



CHSLD Providence
Notre-Dame de Lourdes
Un milieu de vie ça se bâtit

Rapport annuel de gestion

EXERCICE FINANCIER 2014-2015

Permis d'exploitation N° : 1175 – 5501



Rapport annuel de gestion 2014-2015
approuvé par le conseil d'administration du 25 juin 2015

1870 BOUL. PIE IX • MONTRÉAL (QUÉBEC) • H1V 2C6
Téléphone : 514 527-4595 • Télécopie : 514 527-4595

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE.....	4
MESSAGE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE.....	6
1. Déclaration de faisabilité des données et des contrôles afférents du rapport de gestion	
RAPPORT DE LA DIRECTION.....	7
1. Direction générale	7
2. Direction d'établissement, soins et services cliniques (DESSC).....	8
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
1. Historique de l'établissement.....	10
2. La Mission.....	11
3. Structure de l'organisation.....	12
3.1 Structure administrative - organigramme.....	12
3.2 Direction générale.....	13
3.2.1 Direction d'établissement, soins et services cliniques (DESSC).....	13
Service médical.....	13
Service de la pharmacie.....	15
Service de la réadaptation.....	16
Service social	16
Service des loisirs et des activités thérapeutiques.....	16
3.2.2 Direction des ressources humaines.....	17
Service d'accueil.....	17
Service des ressources humaines.....	17
3.2.3 Direction des ressources financières.....	19
Service d'alimentation.....	19
3.2.4 Direction des ressources matérielles et techniques.....	21
Gestion des actifs informationnels.....	22
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	23
1. Les orientations stratégiques.....	23
2. Agrément.....	26
3. Sécurité des soins et des services.....	26
4. Examen des plaintes et promotion des droits.....	26
CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	28
1. Conseil d'administration.....	28
2. Comité des usagers	29
3. Comité de gestion des risques.....	30
4. Prévention et contrôle des infections.....	31
5. Comité de Vigilance et de la qualité (CVQ)	32
Évaluation des mesures de contrôle.....	33
Comité des mesures d'urgence.....	33
Santé et sécurité du travail.....	34
RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	35
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	36
TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS	
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....	43
ANNEXE.....	50

LISTE DES ACRONYMES

AC	AGRÉMENT CANADA
AEPC	ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS
AQESSS	ASSOCIATION QUEBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
ASI	ASSISTANTE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
ASSSM	AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL
CA	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CGR	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES
CH	CENTRE HOSPITALIER OU CENTRE D'HÉBERGEMENT
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CPSST	COMITÉ PARITAIRE DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL
CMDP	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CRT	COMITÉ DE RELATIONS DE TRAVAIL
CIUSSS	CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICE SOCIAUX
CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
CSST	COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL
CPU	COMITÉ DU PLAN D'URGENCE
DG	DIRECTION GÉNÉRALE
DESSC	DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES
INESSS	INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
MAH	MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
MOI	MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE
PCI	PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
PDRH	PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
PDSB	PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES
PFT	PLAN FONCTIONNEL ET TECHNIQUE
PNDL	PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES
POR	PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES
PPE-PMO	PLAN DE LA PLANIFICATION DES EFFECTIFS ET DE LA MAIN-D'ŒUVRE
RITM	RÉSEAU INTÉGRÉ DE TÉLÉCOMMUNICATIONS MULTIMÉDIA
SAG	SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE
SORIF	SERVICE D'ORIENTATION ET DE RECHERCHE D'EMPLOI POUR L'INTÉGRATION DES FEMMES AU TRAVAIL
SST	SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

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

Le rapport annuel de gestion du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes présente les résultats et faits saillants de la période 2014-2015. Plusieurs réalisations méritent d'être soulignées; elles s'inscrivent dans un processus d'amélioration continue faisant partie des orientations du plan stratégique.

Au fil des pages, vous serez témoins de la vitalité de notre organisation et constaterez les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et des services ainsi que le milieu de vie des personnes hébergées, notamment par l'implantation d'un programme de gestion intégrée des risques, l'opérationnalisation des recommandations de la visite ministérielle, les partenariats et l'ouverture sur la communauté et l'encouragement à la participation citoyenne.

Sur le plan de la gouvernance, le conseil d'administration est passé de cinq à sept membres, à la suite d'une modification des règlements. Il est désormais composé de quatre religieuses et trois membres laïques de différents secteurs d'activités professionnelles.

De plus, après quatre mois de vacance, le poste de Directeur des ressources matérielles et techniques a été comblé. À la suite d'une restructuration à la direction des ressources financières, les responsabilités relatives à la gestion des ressources informationnelles, des approvisionnements ainsi que du service alimentaire ont été transférées à la Direction des ressources matérielles et techniques.

Cette année a également été marquée par les nombreuses activités visant à promouvoir et amorcer une réflexion participative sur notre énoncé de mission et, plus particulièrement, sur les cinq valeurs Providence qui sont à la base de toutes relations humaines de qualité et qui colorent tout acte posé pour le bien de la personne et pour le bien commun : **compassion, justice, respect de la vie, imputabilité et excellence.**

Grâce à un effort collectif et une mobilisation remarquable de nos équipes, nous sommes fières des résultats obtenus à la suite de la visite d'Agrément Canada, une première expérience pour notre organisation avec cet organisme. Nous tenons également à souligner la rigueur administrative démontrée par l'équipe de gestion à l'égard du contrôle des dépenses, qui a permis d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Encore cette année, nous avons continué nos démarches auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en vue d'actualiser notre programme fonctionnel et technique (PFT) qui, malheureusement, est au ralenti, compte tenu du contexte de restructuration annoncée de l'ensemble du réseau de la santé.

L'année 2014-2015 se termine par un bilan positif, de nombreuses réalisations dont la mise en œuvre de la première année de la planification stratégique triennale.

Enfin, nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance aux membres du conseil d'administration, aux gestionnaires, à tous les membres du personnel, aux médecins, aux bénévoles ainsi qu'à tous nos partenaires qui, par leur engagement et leur savoir-faire, contribuent à nous permettre d'aller toujours plus loin dans l'amélioration de la qualité des services et du milieu de vie de nos personnes hébergées, dans le respect des valeurs de notre mission.

La présidente du conseil d'administration



Sœur Claire Houde, s.p.

La directrice générale



Danielle Gaboury

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS DU RAPPORT DE GESTION

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 2014-2015 du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes :

- ✚ 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 2015.

La directrice générale,



Danielle Gaboury

RAPPORT DE LA DIRECTION

1. DIRECTION GÉNÉRALE

Les états financiers du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes 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 contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre d'hébergement de soins de longue durée Providence Notre-Dame de Lourdes 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 et il a approuvé les états financiers. 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.

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.

La directrice générale,



Danielle Gaboury

Le directeur des ressources financières
par intérim



André Lachance

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

Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes a connu de nombreux développements au cours de l'année 2014-2015. L'année a débuté avec la fin de la préparation à notre première visite d'Agrément Canada; une première avec cet organisme pour Providence Notre-Dame de Lourdes. Une année bien remplie couronnée de succès! Notre établissement a été agréé.

L'année 2014-2015 s'est déroulée sous le thème du changement et du renouveau. Félicitations aux gestionnaires et au personnel qui se sont mobilisés avec professionnalisme afin de veiller au bon fonctionnement de l'établissement, par un service empreint de respect envers nos personnes hébergées. Afin de maintenir le cap sur les priorités organisationnelles et consolider les liens de l'équipe, le comité de gestion s'est réuni toutes les trois (3) semaines.

À la lecture du rapport au 31 mars 2015, vous serez à même de constater une réduction de la main d'œuvre indépendante (MOI), importante au niveau des préposées aux bénéficiaires et des infirmières auxiliaires. Nous avons aussi maintenant une équipe de chefs d'activités complète, ce qui aura dans les mois à venir un impact significatif sur notre main d'œuvre indépendante (MOI) infirmière. Cependant, l'embauche et la rétention des infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI) demeurent une préoccupation. L'hiver et la saison de l'influenza ne nous ont pas épargnés. Quelques éclosions ont touché nos personnes hébergées et le personnel. L'équipe des loisirs a encore une fois redoublé d'ingéniosité pour minimiser l'impact sur nos personnes hébergées et la fête de Noël a été sauvée de justesse! Les nombreux défis du quotidien nous ont amenées à enrichir notre équipe d'une animatrice en loisir et d'une psycho-éducatrice.

La qualité et la sécurité des soins et des services sont au centre des orientations stratégiques 2014-2017 et au cœur de nos préoccupations quotidiennes. Les plans d'amélioration déposés dans le cadre de la visite d'appréciation et de l'amélioration continue de la qualité des services se poursuivent. Des audits de qualité sont maintenant réalisés mensuellement. La qualité et l'excellence de nos soins sont une préoccupation de tous les instants. La rédaction d'un cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité proposera un modèle intégrateur des activités reliées à l'amélioration continue de la qualité sous un même modèle. Il sera prêt à l'automne 2015.

En ce qui concerne la gestion intégrée, un plan de sécurité s'échelonnant sur 2 ans a été rédigé. Après seulement un an, près 70 % des objectifs du plan de sécurité étaient atteints. Le comité dynamique en est aussi un de vigilance et s'assure de l'harmonisation et de la cohérence de nos différents plans d'action. La gestion des risques et de la qualité est une préoccupation à tous les niveaux de l'organisation, pour Providence Notre-Dame de Lourdes.

