

Centre d'hébergement de la
MAISON-SAINT-JOSEPH

Rapport annuel de gestion

EXERCICE FINANCIER 2014-2015

Permis d'exploitation N° : 1104 – 4823



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

5605 RUE BEAUBIEN EST • MONTRÉAL (QUÉBEC) • H1T 1X4
Téléphone : 514 254-4991 • Télécopie : 514 257-1742

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	3
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	4
MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	6
RAPPORT DE LA DIRECTION	7
1.DIRECTION GÉNÉRALE	7
2.DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES (DESSC)	8
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	10
1. HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT	10
2. MISSION	10
3. STRUCTURE DE L'ORGANISATION	11
3.1.STRUCTURE ADMINISTRATIVE – PROJET D'ORGANIGRAMME	11
3.2.DIRECTION GÉNÉRALE	12
3.3. DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES	12
3.4. DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES	15
3.5. DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES	16
3.6. DIRECTION DES RESSOURCES MATÉRIELLES ET TECHNIQUES	17
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	20
1. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	20
2. DONNÉES OPÉRATIONNELLES	21
3. AGRÉMENT	23
4. SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	24
5. EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS	24
CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	26
1. CONSEIL D'ADMINISTRATION	26
2. LES INSTANCES RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	27
COMITÉ DES USAGERS	27
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	28
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS	30
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)	31
COMITÉ DES MESURES D'URGENCE	32
RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	33
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS	34
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE D'HEBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH	40
ANNEXE	47

LISTE DES ACRONYMES

AC	AGRÉMENT CANADA
AEPC	ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS
ASI	ASSISTANTE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
ASSSM	AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL
AQESSS	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
CA	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CGR	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES
CH	CENTRE HOSPITALIER OU CENTRE D'HÉBERGEMENT
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CH DE LA MSJ	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH
CIUSSS	CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
CPSST	COMITÉ PARITAIRE DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL
CMDP	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CRT	COMITÉ DE RELATIONS DE TRAVAIL
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
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
MAH	MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT
MOI	MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
PCI	PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
PDRH	PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
PDSB	PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES
PFT	PLAN FONCTIONNEL ET TECHNIQUE
POR	PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES
RITM	RÉSEAU INTÉGRÉ DE TÉLÉCOMMUNICATIONS MULTIMÉDIA
SAG	SYNDROME D'ALLURE GRIPPAL
SIMDUT	SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES MATIÈRES DANGEREUSES UTILISÉES AU TRAVAIL
SST	SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

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

La fierté d'offrir des soins et des services de qualité à nos personnes hébergées tout en contribuant à l'amélioration de leur milieu de vie! Voilà ce qui inspire les membres de nos équipes au quotidien! Le rapport annuel de gestion du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 décliné dans les orientations du plan stratégique.

Tout au long de l'année, l'établissement a continué à mettre l'accent sur la qualité et la sécurité des soins. La préparation à la visite d'Agrément Canada, tenue en juin 2014, ainsi que l'opérationnalisation des recommandations de la visite ministérielle, ont généré des efforts organisationnels importants. 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.

Au 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.

Dans le cadre de la réorganisation des activités de 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, à laquelle s'est adjoint un nouveau Directeur des ressources matérielles et techniques.

Cette année a également été marquée par les nombreuses activités visant à promouvoir et à 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.**

Bonne nouvelle! Un financement spécial, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, a été octroyé pour l'installation d'un système de gicleurs dans tout l'établissement ainsi qu'un montant de 585 000\$ pour la réalisation des plans et devis du projet d'aménagement de l'unité de vie de 34 lits, visant à recevoir des personnes hébergées en chambres multiples au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes. Les démarches subséquentes de ce projet devront se tenir à l'intérieur de la nouvelle structure mise en place dans le réseau de la santé.

