Étant un établissement privé, le CHSLD Providence—Saint-Joseph Inc. n'est pas tenu de créer et de maintenir un fonds d'immobilisations et n'est pas assujéti à la politique de capitalisation des immobilisations.

iii. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la santé et des services sociaux.
- **Activités accessoires** : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- **Activités accessoires complémentaires** : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- **Activités accessoires de type commercial** : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

L'établissement ne présente aucune transaction dans les centres d'activités accessoires. Les revenus découlant de ces activités sont présentés sous le libellé Autres revenus, dans les Activités principales.

iv. Centre d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

v. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

vi. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations.

11. Annexe au rapport de direction

11.1. ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



PRÉAMBULE

Établissement privé conventionné, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence–Saint-Joseph inc. (CHSLD) héberge des personnes adultes vulnérables, en perte d'autonomie due à des problématiques de santé importantes. Il s'engage, à travers sa mission, à offrir des soins médicaux et infirmiers, ainsi que des services pharmaceutiques, psychosociaux, de réadaptation, de loisir, d'assistance et d'accompagnement spirituel. Les interventions respectent l'aspect unique de la personne tout en assurant un milieu de vie propice à l'épanouissement social.

L'administration d'une institution privée conventionnée présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'institution et la population.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante du Conseil d'administration pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration s'inscrit dans le cadre de la mission du CHSLD, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières dont il dispose.

Pour réaliser avec constance sa mission, le CHSLD privilégie, dans toutes ses orientations, les valeurs fondamentales de compassion, de justice, de respect de la vie, d'imputabilité et d'excellence. Outre l'adhésion à ces valeurs, le membre du Conseil d'administration souscrit aux principes de pertinence, de continuité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (*LSSSS*).

Le membre du Conseil d'administration contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision du CHSLD en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

Note : Outre des dispositions de la Loi sur le Ministère du Conseil exécutif, de la *LSSSS* et du *Code civil du Québec*, le présent Code d'éthique et de déontologie tire sa source du *Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux*, élaboré par l'AQESSS, en novembre 2012 et du code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration du CHUM.

DISPOSITIONS LÉGALES

Le présent Code d'éthique et de déontologie fournit un cadre de référence et détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du Conseil d'administration du CHSLD dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

Le Code s'applique à tout membre du Conseil d'administration du CHSLD.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du Conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du Conseil d'administration doit assister aux réunions du Conseil. Au cas contraire, il doit justifier son absence.
3. Le membre du Conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent.
4. Le membre du Conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
5. Le membre du Conseil d'administration doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.
6. Le membre du Conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt du CHSLD et de la population desservie (Article 174 de la LSSSS et article 322 du Code civil du Québec (L.R.Q., c. C-1991).
7. Le membre du Conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité.
8. Le membre du Conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du Conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.

9. La conduite d'un membre du Conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.
10. Le membre du Conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et participe activement aux décisions du Conseil d'administration.
11. Le membre du Conseil d'administration doit agir avec impartialité dans l'élaboration des orientations générales du CHSLD, et doit participer, dans un esprit de concertation, à leur mise en œuvre.
12. Le membre du Conseil d'administration doit donner priorité aux intérêts du CHSLD lorsqu'il participe à toute intervention, tout échange, toute délibération ou décision susceptible de mettre en jeu son intérêt personnel, professionnel ou institutionnel.
13. Le membre du Conseil d'administration doit préserver la confidentialité des échanges, discussions, positions défendues et votes des membres.

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

14. Le membre du Conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du Conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
15. Le membre du Conseil d'administration doit faire preuve de réserve à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales du CHSLD. S'il émet un point de vue personnel, il doit le préciser et éviter tous commentaires susceptibles de porter atteinte à l'intégrité du CHSLD et à ses propriétaires.
16. Tout membre du Conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du Conseil ou du CHSLD doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a un intérêt est débattu.

Le fait pour un membre du Conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse renommée et si le membre du Conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières.

17. Tout membre du Conseil d'administration doit déposer devant le Conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat conclu avec le CHSLD par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts [*Annexe 2*].
18. Tout membre du Conseil d'administration doit déposer devant le Conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec le CHSLD [*Annexe 2*].
19. La déclaration prévue aux paragraphes 15, 16 et 17 du présent Code doit être produite sur une base annuelle à une date déterminée par la présidente du Conseil d'administration.
20. En cours d'année, tout membre du Conseil d'administration doit produire une nouvelle déclaration, s'il se présente l'une ou l'autre des situations décrites aux paragraphes 15, 16 et 17 du présent Code non prévues dans la déclaration annuelle.

INDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

21. Le membre du Conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance, pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, professionnelles ou d'affaires ou de toute manifestation de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
22. Le membre du Conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
23. Le membre du Conseil d'administration doit sauvegarder, en tout temps, son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du Conseil d'administration :
 - Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le Conseil peuvent en être défavorablement affectés;
 - N'est pas indépendant comme membre du Conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
 - Ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

24. Le membre du Conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du CHSLD selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à toutes les personnes. Il ne peut confondre les biens du CHSLD avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CHSLD ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions de membre du Conseil d'administration.

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

25. Le membre du Conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Tout cadeau, toute somme d'argent, tout prêt à un taux préférentiel, toute remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude du membre du Conseil d'administration à prendre des décisions justes et objectives est notamment considéré comme un avantage prohibé.

26. Le membre du Conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser, ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

27. Le membre du Conseil d'administration ne peut recevoir aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses effectuées dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement (Article 165, LSSSS) ou le CHSLD.

28. Le membre du Conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent Code est redevable.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

29. Le membre du Conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, échange et de toute discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.

30. Le membre du Conseil d'administration doit agir de façon à ne pas tirer avantage indûment en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de personne administratrice ou de nuire aux intérêts du CHSLD.
31. Le membre du Conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès du CHSLD.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

32. Le membre du Conseil d'administration s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables. Tout manquement ou toute omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
33. Le membre du Conseil d'administration doit produire l'engagement de l'[Annexe 1].
34. Toute personne qui est d'avis qu'un membre du Conseil d'administration a pu contrevenir à la loi ou au présent Code d'éthique et de déontologie en saisit la présidente du Conseil d'administration.
35. La présidente du Conseil d'administration désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie.
36. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le Conseil d'administration pour agir à ce titre.
37. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Le membre du Conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne à la source de l'allégation.
38. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport à la présidente du Conseil d'administration.
39. En tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, la présidente du Conseil d'administration peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois membres du Conseil d'administration qu'elle désigne.
40. Le comité notifie au membre visé du Conseil d'administration les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à

celles du Code d'éthique et de déontologie. La notification informe le membre visé qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements concernés.

41. Sur conclusion que le membre visé du Conseil d'administration a contrevenu à la loi ou au présent Code, le comité, après avoir entendu le membre visé, ou à l'expiration du délai dont bénéficie le membre visé, recommande aux membres du Conseil d'administration l'imposition d'une sanction.
42. Le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer au membre visé du Conseil d'administration. Ce dernier ne peut assister à la rencontre.
43. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. Le membre visé du Conseil d'administration est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.
44. Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

45. Le Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le Conseil d'administration.
46. Le Code d'éthique et de déontologie est accessible au public en tout temps et disponible au bureau de la Direction générale.
47. Le Code d'éthique et de déontologie est inclus au rapport annuel du CHSLD et doit faire état :
 - Du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - Du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - Du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - Du nom des membres du Conseil d'administration ayant été suspendus ou déchus de charges.

Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie

ENGAGEMENT PERSONNEL ET AFFIRMATION D'OFFICE du membre du Conseil d'administration

(Il est suggéré que chaque membre
du Conseil d'administration signe l'engagement suivant
dont l'original sera conservé dans les registres du Conseil)

**J'AI PRIS CONNAISSANCE
DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU**

**CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE
DURÉE PROVIDENCE–SAINT-JOSEPH INC.
(CHSLD PROVIDENCE–SAINT-JOSEPH)**

ET JE M'ENGAGE À M'Y CONFORMER.

Signature du membre du Conseil d'administration

Date

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS du membre du Conseil d'administration

Annuelle En cours d'année Déclaration pour l'année _____

Je, soussigné(e) _____ membre du Conseil d'administration du CHSLD Providence–Saint-Joseph, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens les intérêts suivants dans une personne morale, une société ou une entreprise qui sont susceptibles de me placer en situation de conflit d'intérêts entre mon intérêt personnel ou celui de l'un de mes proches avec le CHSLD Providence–Saint-Joseph.

➤ Non Oui

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. Je déclare être placé(e) dans la ou les situations potentielles de conflits d'intérêts suivantes entre mon intérêt personnel ou celui de l'un de mes proches et celui du CHSLD Providence–Saint-Joseph.

➤ Non Oui

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

3. J’agis à titre d’administrateur/administratrice d’une personne morale, d’une société, d’une entreprise ou d’un organisme à but non lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le CHSLD Providence–Saint-Joseph.

➤ Non [] Oui []

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

4. J’occupe le ou les emplois suivants :

Emploi	Employeur
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

5. Je m’engage à déclarer toute situation qui surviendrait en cours d’année et qui viendrait modifier la présente déclaration.

6. En vertu de la présente déclaration, je m’engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m’abstenir de siéger au Conseil d’administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu’une question portant sur l’entreprise dans laquelle j’ai des intérêts personnels est débattue.

EN FOI DE QUOI, J’AI SIGNÉ À _____, LE _____

Signature du membre du Conseil d’administration



5605, rue Beaubien Est
Montréal (Québec) H1T 1X4

Téléphone : 514 254-4991