Les nombreux changements sur le plan de l'organisation des services de santé amenés par le projet de loi 10, ont aussi été d'actualité pour notre centre. Fort d'un historique de collaboration très présent dans l'est de Montréal, c'est avec plaisir que nous continuerons notre collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes est très fier d'avoir été, dès janvier 2015, parmi les deux premiers établissements privés conventionnés à intégrer le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) du CSSS Lucille-Teasdale.

Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes est très fier d'avoir été, dès janvier 2015, avec le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph, parmi les deux premiers établissements privés conventionnés à intégrer le mécanisme d'accès à l'hébergement

Nous profitons de la présente pour remercier tout le personnel : les médecins, les bénévoles et toute l'équipe de direction et des gestionnaires pour leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins et des services pour la clientèle du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

La directrice d'établissement, soins et services cliniques



Stéphanie Larose

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1. HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le 15 septembre 1943, le conseil général de la Communauté des Sœurs de la Providence décide de faire l'acquisition de l'Hôpital Notre-Dame de Lourdes situé au 1870, boulevard Pie-IX, à Montréal; le contrat est signé le lendemain.

Dès le 18 septembre 1943, quinze (15) religieuses entrent en fonction à l'Hôpital qui compte alors trois cent vingt-cinq (325) malades logés à l'étroit dans des salles surchargées. Il y a un (1) aumônier, deux (2) médecins et soixante-dix (70) employés.

En 1971, malgré le projet de Loi 65, la Communauté parvient à sauvegarder l'Hôpital Notre-Dame de Lourdes en convertissant la corporation de l'hôpital en une compagnie à fonds social.

En juin 1974, le ministre des institutions financières, Compagnies et Coopératives accorde les lettres patentes à la corporation. De plus, afin de garder à l'Hôpital Notre-Dame de Lourdes son caractère d'œuvre de charité, des démarches sont entreprises auprès des ministres des Revenus fédéral et provincial en vue de faire reconnaître l'Hôpital Notre-Dame de Lourdes comme organisme de charité enregistré.

Entre les années 1980-1995, l'Hôpital a subi des rénovations majeures le transformant en un établissement des plus modernes et il dispose d'installations physiques et d'équipements spécialisés et adaptés qui contribuent au maintien de l'autonomie et au bien-être des résidents. Au cours de cette période, son nombre de lits a été ramené de 222 à 162 lits, répartis en trois unités de soins.

En janvier 1998, l'Hôpital Notre-Dame de Lourdes change son statut « Hôpital » pour celui de « Centre d'hébergement et de soins de longue durée », et sa désignation devient alors « Providence Notre-Dame de Lourdes inc. ». Les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont alors un défi à relever, celui d'humaniser les interventions auprès des personnes hébergées et transformer les institutions en milieu de vie substitut, c'est-à-dire créer un environnement qui ressemble le plus possible à un « chez soi », où l'offre des soins et des services est de plus en plus personnalisée. En 1998, le CHSLD a commencé l'implantation du programme « *Milieu de vie* » pour les résidentes et résidents et leurs familles.

2. MISSION

En continuité de l'œuvre caritative d'une organisation laïque nommée Hôpital Notre-Dame de Lourdes, les Sœurs de la Providence ont pris la relève en 1943 afin d'y poursuivre la mission de leur fondatrice, Mère Émilie Tavernier-Gamelin. Établi au cœur du stimulant quartier Hochelaga-Maisonneuve de Montréal, cet établissement est maintenant nommé le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

Grâce au professionnalisme, à l'expertise et au dynamisme de son personnel, le centre héberge des personnes adultes vulnérables, en perte d'autonomie due à des problématiques de santé importantes. Il 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. Les interventions respectent l'aspect unique de la personne tout en assurant un milieu de vie propice à l'épanouissement social.

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

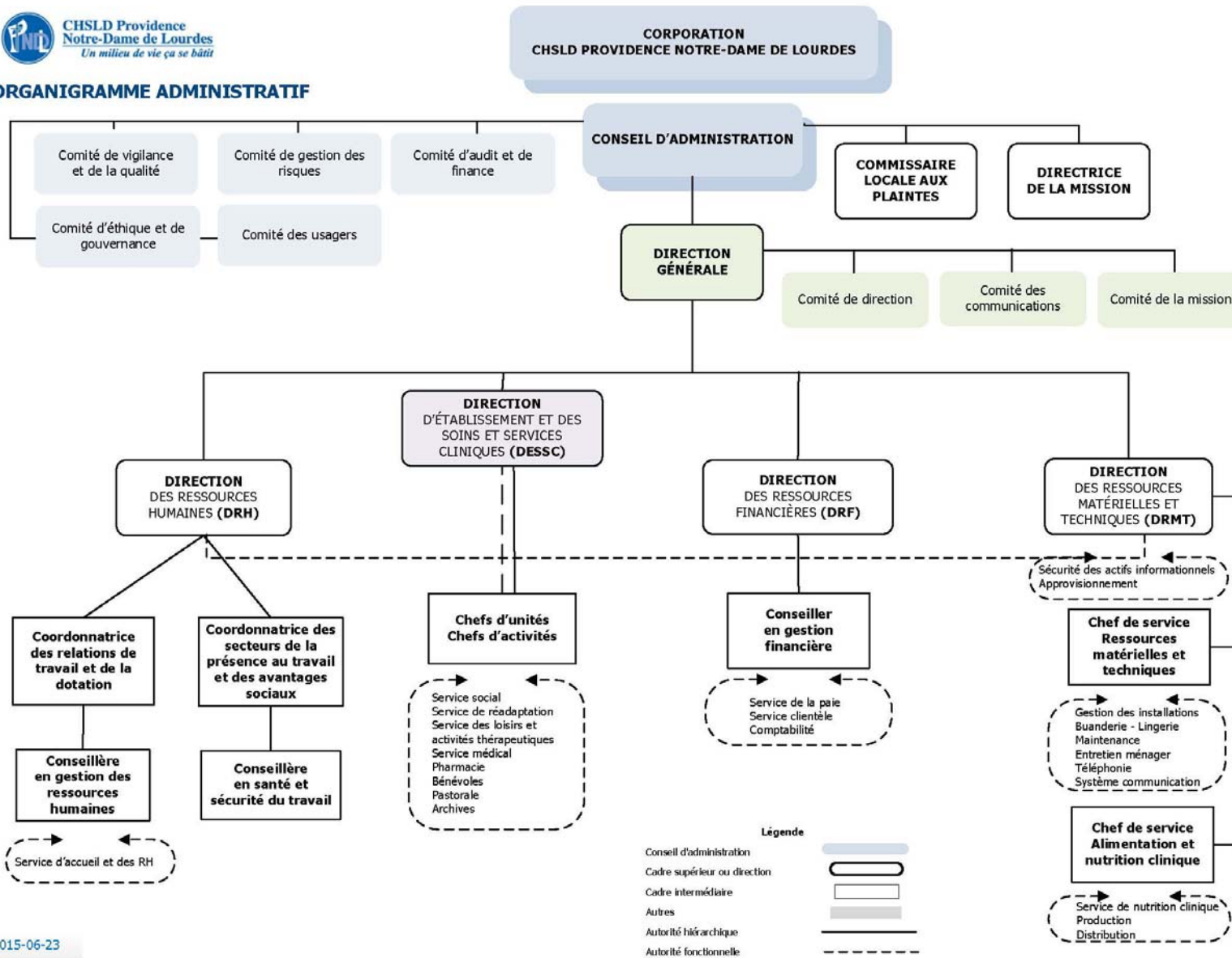
Dans une vision humaniste et évolutive, centrée sur la personne hébergée, le personnel de l'établissement assure une qualité optimale des soins et services dans un climat de vie et de travail chaleureux et novateur pour que se développe un sentiment d'appartenance fort et fructueux.

3. STRUCTURE DE L'ORGANISATION

3.1. STRUCTURE ADMINISTRATIVE – ORGANIGRAMME



ORGANIGRAMME ADMINISTRATIF



2015-06-23

3.2 DIRECTION GÉNÉRALE

Afin d'assister le conseil d'administration, la Direction générale, secondée par la Direction d'établissement, soins et services cliniques, 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 (CA);
- ✚ s'assurer de l'exécution des décisions prises par le CA;
- ✚ assurer la gestion courante des activités et des ressources mises à sa disposition;
- ✚ rendre compte, périodiquement, de sa gestion au conseil d'administration;
- ✚ transmettre au conseil d'administration toute l'information nécessaire qu'il requiert pour assumer ses responsabilités;
- ✚ s'assurer que la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercée dans l'établissement sont effectuées;
- ✚ réaliser tout autre mandat confié par le conseil d'administration.

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

La Direction d'établissement, soins et services cliniques s'assure, en plus de son volet administratif et coordination, du développement, de l'élaboration, de l'évaluation, des recommandations sur le choix des politiques et des programmes, de la philosophie et des buts portant sur ses secteurs d'activités, en conformité avec les dispositions du plan d'organisation en vigueur.

Pour réaliser son mandat et assumer pleinement son rôle, elle doit être assistée des autres services de l'établissement, afin de disposer des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles nécessaires.

Les soins infirmiers et d'assistance sont au cœur du centre d'hébergement et représentent un des plus importants services de notre organisation.