Le déficit budgétaire du présent exercice est principalement attribuable au surplus d'heures cliniques nécessaires pour assurer une prestation de soins de qualité et sécuritaire. Une évaluation des soins a été amorcée afin de rétablir la situation.

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

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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2015.

La directrice générale,



Danielle Gaboury

1. DIRECTION GÉNÉRALE

Les états financiers du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants.

Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus ailleurs dans le rapport annuel 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 de l'information financière et non financière fiable.

La direction du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non 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 du 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'ETABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES (DESSC)

Le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph a connu de nombreux développements au cours de l'année 2014-2015. L'année a débuté avec la fin de la préparation de notre troisième visite d'Agrément Canada. Une année bien remplie, couronnée de succès! Notre établissement a été agréé.

Cette année s'est déroulée sous le thème du changement et du renouveau. Félicitations aux gestionnaires et au personnel qui se sont mobilisés avec professionnalisme pour 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 semaines.

À la lecture du rapport au 31 mars 2015, la réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI) demeure un défi pour les chefs d'activités.

La qualité et la sécurité des soins et des services est 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 constituent 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 disponible dès le début 2015.

En ce qui a trait à la gestion intégrée, un plan de sécurité s'échelonnant sur 2 ans avait été rédigé. Après seulement un an, près 65 % des objectifs du plan de sécurité sont atteints. Le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph, comme beaucoup d'autres établissements, doit faire face à un alourdissement de la clientèle et nous avons réajusté nos services afin de mieux répondre aux besoins émergents de nos personnes hébergées. Le comité milieu de vie a été mis à contribution pour plusieurs projets de réorganisation du travail que ce soit au niveau des soins infirmiers ou de la salle à manger, ainsi que pour l'aménagement des salons des unités de vie. Le comité gestion de risques 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 du centre d'hébergement. L'année 2015-2016 débutera avec un premier exercice de cartographie des risques, qui nous permettra d'aller encore plus loin comme organisation soucieuse de la sécurité de ses personnes hébergées.

Les nombreux changements concernant 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 le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph continuera sa collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

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

Nous profitons de la présente pour remercier tout le personnel, les médecins, les bénévoles et toute l'équipe de direction et les gestionnaires pour leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins et des services pour la clientèle du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph.

La directrice d'établissement, soins et services cliniques



Stéphanie Larose

1. HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Les Sœurs de la Providence ont acquis le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph en août 2011, succédant à la congrégation des Petites Sœurs des Pauvres, à l'origine de la construction de l'établissement en 1957.

Fondée par la bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin (1800 - 1851), la congrégation des Sœurs de la Providence exerce sa mission à travers le monde. Ses religieuses sont engagées dans une solidarité prophétique avec les pauvres, c'est-à-dire les personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits, les victimes d'injustice, les personnes rejetées, les marginaux et les sans voix.

Leur dévouement se veut une source d'inspiration pour le personnel, les bénévoles et toutes les personnes qui exercent des activités au sein de l'établissement.

2. MISSION

Le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph est un établissement privé conventionné, à but non lucratif, appartenant aux Sœurs de la Providence, Province Émilie-Gamelin, qui a adopté un énoncé de mission lors de la séance du conseil d'administration du 23 octobre 2013 et qui se lit comme suit :