SERVICE MÉDICAL

Le Service médical du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence Notre-Dame de Lourdes est un regroupement de trois (3) médecins qui répondent à des besoins d'ordre clinique et administratif notamment pour des fins de distribution de soins médicaux, d'évaluation de la qualité de ces soins.

Il regroupe des médecins détenant un statut et des privilèges autorisés par le conseil d'administration :

- ✚ veiller au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux de l'établissement;
- ✚ s'assurer que les soins médicaux fournis sont conformes aux besoins des personnes hébergées;
- ✚ voir à l'organisation et aux modalités applicables d'un système permanent de garde et de son bon fonctionnement;
- ✚ contribuer à toute mesure susceptible d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées;
- ✚ conseiller l'administration du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes sur toute question relative aux soins médicaux.

La présence d'un médecin est assurée dans l'établissement pour environ 12 demi-journées par mois. De plus, un médecin de garde est disponible vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine.

Les médecins participent, annuellement, à une réunion médico-administrative pour faire le point et se donner un plan d'action pour l'année à venir. La pharmacienne participe également à cette réunion. De plus, chaque médecin évalue les actes médicaux posés au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes en utilisant la méthode d'évaluation par critères objectifs et l'étude des dossiers de décès (dossiers de létalité).

Au besoin, les médecins participent aux réunions interdisciplinaires où sont élaborés les plans d'interventions pour les personnes hébergées. Ces réunions sont une occasion, pour le médecin, d'obtenir des renseignements autres que médicaux et d'apporter des informations médicales importantes aux membres de l'équipe.

Cette année, deux réunions du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ont été tenues; soit une rencontre du Comité exécutif, du Comité de pharmacologie et du Comité d'évaluation.

Les règlements du CMDP ont été entièrement révisés. La révision des ordonnances collectives a été amorcée de façon interdisciplinaire. La liste des substitutions automatiques a été rafraîchie.

Des élections ont eu lieu et la nomination des membres a été reconduite par acclamation.

De nombreuses réflexions ont été effectuées sur des sujets variés tels :

- ✚ les constats de décès;
- ✚ les niveaux de soins;
- ✚ le système de garde et de remplacement de vacances;
- ✚ la pertinence de certaines analyses de laboratoire (INESSS);
- ✚ les règles de l'art pour bien compléter la feuille sommaire (formulaire AH-109);
- ✚ l'anticoagulothérapie (INESSS);
- ✚ les applications informatiques utiles pour la pratique;
- ✚ les médicaments potentiellement inadéquats en gériatrie (Critères de Beers).

Toutes ces réflexions ont entraîné des discussions de fond qui impliqueront de nouveaux objectifs pour l'année qui vient.

Bref, l'année 2014-2015 s'est avérée être une année de transition. Plusieurs projets seront consolidés en 2015.





SERVICE DE LA PHARMACIE

Le Service de pharmacie assure aux personnes hébergées du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes des soins et des services personnalisés de qualité, en conformité avec la mission, la philosophie et les valeurs de l'organisation.

L'approche-client prônée se distingue par le souci constant d'excellence et se base sur des interventions proactives. La surveillance étroite de la thérapie, la personnalisation des soins et des services pharmaceutiques, la connaissance globale de la personne hébergée et de ses besoins constituent quelques exemples des pierres angulaires de notre pratique.









Le quotidien du service de pharmacie est teinté d'un esprit interdisciplinaire axé sur l'étroite collaboration avec les médecins, le personnel infirmier, les professionnels et les personnes hébergées et leurs proches.

Quatre volets de pratique encadrent l'offre de service de la pharmacie :

-  volet distribution;
-  volet clinique;
-  volet info-conseil;
-  volet enseignement.

L'année 2014-2015 s'est avérée fertile en réalisations, petites et grandes. Lors de la visite d'Agrément Canada, le service de pharmacie s'est mérité une note de 95 % pour le volet gestion des médicaments.

Afin d'illustrer l'activité du service de pharmacie, nous vous présentons sommairement quelques exemples intéressants qui constituent en partie les réalisations de l'année :

-  participation aux tournées médicales sur les unités;
-  participation aux rencontres interdisciplinaires (régulières et spécifiques);
-  réalisation de 2 audits (entretien des aérochambres et administration sécuritaire des médicaments);
-  élaboration et présentation d'une formation sur la pharmacothérapie dans le cadre des soins de fin de vie;
-  révision des politiques existantes et élaboration de nouvelles politiques (un total de 32 politiques);
-  réalisation de 161 bilans comparatifs des médicaments (BCM);
-  rédaction de 239 notes cliniques au dossier des personnes hébergées;
-  cueillette, enregistrement et analyse de 1 996 rapports d'analyses de laboratoire en lien avec la pharmacothérapie.

SERVICE DE LA RÉADAPTATION

L'équipe du service de réadaptation est composée d'une physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'une préposée en physiothérapie et en ergothérapie. Les personnes travaillent en étroite collaboration pour offrir des services de réadaptation physique, d'évaluation des habiletés fonctionnelles et d'adaptation de l'environnement pour nos personnes hébergées.

Au cours de l'année 2014-2015, l'ergothérapeute a été formé aux mesures de contrôle et a participé à la formation de 66 % du personnel soignant, ce qui a permis de réduire notre taux de contention à 12 %. De plus, en collaboration avec la nutritionniste, il a travaillé avec les préposés aux bénéficiaires à rendre l'activité repas conforme aux attentes ministérielles, soit d'assurer un positionnement adéquat et un contact visuel constant durant les repas.

SERVICE SOCIAL

Notre travailleuse sociale offre des services qui prennent la forme d'information à la personne, de relation d'aide, de médiation auprès de l'entourage de la personne hébergée, d'aide à l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude, d'ouverture d'un régime de protection privée ou publique ou encore d'aide à la gestion de conflit, au besoin. Elle intervient de façon individuelle, familiale ou en groupe toujours dans l'optique de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie de la personne hébergée. Elle facilite l'accueil et l'installation de la personne hébergée.

Jusqu'en décembre 2014, notre travailleuse sociale a été le lien entre les établissements demandeurs d'hébergement et le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes et cela a contribué à un nombre record de personnes aidées au cours de l'année 2014-2015. Par la suite, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) a pris la relève.

SERVICE DES LOISIRS ET DES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES

Membre de la Fédération québécoise du loisir en institution, le service des loisirs du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes s'associe aux Artisans bénévoles, un organisme sans but lucratif, pour présenter différentes demandes de subventions. Ainsi, le service des loisirs a obtenu une subvention du gouvernement du Québec pour la fête nationale des québécois, laquelle a permis l'embauche d'une étudiante, par le biais du programme placement-carrière été 2014 du gouvernement canadien. Une autre subvention du même palier gouvernemental, provenant du programme Nouveaux horizons, a permis l'achat de 7 tablettes électroniques pour les personnes hébergées.

De septembre à décembre 2014, nous avons accueilli 4 stagiaires en technique d'intervention en loisirs du Cégep du Vieux-Montréal et, depuis septembre 2014 jusqu'au mois de mai prochain, 2 stagiaires en éducation spécialisée du Cégep Marie-Victorin seront dans l'établissement 2 jours par semaine. De plus, nous avons retenu les services d'une animatrice en loisirs pour la réalisation d'activités de soirées, à raison de 3 soirs par semaine.

Depuis avril 2014, une seconde récréologue assure la mise en place des activités de loisirs, en tenant compte des besoins et des goûts des personnes hébergées, dans une démarche de qualité de vie, de libre-choix, de normalisation, d'expression de l'autonomie et de créativité des personnes hébergées.

Certaines activités requièrent un champ de compétences différent, ainsi Zoothérapie Québec intervient depuis février auprès de personnes hébergées préalablement sélectionnées.

Sorties, repas thématiques, visites de musées, fabrication d'un court métrage et séances de doublage sont des activités auxquelles nos personnes hébergées participent avec enthousiasme.

3.2.2. DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE D'ACCUEIL

Le Service d'accueil a fait peau neuve et s'est mis au goût du jour pour recevoir chaleureusement les personnes hébergées, leur famille, les personnes visiteuses et le personnel. En harmonie avec la mission des Sœurs de la Providence, Province Émilie-Gamelin, l'accueil porte les valeurs fondamentales de compassion, de justice, de respect de la vie, d'imputabilité et d'excellence qui reflètent l'image de ses fondatrices.

Le personnel de l'accueil se fait un plaisir de répondre aux questions, de guider les personnes vers leur destination et assurer diverses responsabilités, notamment la sécurité de l'établissement et certains travaux administratifs.

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

L'année 2014-2015 a certainement été marquée par l'obtention de la certification d'Agrément Canada.

Plusieurs dossiers ont pu être mis de l'avant, notamment la mise sur pied du comité de développement des ressources humaines (PDRH), la gestion des griefs, la promotion des nouvelles valeurs organisationnelles découlant de l'énoncé de mission, le suivi des cibles du MSSS et des orientations stratégiques de l'organisation ainsi que le support aux personnes salariées et aux gestionnaires de l'établissement pour toutes question touchant les ressources humaines.

Nous avons également procédé au rehaussement de la version de notre système informationnel Logibec (version 4.4). Ce rehaussement technologique nous a permis de réviser et d'améliorer certains des processus entourant la gestion de la liste de rappel et de procéder dorénavant à l'approbation des relevés de présence par chacun des chefs de services et d'unités, pour leur groupe respectif. Toutefois, l'objectif pour la prochaine année est de cheminer vers l'approbation à l'horaire des personnes salariées.

Il est également important de souligner que les comités de relations de travail (CRT) avec les trois syndicats (CSN, FIQ et APTS) ont aussi été repris sur une base mensuelle afin de maintenir des relations de travail harmonieuses au sein de l'organisation.

La direction des ressources humaines a apporté, tout au long de l'année, son soutien aux services de l'établissement tant au niveau de l'identification des besoins que du recrutement du personnel nécessaire à la réalisation des activités. Compte tenu des efforts mis pour le recrutement afin de bâtir une liste de rappel pouvant répondre aux différentes demandes de remplacements, c'est avec fierté que nous soulignons être bien en deçà des cibles pour la main-d'œuvre indépendante pour la catégorie des infirmières, soit 14.11 % (cible : 21.41 %) et à 0.63 % pour les infirmières auxiliaires (cible : 0.81 %), ainsi que pour le temps supplémentaire des infirmières 4.73 % (cible : 7.14 %).

Au cours de l'année 2014-2015, nous notons d'autres réalisations telles que :

- ✚ la révision de notre politique sur la reconnaissance du personnel, de laquelle découle : la reconnaissance des années de service;
- ✚ la fin de la révision du programme d'orientation avec l'intégration d'une vidéo sur le nouvel énoncé de mission;
- ✚ la mise en œuvre d'un plan et d'un comité de développement des ressources humaines (PDRH);
- ✚ le début des révisions des descriptions de postes;
- ✚ la révision du PPE-PMO (plan de la planification des effectifs et de la main-d'œuvre) visant l'attraction, la rétention et l'augmentation de la présence et la disponibilité au travail.

De plus, l'organisation a poursuivi ses efforts afin d'offrir au personnel des formations vouées au développement professionnel ainsi qu'aux besoins de la clientèle.

Voici une liste, non exhaustive, des principales formations qui ont eu lieu au courant de l'année 2014-2015 :

- ✚ formation *lavage des mains*;
- ✚ formation *AGIR 3* — (4 formateurs internes accrédités);
- ✚ formation approche *fin de vie*;
- ✚ formation *prévention des infections*;
- ✚ formation Hygiène et salubrité (MAPAQ);
- ✚ formation Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) (1 formateur interne accrédité);
- ✚ formation *mesures plan de mesure d'urgence* – code rouge et code vert
- ✚ formation *mesures de contrôle*

Ce qui totalise 4 379,78 heures de formation, soit 118 790,41 \$ et un total de 234 personnes salariées formées.

Nous sommes aussi un milieu de stage pour les étudiantes et étudiants seulement. Cette année, nous avons reçu de nombreux stagiaires, dont entre autres, une

stagiaire de l'Université de Montréal, finissante au baccalauréat en relations industrielles.

Nous avons également collaboré avec le Service d'orientation et de recherche d'emploi pour l'intégration des femmes au travail (SORIF), un organisme d'emploi Québec, afin qu'une personne en réorientation de carrière puisse faire un stage d'observation à titre de préposée aux bénéficiaires.

3.2.3. DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'année financière 2014-2015 aura été celle de la continuité. En fait, la direction des ressources financières a poursuivi avec la réalisation de son plan opérationnel qui découle des orientations stratégiques 2014-2017 de l'organisation.

L'équipe a travaillé au déploiement du processus de suivi budgétaire périodique, débuté l'an dernier, en impliquant les gestionnaires dans les suivis périodiques des résultats, augmentant par le fait même leur niveau d'imputabilité. À ce titre, le conseiller en gestion financière a tenu plusieurs rencontres pour accompagner les gestionnaires dans l'analyse et la justification des écarts entre les résultats réels périodiques et les prévisions budgétaires. Également, plusieurs rencontres entre les gestionnaires et le conseiller en gestion financière furent l'occasion d'apprentissages et de transferts de connaissances.

Ainsi, les efforts soutenus de l'équipe de gestionnaires du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, tout au long de l'année financière, a permis de présenter des résultats financiers en surplus de 57 671 \$ au 31 mars 2015, comparativement à un déficit de 91 529 \$ au 31 mars 2014.

La direction des ressources financières entend procéder à la révision de sa structure organisationnelle afin d'améliorer son service auprès de ses clientèles, notamment en produisant les informations de gestion appropriées et au moment opportun. L'identification de moyens pour réduire le délai de production des résultats financiers périodiques et d'accroître l'offre de services et le support figurent également au nombre des objectifs de l'année en cours.

Enfin, un suivi rigoureux de la situation financière de l'organisation permettant l'équilibre budgétaire demeure un défi constant. Nul doute que les dirigeants, les gestionnaires et l'ensemble du personnel de l'organisation investiront à nouveau les efforts nécessaires afin de répéter cette expérience de l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 2015-2016.

SERVICE D'ALIMENTATION

Un total de 228 625 repas ont été servis, à la cafétéria du personnel et des visiteurs et au service de traiteur.

Parmi ce nombre, 215 636 repas ont été servis aux personnes hébergées.

Le menu est adapté pour 12 régimes thérapeutiques différents et 10 textures et consistances différentes variées afin de rencontrer les besoins des personnes hébergées.

Pour répondre à cette demande, le service alimentaire a disposé d'un budget de 1 370 728 \$ et a mis à contribution les 32 membres de son personnel.

LES FAITS SAILLANTS

- ✚ standardisation des recettes incluant mets principaux, desserts, soupes et accompagnements;
- ✚ amélioration de l'offre des collations servies aux loisirs lors d'évènements spéciaux tels que les fêtes du mois;
- ✚ mise à jour des produits alimentaires disponibles à contrat;
- ✚ réorganisation de la réserve alimentaire afin d'assurer la santé et sécurité du personnel;
- ✚ ajustement des prix de la cafétéria et service de traiteur afin de refléter davantage la réalité économique de la province, tout en respectant les conventions collectives;
- ✚ implantation d'un menu d'hiver diversifié et respectant les goûts et aversions des personnes hébergées.

NUTRITION CLINIQUE

La participation de la nutritionniste clinique se reflète au niveau des admissions, des rencontres interdisciplinaires et des évaluations des problèmes de dysphagie. Son expertise a fait en sorte que l'on s'y réfère en général pour des évaluations de la déglutition, du risque de dénutrition, de glycémie mal contrôlée et de collaboration au plan d'intervention concernant le traitement des plaies.

L'alourdissement au niveau de l'alimentation est d'autant plus présent et touche particulièrement les textures adaptées, les diètes complexes et les allergies, et ce, dans un contexte de taux de roulement de la clientèle considérable.

À la fin de mars 2015, 50 % de la clientèle avait une alimentation de texture modifiée (molle, hachée et purée) et 11 % des personnes nécessitaient des liquides épaissis.

Au niveau des diètes, 37 % ont une diète normale, c'est-à-dire aucune restriction ni spécification (ex. sans salière) à leur alimentation.

En cours d'année, 450 interventions en nutrition ont été faites, et ce, auprès de 233 personnes hébergées.

FAITS SAILLANTS – NUTRITION CLINIQUE

- ✚ implication dans les protocoles de fin de vie et d'hypoglycémie;
- ✚ implication au niveau du nouveau logiciel Micro-Gesta, et ce, dans les trois modules disponibles (gestion de menus, nutrition clinique et évaluation nutritionnelle);
- ✚ implication au niveau du projet MedPass, projet de supplémentation de résidentes et résidents sous forme de dosettes prises aux repas;
- ✚ implication au service alimentaire quant aux changements de menus et adaptation de recettes;
- ✚ réalisation d'un audit qualité du processus de l'activité-repas;
- ✚ animation de capsules d'information sur les meilleures pratiques en matière d'alimentation des résidentes et résidents.

STAGIAIRES EN NUTRITION DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Cette année, nous avons eu le plaisir d'accueillir deux stagiaires en nutrition de l'Université de Montréal. Ces stagiaires, sur le point d'obtenir leur diplôme de nutritionniste, sont venues passer 4 à 5 semaines avec la chef du service alimentaire afin d'apprendre les rouages du métier de gestionnaire d'un service alimentaire.

DONNÉES OPÉRATIONNELLES

	2013-2014	2014-2015	Variation
Alimentation — repas	207 000	228 625	+ 21 625
Nutrition clinique – usager	176	233	+ 57

La statistique *Alimentation — repas* et son augmentation est principalement due à un ajustement des calculs au niveau de l'alimentation des usagers et des services de ventes. L'augmentation de la statistique *nutrition clinique l'usager* est reliée à un achalandage particulier en fin d'année avec un nombre d'admissions important.

Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle

Nous avons poursuivi la procédure par laquelle une technicienne en diététique visite quotidiennement les personnes hébergées pour améliorer leur menu. Elle leur demande 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. Elle transmet ensuite l'information aux cuisiniers, à la nutritionniste et à la chef du service alimentaire. Il en va de même lorsqu'il y a de nouveaux mets au menu.

De plus, afin de sécuriser la distribution d'aliments lors d'activités de loisirs en groupe, des collations spéciales adaptées à toutes les textures d'aliments sont offertes aux résidentes et résidents ainsi qu'à leurs invités. Aussi, une mise à jour rigoureuse et hebdomadaire de la liste des régimes et textures et des consistances est remise au personnel des loisirs afin de favoriser une alimentation sécuritaire lors des activités de loisirs.