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

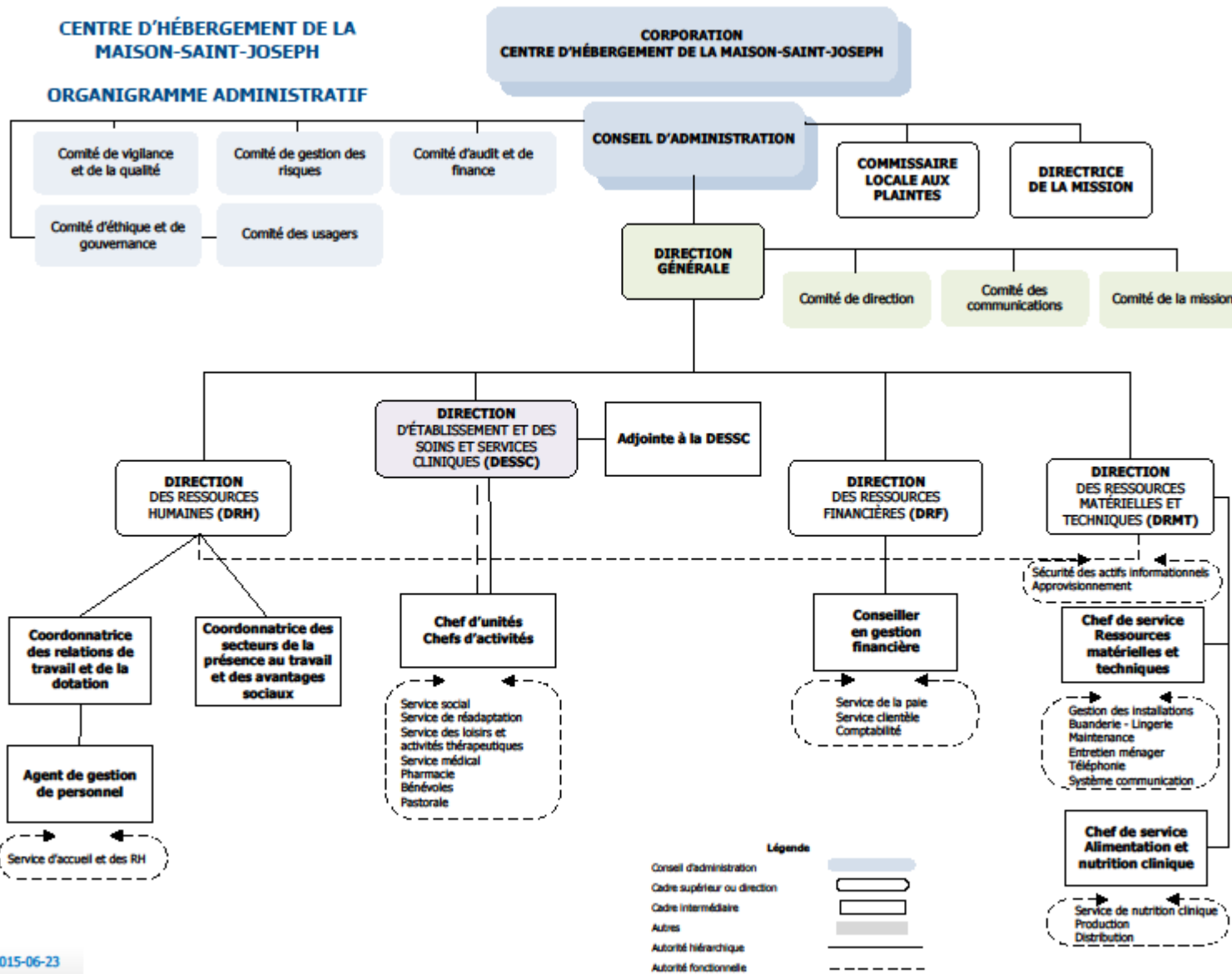
Dans ce milieu privilégié s'exercent le dynamisme, la compétence et le dévouement du personnel axés sur le caractère unique de la personne résidente. Le Centre s'engage à offrir des soins médicaux et infirmiers ainsi que des services pharmaceutiques, psychosociaux, de réadaptation, de loisir, d'assistance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

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

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

3. STRUCTURE DE L'ORGANISATION

3.1. STRUCTURE ADMINISTRATIVE – PROJET D'ORGANIGRAMME



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.

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

SERVICE MÉDICAL

Le Service médical du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph est un regroupement de 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 et de conseils médicaux aux différents intervenants concernés. Il regroupe des médecins détenant un statut et des privilèges autorisés par le conseil d'administration.