3.2.4. DIRECTION DES RESSOURCES MATÉRIELLES ET TECHNIQUES

Les efforts déployés en 2014-2015 sont demeurés en lien avec les objectifs déterminés au plan d'amélioration continue. Les opérations quotidiennes réalisées visaient l'amélioration constante de la qualité du milieu de vie. Le maintien des actifs et la mise à niveau de certains de nos équipements ont été au centre de nos préoccupations.

Dans la foulée des projets amorcés l'an dernier et pour lesquels une enveloppe budgétaire avait été octroyée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les travaux de rénovations se sont poursuivis. Ils ont été réalisés dans le cadre de l'amélioration du confort de la clientèle, la prévention des infections et l'hygiène salubrité.

La rénovation de quatorze chambres et huit salles de bain ainsi que l'installation de lève-patients sur rail ont été complétées à l'unité 2. Nous avons également procédé au remplacement du revêtement de sol à la cafétéria.

Le système téléphonique a été remplacé. L'organisation dispose maintenant d'un système de communication plus efficace et d'une technologie supérieure à la précédente. Le personnel dispose également d'un système de communication entre la cuisine et les unités facilitant le transport des chariots-repas.

Pour assurer une sécurité accrue de l'environnement intérieur, l'installation de détecteurs de monoxyde de carbone a été intégrée au système de ventilation.

L'espace de la réception a été réaménagé et offre maintenant un environnement de travail plus adéquat, sécuritaire et fonctionnel. De nouvelles installations ont été effectuées à la salle Marie-Paule Levaque. Dorénavant, les personnes hébergées profiteront de visionnement sur grand écran avec projecteur.

GESTION DES ACTIFS INFORMATIONNELS

En cours d'année, la direction des ressources matérielles et techniques s'est vue attribuer la gestion du dossier des ressources informationnelles. L'organisation a poursuivi son engagement lié au respect des normes de sécurité au niveau informatique.

Accompagnée par une firme externe, la direction a poursuivi le déploiement du plan directeur informatique. En ce sens, l'aménagement de la salle des serveurs et le remplacement des équipements ont été réalisés. L'organisation dispose maintenant d'une salle des serveurs à la fine pointe de la technologie qui répond aux exigences de sécurité et de conservation des données.

La mise à niveau des postes de travail a également débuté et sera poursuivie dans les prochains mois. L'ensemble des postes sera migré vers un concept « client léger » afin d'assurer une mise à jour constante des logiciels utilisés.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT RÉSULTAT AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

1. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les orientations stratégiques adoptées pour les années 2014-2017, sont les suivantes :

- Mettre en place une structure organisationnelle efficace et efficace;*
- Accompagner les personnes et les organisations dans le changement;*
- Promouvoir et assurer l'excellence des soins et des services;*
- Assurer la pérennité de l'œuvre et de la mission Providence.*

Ces orientations ont guidé les décisions et les actions de l'établissement tout au long de cette année. De ces orientations découlaient 16 objectifs dont 8 sont réalisés, 7 sont en cours de réalisation et 1 seul reste à actualiser, et ce malgré les nombreux changements vécus par notre organisation au cours de la dernière année. Les équipes se sont mobilisées pour atteindre ou poursuivre nos objectifs.

Conjointement à cette démarche, l'année 2014-2015 s'est terminée à la fin de notre premier cycle avec Agrément Canada. Une mobilisation des équipes entreprise avec beaucoup de conviction et d'énergie qui a été récompensée. Trois recommandations ont été faites auxquelles nous devons apporter des correctifs en cours d'année. Toujours soucieuses de promouvoir et d'assurer la qualité des soins et des services dans l'établissement, les différentes équipes continuent de travailler conformément aux plus hauts standards de qualité dictés par Agrément Canada.

Dans le même ordre d'idée, le souci d'offrir aux personnes hébergées un milieu de vie de qualité fait partie des préoccupations quotidiennes de tout l'établissement. Ainsi, l'année 2014-2015 a marqué la fin d'un cycle de visites d'amélioration du milieu de vie effectuées par le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), couronnées de réussite. Février 2015 annonçait le début d'un nouveau cycle. Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes est fier d'avoir un comité d'usagers dynamique qui collabore avec la direction de l'établissement relativement à plusieurs dossiers touchant les usagers.

Partenaire impliqué du réseau montréalais, nous avons travaillé toute l'année à la transformation du réseau en étroite collaboration avec le CSSS Lucille-Teasdale maintenant le CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. Parmi les faits saillants, le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes a été l'un des 2 premiers établissements privés conventionnés à intégrer le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH). Ce qui nous a permis, jumelé à un plan de communication et de mise en valeur de l'établissement, de réduire nos temps d'admission et d'augmenter nos taux d'occupation passant d'un creux historique de 93% à 97%. Et ce taux est actuellement à la hausse à plus de 99%. C'est avec beaucoup d'enthousiasme et avec une volonté de continuité, de consolidation et d'efficacité que nous commençons 2015-2016.

**DONNÉES SUR LA CLIENTÈLE AU 31 MARS 2014 - STATISTIQUES
COMPARATIVES**

	2014-2015	2013-2014	variation
Nombre de lits	162	162	-
Résidents admis	99	88	11
Jours présence	57 503	55 878	1 625
Taux d'occupation moyen	97,25%	94,5%	2,75%
Inhalothérapie – L'utilisateur	53	42	11
Pastorale – L'utilisateur (nbre de personnes)	185	151	34
Services sociaux – L'utilisateur (nbre de pers.)	181	85	96
Physiothérapie - Heures de prestations de services	1 243	1 130	113
Physiothérapie - Le jour-traitement	1 327	1 093	234
Ergothérapie - Heures de prestations de services	979	809	170
Ergothérapie - Le jour-traitement	616	565	51
Activités - Loisirs - La participation (nbre pers.)	6 591	7 095	-504
Activités - Loisirs - Le temps vécu loisirs (minutes)	1 058 910	1 042 710	16 200
Déplacements d'utilisateurs	911	815	96
Archives – L'admission, la visite, l'utilisateur	1 015	1 013	2
Nutrition clinique – L'utilisateur	233	176	57
Alimentation - Le repas	228 625	207 000	21 625
Buanderie - Le kilogramme de linge souillé	248 277	244 317	3 960
Hygiène et salubrité - Mètre carré	5 336	5 336	-
Hygiène et salubrité – Désinfection – Le départ	96	75	21
Fonctionnement des installations – Le mètre cube	25 918	25 918	-
Entretien/réparation parc immobilier/mobilier – Le mètre carré	7 850	7 850	-
Heures travaillées	291 997	293 014	-1 017
Heures rémunérées	404 332	407 122	-2 790
Nombre de jours de l'exercice financier	365	365	0

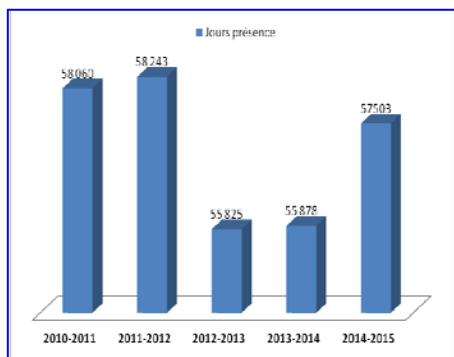
En procédant à une analyse comparative des données opérationnelles, nous constatons que :

- ✚ le taux de roulement de la clientèle a légèrement augmenté comparativement à l'année dernière, passant de 54 % à 61 %, soit 99 personnes hébergées admises sur 162 lits dressés. En 2014-2015, 91 % de nos admissions sont en hébergement transitoire comparativement à 82 % en 2013-2014 et à 90 % en 2012-2013, influençant assurément notre taux moyen d'occupation qui est inférieur à 99 %;
- ✚ les jours-présence ont augmenté de 3 %, situation explicable par notre adhésion au mécanisme d'accès à l'hébergement;
- ✚ en physiothérapie, les heures de prestation de services ont augmenté de 10 % alors que les jours-traitements ont augmenté de 21 %. Cette augmentation est due à la présence de la physiothérapeute toute l'année sans absence de longue durée;
- ✚ en ergothérapie, les heures de prestation de services ont augmenté de 21 % alors que les jours-traitements ont augmenté de 9 %. Cette augmentation est due à la présence de l'ergothérapeute toute l'année sans absence longue durée;
- ✚ en activités loisirs, la participation a diminué de 7 % alors que le temps vécu loisirs a augmenté de 2 %. Cette variation est principalement attribuable, au départ d'une récréologue, à l'absence du technicien en loisirs non remplacé et à l'arrêt des activités durant les périodes d'éclosions;
- ✚ en nutrition clinique, le nombre d'usagers différents rencontrés a augmenté de 32 %, dû à l'accroissement du nombre d'admissions;
- ✚ en alimentation, le nombre de repas a augmenté de 10 %. En 2013-2014, la rénovation de la cuisine avait occasionné une baisse de volume.

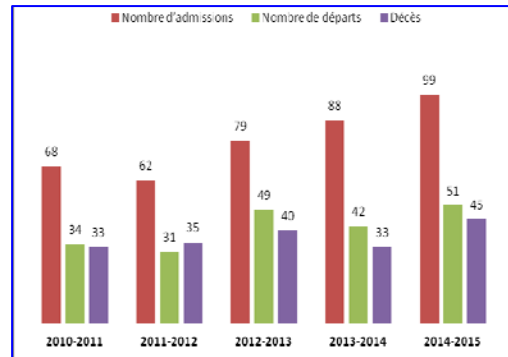
L'établissement s'est assuré, par l'entremise de son processus de planification budgétaire, d'apporter des mesures d'efficacité dans l'allocation des ressources financières, plus particulièrement dans des secteurs n'ayant aucun impact sur la prestation de services à sa clientèle hébergée. De façon plus précise, les secteurs administratifs et les installations matérielles ont revu en profondeur l'allocation de leurs ressources et ont apporté leur contribution à l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

2.

Jours de présence des personnes hébergées 2014-2015



Mouvements des personnes hébergées 2014-2015



AGRÉMENT et VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

Nous avons obtenu notre Agrément avec Agrément Canada, lors de la visite du 11 et 12 juin 2014. Nous avons des plans d'action pour trois des quatre équipes, à savoir, pharmacie, soins de longue durée et leadership.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie par le MSSS et l'Agence de Montréal

La visite d'appréciation de la qualité de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal a eu lieu les 10 et 11 février 2015. Nous avons eu 10 recommandations, elles font partie d'un plan d'action. Le suivi conjoint de ce plan d'action sera fait avec le CIUSSS de l'est. Nous sommes en mesure de respecter les échéanciers prévus pour la majorité des cibles mentionnées au plan d'action ou sommes sur la bonne voie de l'être.

3. SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La sécurité des soins et des services est une priorité au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes. Ainsi, en 2014-2015, plusieurs actions ont été réalisées afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents. Nous conformant aux exigences d'Agrément Canada, nous avons publié à cinq reprises l'*Info gestion de risques*. Cette publication, se veut un moyen de divulguer nos résultats et de permettre à tout le personnel de connaître les résultats des incidents/accidents et d'obtenir de l'information quant au rôle du comité de gestion de risques des dossiers qu'il priorise.

4. EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Le rôle de la commissaire est bien spécifique. En *effet*, elle entretient des relations avec les gestionnaires et intervenants qu'elle interpelle dans l'examen des insatisfactions qui lui sont soumises, et *surtout*, elle doit garder en tête le principe de base, soit, la qualité des services offerts à la clientèle desservie. Nous avons un devoir d'équité, de cohérence et de neutralité.

Rappelons qu'afin d'assurer l'indépendance de notre rôle, nous relevons du Conseil d'administration. Nous sommes responsables du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs insatisfactions et de leurs demandes d'assistance.

Nous vous présentons le rapport annuel 2014-2015 qui résume le travail effectué par le bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes pour la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015.

VOLET ADMINISTRATIF

Parallèlement aux activités quotidiennes du bureau de la commissaire locale, nous avons :

- ✚ participé au comité de vigilance (deux [2] rencontres);
- ✚ fait la promotion des droits des usagers (une [1] rencontre);
- ✚ fait et participé à la visite ministérielle.

PLAINTES MÉDICALES — PLAINTES TRANSMISES AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de l'exercice 2014-2015, une plainte médicale a été traitée et aucune plainte n'a été transmise au Protecteur du citoyen.

DOSSIERS D'INSATISFACTION			
	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Plaintes	2	3	2
Interventions	0	3	1
Assistances	3	3	1
Consultations	0	2	6
Plaintes médicales	0	2	1
Total	5	12	11

Indicateurs 2014-2015 d'activités du médecin examinateur

Quatre (4) motifs sont à l'étude pour la plainte médicale reçue au cours de l'exercice 2014-2015.

Indicateurs 2014-2015 d'activités du comité de révision

La fonction du Comité de révision est d'examiner les demandes des usagers ou professionnels qui sont en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur.

Le Comité de révision est composé de trois membres nommés par le Conseil d'administration.

En 2014-2015, il n'y a eu aucune activité de révision.

Volet promotion

SOMMAIRE DES AUTRES OBLIGATIONS DE LA COMMISSAIRE	
Activités	Nombre
Promotion/information au personnel et aux usagers	1
Communication au Conseil d'administration (en séance)	1
Participation au Comité de vigilance et de la qualité	1
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes	2
Grand total des activités	5

1. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration (CA) occupe une place prépondérante dans le système de gouvernance de notre organisation. Son rôle principal est de veiller à la réalisation de la mission et de s'assurer de la pérennité de l'entreprise. Ses 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).

Dans le cadre de leurs responsabilités, les membres du CA se sont assurés, entre autres, que la direction générale et l'équipe de direction donnent suite aux décisions du CA et gèrent l'organisation avec rigueur, efficacité et efficience. Ils se sont également assurés du suivi des orientations stratégiques et de l'intégrité financière. Ils ont procédé à l'évaluation annuelle de la Directrice générale et ont déterminé ses mandats pour la prochaine année.





L'ajout de deux membres au conseil d'administration, qui passe ainsi à sept membres, a entraîné une redistribution des rôles et permis la constitution de deux nouveaux comités : le comité d'audit et de finance, anciennement le comité de vérification, et le comité d'éthique et de gouvernance. Les modalités de fonctionnement ont été établies pour ces deux comités. Ces comités ont un pouvoir de recommandation au CA.

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 (CA) et des comités relevant du conseil d'administration, pour l'année 2014-2015 :

Nombre de rencontres du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015	
CA et comités relevant du CA	PNDL
Conseil d'administration	9
Comités relevant du conseil d'administration	
Comité d'audit et de finance	6
Comité d'éthique et de gouvernance	1
Comité de vigilance et de la qualité	1

Les résolutions du conseil d'administration ont porté, entre autres, sur les éléments suivants :

-  approbation des ordres du jour et des procès-verbaux des rencontres;
-  approbation des rapports budgétaires mensuels, des états financiers audités, des prévisions budgétaires annuelles, des mesures d'optimisation;
-  approbation des rapports annuels de gestion;
-  nomination de personnes signataires autorisées;

- ✚ approbation de contrats, d'offres de service et d'ententes de gestion et d'imputabilité;
- ✚ approbation de politiques cadres comme, par exemple, la politique sur les conflits d'intérêt;
- ✚ approbation de règlements;
- ✚ évaluation de la Directrice générale et rémunération;
- ✚ nomination des cadres supérieurs;
- ✚ approbation de projets;
- ✚ privilèges des médecins;
- ✚ approbation des mandats des différents comités relevant du conseil d'administration et nomination des membres.

LES INSTANCES RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

2. COMITÉ DES USAGERS

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 :

- ✚ promouvoir l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie des personnes hébergées;
- ✚ évaluer la satisfaction des personnes hébergées;
- ✚ assister les personnes hébergées et défendre leurs droits.

Ce comité invite les personnes hébergées à exprimer leurs commentaires, permettant ainsi aux intervenants de leur assurer des services de qualité dans le respect de leur dignité en favorisant le maintien du climat familial qui existe au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

Composition du comité des usagers

- ✚ un président;
- ✚ une vice-présidente;
- ✚ un secrétaire-trésorier;
- ✚ deux conseillères.

Le comité des usagers a tenu son assemblée générale annuelle et s'est rencontré au cours de cinq réunions ordinaires et d'une réunion spéciale.

Faits saillants

- ✚ sondage sur le lieu de préférence concernant la prise des repas;
- ✚ sondage concernant la satisfaction des repas;
- ✚ deux rencontres pour les personnes hébergées et leur famille où la Commissaire locale aux plaintes est venue les entretenir de leurs droits en Centre d'hébergement.

Actuellement, le comité des usagers est à finaliser un plan d'action où la sensibilisation à la maltraitance faite aux aînés, la satisfaction quant aux soins et services et la créativité d'activités de familiarisation à leurs droits sont au centre des préoccupations.

3. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a comme mandat, en outre, de contribuer au développement d'une culture de sécurité et de gestion des risques au sein du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes. Ainsi, lors des rencontres du comité de gestion des risques, le suivi d'indicateurs de la qualité des soins et services est effectué (nombre de rapports d'accidents, plaies, chutes, etc.). En outre, différents points statutaires sont discutés, tels que la prévention et le contrôle des infections, les mesures d'urgence et bien d'autres.

Le comité de gestion des risques est composé de huit membres, un effort a été fait pour qu'il y ait une représentation équilibrée entre les membres ainsi :

- ✚ la personne responsable de la gestion des risques;
- ✚ une personne hébergée;
- ✚ la pharmacienne;
- ✚ la chef du service alimentaire;
- ✚ une professionnelle;
- ✚ le chef des ressources matérielles et techniques;
- ✚ la conseillère clinique, responsable de la prévention et contrôle des infections;
- ✚ la coordonnatrice des secteurs de la présence au travail et des avantages sociaux, conseillère santé et sécurité au travail.

**TABLEAU COMPARATIF DE CERTAINS TYPES D'ÉVÉNEMENTS
ENTRE 2013-2014 ET 2014-2015.**

Année/ Événement	Chutes	Médicaments	Diète	Traitement	Effets personnels	Possibilité d'abus	Bâtiment/ Équipement/ matériel	Total
2013-2014	101	126	7	7*	25	10	3	279
2014-2015	102	91	8	1	33	11	36	282
Écart en %	0,99	(27,8)	14,3	(700)	32	10	1 200	1,1

*Pas le même calcul d'une année à l'autre.

Les faits saillants du comité de gestion des risques pour 2014-2015




- ✚ Nous avons fait dix rencontres au total pour l'année 2014-2015;
- ✚ nous avons traité six événements sentinelles dans le cadre de la gestion des risques;
- ✚ nous avons publié les résultats de gestion des risques aux personnes hébergées, par le biais du tableau électronique d'actualisation et au personnel au moyen d'un Info-Gestion trimestriel;
- ✚ depuis octobre, à la demande d'Agrément Canada, nous avons accueilli une personne hébergée au sein du comité afin de respecter les considérations légales entourant le comité de gestion des risques;
- ✚ une autoévaluation du comité a été faite par ses membres lors de la rencontre. À la suite de cette évaluation, un plan d'action a été mis en place afin de rendre le comité plus efficient et efficace à travers ses nombreux mandats.

Voici les résultats des événements déclarés dans le Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services (SISSS) :

Plan de sécurité des personnes hébergées

Le plan de sécurité, fait à partir d'une cartographie des risques lors d'un sous-comité incluant les différents membres du comité de gestion des risques en mai 2014, a été mis à jour le 5 mai 2015.

La progression du plan d'action 2014-2016 est encourageante

-  6 risques à traiter ont été complètement éradiqués;
-  9 risques sont en cours de traitement (mais plus de 50 % du plan d'action associé est complété);
-  3 risques sont toujours en attente de traitement.

Nous avons prévu pour 2015-2016 la conclusion de ce plan de sécurité par l'atteinte de nos objectifs et une nouvelle démarche de cartographie des risques.

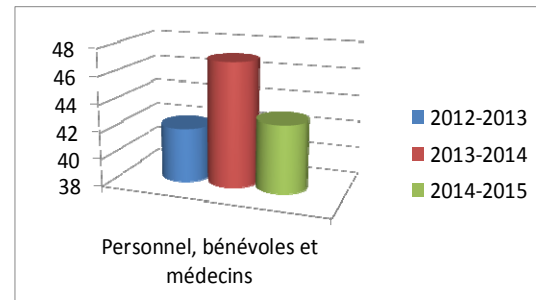
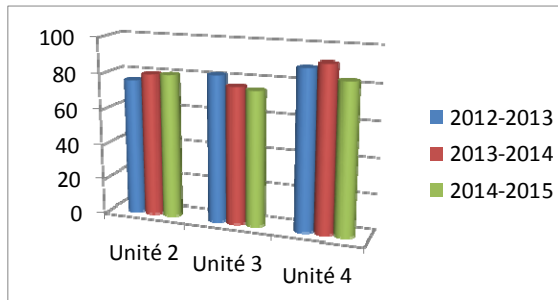
4. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Dans notre établissement, nous constatons que les infections sont bien contrôlées. La formation du personnel, des familles et des bénévoles, demeure toujours l'élément clé dans la prévention des infections.

Durant la semaine de sensibilisation au lavage des mains, une mascotte a arpenté les corridors du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes pour sensibiliser le personnel et les personnes hébergées à l'importance de bien se laver les mains. Par la suite lors de la période de vaccination, ceux qui venaient recevoir le vaccin devaient répondre à un questionnaire qui portait sur leur compréhension de la nécessité du lavage des mains.

En 2014 et 2015, nous avons eu une baisse de la vaccination de 12,4 % chez les résidentes et résidents parce que la saison grippale a commencé plus tôt cette année. En effet lors de la vaccination en novembre 2014 nous étions déjà en éclosion d'influenza A.

Unité	Nombre de personnes hébergées vaccinées	Nombre total de personnes hébergées	% de personnes hébergées vaccinées
2	43	54	80
3	38	51	75
4	37	46	80
Total	118	151	78,15



Éclosions 2014-2015

Nous avons eu une année 2014-2015 particulièrement occupée concernant les éclosions, qui sont au nombre de quatre : une éclosion de SAG, 2 éclosions d'influenza A et une 1 éclosion de gastro-entérite. En tout, nous comptons 171 jours durant lesquels 120 cas ont été identifiés, certaines personnes hébergées ayant été touchées par plus d'une éclosion. Ainsi, nous remarquons qu'il y a beaucoup plus de résidentes et résidents atteints qu'en 2013-2014, avec une durée moyenne des éclosions plus élevée.

On comprend que cet état de situation représente une priorité majeure. En novembre 2014, une formation de 2 heures et demie sur les mesures de base et les pratiques additionnelles en prévention et contrôle des infections (PCI) a été donnée aux préposés aux bénéficiaires (PAB). De plus, des audits sont en cours sur la technique d'hygiène des mains et l'utilisation de précautions additionnelles.

Le comité de prévention et contrôle des infections (PCI) a déposé un plan d'action pour encadrer ses activités pour la prochaine année. Ces prévisions incluent des mesures pour effectuer une meilleure analyse de la problématique d'éclosion et mettre en action des mesures de prévention de la récurrence.

5. COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVO)

En vertu de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (LSSSS), le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence Notre-Dame de Lourdes est doté d'un Comité de vigilance et de la qualité, composé de cinq (5) membres, dont :

- ✚ deux membres du conseil d'administration ;
- ✚ la Directrice générale ;
- ✚ la Directrice d'établissement, soins et services cliniques (DESSC) ;
- ✚ la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Ce comité a comme fonctions principales de :

- ✚ recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, par le Protecteur de la santé et des services sociaux ou 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 de risques et la commissaire locale 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 une rencontre au cours de l'année.

Les dossiers suivants ont fait l'objet de points statutaires :

- ✚ tableau de bord de la gestion des risques;
- ✚ plan d'amélioration qualité du milieu de vie en CHSLD;
- ✚ suivi de la démarche avec Agrément Canada;
- ✚ rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité.

ÉVALUATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Toujours en lien avec la sécurité des soins et des services, plusieurs actions ont été effectuées cette année en lien avec notre programme sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Sur ce point, 66% des personnes salariées pouvant installer une contention, selon notre programme, ont été formées cette année, ce qui nous a permis d'atteindre les cibles ministérielles. De plus, nous avons audité le processus d'application des mesures de contrôle et nous avons un taux de conformité de 70%, un plan d'action est en place et autre audit eu lieu en avril 2015. En revanche, seulement 12% de nos personnes hébergées ont des mesures de contrôle, la majorité étant des ridelles de lit. Si nous tenons compte des contentions autres que les ridelles de lit, nous sommes à 1,8% seulement d'utilisation de mesure de contrôle.

COMITÉ DES MESURES D'URGENCE

Le comité local des mesures d'urgence, formé de nouveaux membres des différents secteurs de l'organisation, a entrepris la révision du plan des mesures d'urgence, secondé par une firme spécialisée en la matière. Cette instance de coordination active a pour but d'assurer un leadership de coordination au sein de l'établissement. Le plan de sécurité civile, comprenant le cahier technique et les plans particuliers d'évacuation et d'incendie, a vu le jour et fera l'objet de réflexions d'une mise à jour en continu afin qu'il soit bien adapté à la réalité de l'organisation.

Des capsules d'information ont été diffusées aux membres du personnel en fin d'année. La diffusion générale du plan des mesures d'urgence, des sessions de formation ainsi que des exercices sont prévus dans les mois à venir afin d'assurer un milieu de vie et de travail sécuritaire.

Une procédure sur la garde administrative a été adoptée et les directeurs sont maintenant outillés d'une valise de garde électronique. Cet outil facilitera le travail lors d'une intervention en situation d'urgence.

SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Au cours de l'exercice financier 2014-2015, 96 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, les motifs d'invalidité se répartissent comme suit :

Année	Musculo-squelettique	Santé mentale	Chirurgie	Oncologie	*Médecine
2014-2015	21	29	16	3	27

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

Comparativement à l'année précédente, les augmentations les plus substantielles se situent en santé mentale, 70 % et en médecine, 42 % alors qu'on note une diminution de l'ordre de 38 % des réclamations en musculo-squelettique. Par ailleurs, 85 % des réclamations traitées au cours de cet exercice financier ont été fermées.

Au cours de l'année 2014, 36 réclamations ont été traitées dont seulement 13 attribuables spécifiquement à 2014, et elles ont toutes fait l'objet de retour au travail régulier.

Par rapport à l'année 2013, le nombre de nouvelles réclamations a diminué de 176 % (de 36 à 13) et les sommes imputées pour ces mêmes années ont chuté de 207 % (de 188 717 \$ à 38 615 \$). Ces diminutions très importantes résultent des efforts conjugués en prévention, en gestion et en recours légaux.

De plus, le *Programme pour une maternité sans danger* de la CSST s'est appliqué pour 6 retraits préventifs comparativement à 13 pour l'année précédente.

En raison du départ de plusieurs membres, le Comité paritaire a diminué ses activités au cours de la dernière année. Les principaux efforts ont été consacrés à la prévention par l'acquisition d'un défibrillateur semi-automatique et l'accréditation d'un formateur interne qui a déjà réalisé la formation PDSB d'une première cohorte de préposés(es) aux bénéficiaires dans notre établissement.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

LES PRINCIPALES RESSOURCES À L'EMPLOI DU CHSLD NOTRE-DAME DE LOURDES

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2015

	Exercice en cours	Exercice antérieur
LES CADRES:		
✚ temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	10	9
✚ temps partiel nombre de personnes : équivalents temps complet ^a (Excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	1
✚ nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	1
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS:		
✚ temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	83	89
✚ temps partiel équivalents temps complet ^a (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	110	95
✚ équivalent temps complet	75,9	47
✚ nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
LES OCCASIONNELS:		
✚ nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	85 327	87 495
✚ équivalents temps complet ^b	46.70	48

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

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail

Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

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

Nombre d'heures rémunérées

1826 heures

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Les renseignements à fournir proviennent du rapport financier annuel. Ils sont présentés selon la forme des pages 200 à 208 et 358 du rapport financier annuel (AS-471)

Les renseignements requis comprennent les éléments suivants :

- a. l'état des résultats en distinguant les activités principales et les activités accessoires;
- b. l'état des surplus (déficits) cumulés;
- c. l'état de la situation financière;
- d. l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette);
- e. l'état des flux de trésorerie;
- f. le cas échéant, la somme ou l'avantage direct ou indirect reçu d'une fondation ou d'une corporation qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux en indiquant l'objet pour lequel cette somme ou cet avantage a été conféré;
- g. les notes aux états financiers pertinentes pour une bonne compréhension de la situation financière.

À moins que la situation ne le permette pas, l'établissement fournit les données comparatives de l'exercice précédent.

L'établissement présente le rapport de l'auditeur indépendant sur ces renseignements.

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES

ÉTAT DES RÉSULTATS Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015

REVENUS	2014-2015			2013-2014
	Activités principales	Activités accessoires	Total	
Agence et MSSS	12 146 502 \$	- \$	12 146 502 \$	12 397 325 \$
Contribution des usagers	1 986 082 \$	- \$	1 986 082 \$	1 862 186 \$
Ventes de services et recouvrements	436 629 \$	- \$	436 629 \$	336 720 \$
Revenus de placement	- \$	15 094 \$	15 094 \$	19 495 \$
Revenus commerciaux	- \$	9 207 \$	9 207 \$	7 803 \$
Revenus d'autres sources	7 884 \$	- \$	7 884 \$	6 082 \$
TOTAL	14 577 097 \$	24 301 \$	14 601 398 \$	14 629 611 \$
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	11 945 420 \$	3 307 \$	11 948 727 \$	12 125 525 \$
Médicaments	133 152 \$	- \$	133 152 \$	128 231 \$
Fourn. médicales et chirurgicales	166 010 \$	- \$	166 010 \$	162 993 \$
Denrées alimentaires	389 972 \$	- \$	389 972 \$	445 979 \$
Entretien et réparations	191 361 \$	- \$	191 361 \$	185 161 \$
Autres	1 709 466 \$	5 039 \$	1 714 505 \$	1 673 251 \$
TOTAL	14 535 381 \$	8 346 \$	14 543 727 \$	14 721 140 \$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES	41 716 \$	15 955 \$	57 671 \$	(91 529)\$

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	527 275 \$	1 018 804 \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	— \$	— \$
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	— \$	— \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	527 275 \$	1 018 804 \$
 SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	 57 671 \$	 (91 529) \$
Autres variations:		
Transferts interétablissements	— \$	— \$
Transferts interfonds	— \$	— \$
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés	(900 000) \$	(400 000) \$
Total des autres variations	(900 000) \$	(400 000) \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(315 054) \$	527 275 \$

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE
Fonds d'exploitation
Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
<u>ACTIFS FINANCIERS</u>		
Encaisse (découvert bancaire)	119 153 \$	934 069 \$
Placements temporaires	- \$	- \$
Débiteurs - Agence et MSSS	- \$	78 548 \$
Autres débiteurs	336 860 \$	471 336 \$
Créances interfonds	- \$	- \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	1 373 117 \$	1 373 117 \$
Placements de portefeuilles	- \$	- \$
Frais reportés liés aux dettes	- \$	- \$
Autres éléments	1 003 669 \$	403 308 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	2 832 799 \$	3 260 378 \$
<u>PASSIFS</u>		
Emprunts temporaires	- \$	- \$
Créditeurs - Agence et MSSS	322 153 \$	- \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	1 033 053 \$	977 774 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	- \$	- \$
Intérêts courus à payer	- \$	- \$
Revenus reportés	79 096 \$	79 517 \$
Dettes à long terme	- \$	- \$
Passifs environnementaux	- \$	- \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	1 874 347 \$	1 803 914 \$
Autres éléments	11 024 \$	7 781 \$
TOTAL DES PASSIFS	3 319 673 \$	2 868 986 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(486 874)\$	391 392 \$
<u>ACTIFS NON FINANCIERS</u>		
Immobilisations	- \$	- \$
Stocks de fournitures	134 311 \$	100 231 \$
Frais payés d'Avance	37 509 \$	35 652 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	171 820 \$	135 883 \$
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(315 054)\$	527 275 \$

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

CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES ÉTAT DE VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	391 392 \$	876 066 \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	— \$	— \$
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	— \$	— \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSE	391 392 \$	876 066 \$
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	57 671 \$	(91 529)\$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	— \$	— \$
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisition de stocks de fournitures	(628 700)\$	(787 582)\$
Acquisition de frais payés d'avance	(28 820)\$	(17 395)\$
Utilisation de stocks de fournitures	594 620 \$	810 770 \$
Utilisation de frais payés d'avance	26 963 \$	1 062 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(35 937)\$	6 855 \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(900 000)\$	(400 000)\$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(878 266)\$	(484 674)\$
	(486 874)\$	391 392 \$

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	57 671 \$	(91 529)\$
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Créances douteuses	— \$	— \$
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	— \$	— \$
Stocks et frais payés d'avance	(35 937)\$	6 855 \$
Autres	— \$	(164 890)\$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie:	(35 937)\$	(158 035)\$
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(836 650)\$	69 410 \$
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	(814 916)\$	(180 154)\$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	— \$	— \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	— \$	— \$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	— \$	— \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(814 916)\$	(180 154)\$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	934 069 \$	1 203 841 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN	119 153 \$	1 023 687 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENENT:		
Encaisse	119 153 \$	1 023 687 \$
Placement dont l'échéance n'excède pas 3 mois	— \$	— \$
Total	119 153 \$	1 023 687 \$

LES ÉTATS FINANCIERS 2014-2015

Note au lecteur :

Nous vous prions de consulter le document joint à la présente afin de prendre connaissance de l'état financier ausité, pour l'exercice financier ayant débuté le 1^{er} avril 2014 et s'étant terminé le 31 mars 2015.

La Direction générale

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES

PRÉAMBULE

Établissement privé conventionné, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières dont il dispose.

Pour réaliser avec constance sa mission, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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 GÉNÉRALES

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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes.

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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes, 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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes. 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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts.

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 Providence Notre-Dame de Lourdes.
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.

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT 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 Providence Notre-Dame de Lourdes selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à toutes les personnes. Il ne peut confondre les biens du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes 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 Providence Notre-Dame de Lourdes.
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 Providence Notre-Dame de Lourdes.
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 Providence Notre-Dame de Lourdes.

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 Le formulaire d'engagement.
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 Providence Notre-Dame de Lourdes 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.

**INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
(2002, c. 71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)
Exercice concerné : 2014-2015**

ANNEXE

Identification de l'agence : Montréal

Numéro d'identification de l'établissement : 5138-8874

Nom de l'établissement : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Providence Notre-Dame de Lourdes

Nom du répondant : Gaboury Prénom : Danielle

Titre du répondant : Directrice générale

1. Comité de gestion des risques

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : **Oui** **Non**

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA) : 01/12/2003

1.3 Nombre de membres :

1.4 Membres :	Fonction	Fonction
	<u>Directrice d'établissement, soins et services cliniques</u>	<u>Présidente</u>
	<u>Chef d'unité</u>	<u>Gestionnaire de risques et secrétaire</u>
	<u>Travailleuse sociale</u>	<u>Membre</u>
	<u>Pharmacienne</u>	<u>Membre</u>
	<u>Chef du Service des ressources matérielles et techniques</u>	<u>Membre</u>
	<u>Coordonnatrice des secteurs de la présence au travail et des avantages sociaux, Conseillère CSST</u>	<u>Membre</u>
	<u>Chef du Service d'alimentation</u>	<u>Membre</u>
	<u>Conseillère clinique et responsable de la prévention et du contrôle des infections</u>	<u>Membre</u>
	<u>Personne hébergée</u>	<u>Membre</u>

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours :

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain : Communications horizontales dans l'établissement, en matière de gestion de risques.

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain :

Implantation du protocole de soin de peau et implantation du plan de mesures d'urgence.

2. Divulcation de tout accident

2.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident :
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés :
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident :

Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) :

28 mai 2014

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées à la suite d'une analyse approfondie :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours :

Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	-------------------------------------	-----	--------------------------

3. Déclaration de tout incident et accident et constitution d'un registre local

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

38

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

452

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès :

0

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés :

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents : **Oui** **Non**

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : 2001

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

4. Agrément des services dispensés

4.1 Sollicitation d'un organisme d'agrément : **Oui** **Non**

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : Agrément Canada

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : _____

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : Prochaine visite prévue en 2018

4.5 Agrément obtenu en 2014 **Oui** **Non**

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : _____

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :

	Oui	Non
- au ministre :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à l'agence :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux ordres professionnels concernés :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>