Le Service médical assume les responsabilités suivantes :

- 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 à son bon fonctionnement.
- contribuer à toute mesure susceptible d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées.
- conseiller l'administration du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph sur toute question relative aux soins médicaux.

Le Service médical est maintenant composé de deux médecins omnipraticiens possédant des droits et des privilèges à la suite de sa nomination par le conseil d'administration. Un des médecins assume le rôle de médecin responsable.

De plus, une garde médicale est en place en tout temps, le soir, les fins de semaine ainsi que les jours fériés.

Dans le but de soutenir les médecins dans leurs fonctions et considérant les changements survenus au sein de ce service, une nouvelle structure de rencontres clinico-administratives a été mise en place. Deux rencontres statutaires et des rencontres de type ad-hoc, se tiendront annuellement, et ce, avec la participation du pharmacien d'officine. De plus, il est prévu que chaque médecin évalue les actes médicaux posés au Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph, en utilisant la méthode d'évaluation par critères objectifs et l'étude des dossiers de décès tel que les dossiers de létalité, ou par thématique reliée avec un problème de santé.

Les médecins collaborent et participent également, lorsque nécessaire, aux réunions interdisciplinaires où sont élaborés les plans d'interventions individualisés (PII) pour les personnes hébergées.

SERVICE DE LA PHARMACIE

En lien avec la mission du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph et la philosophie en vigueur, une pharmacie externe assure les services depuis 2012 et offre aux personnes hébergées, les médicaments et les services pharmaceutiques nécessaires.

Ce service s'assure de l'exécution des ordonnances médicales, de la préparation, de la distribution et du contrôle des médicaments, des drogues et des narcotiques. Il offre un soutien-conseil aux médecins, ainsi qu'aux professionnels de la santé du centre d'hébergement. De plus, il dispense, au besoin, de l'enseignement sur la médication aux personnes hébergées.

Le Service de pharmacie assume les responsabilités suivantes :

- veiller au contrôle et à l'appréciation des actes pharmaceutiques de l'établissement.
- offrir aux personnes hébergées les médicaments et les services pharmaceutiques que nécessite leur état de santé, en conformité avec leurs besoins.
- contrôler et s'assurer de l'usage approprié des médicaments, des drogues et des narcotiques.
- conseiller l'administration du centre d'hébergement sur toute question relative aux services pharmaceutiques.

Ce service collabore aussi à l'élaboration des règles, des politiques et des procédures concernant la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, des drogues et des narcotiques tout au long de son continuum.

Le pharmacien d'officine et propriétaire ainsi que le pharmacien désigné pour le soutien clinique, du Service de la pharmacie, participent aux réunions médico-administratives avec l'équipe médicale et l'équipe des soins infirmiers. Finalement, ce service dépose chaque année son rapport statistique.

Nombre de bilans comparatifs des médicaments (BCM) : 76

SERVICE DE LA RÉADAPTATION

Le Service de la réadaptation est composé d'une ergothérapeute et d'une technicienne en réadaptation physique, à raison de 1.6 équivalent temps complet (ETC). Ces intervenantes participent activement à la mise en place d'un milieu de vie sécuritaire et adapté pour les personnes hébergées. Leur expertise est également mise à contribution par leur présence sur différents comités tels que le comité Milieu de vie, le comité de prévention des chutes et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention. De plus, elles contribuent à la formation du personnel lorsque nécessaire.

SERVICE SOCIAL

Un travailleur social 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.

SERVICE DES LOISIRS ET DES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES

Une technicienne en loisirs 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.

Celle-ci travaille en étroite collaboration avec la récréologue et responsable du service de bénévolat pour la mise en place d'activités adaptées et répondant aux besoins des personnes hébergées.

Celles-ci sont constamment à la recherche d'idées novatrices visant le développement de partenariats avec la communauté pour l'amélioration de l'offre de services de loisirs, tels que l'organisme C2S Arts, la société pour les arts en milieu de santé (SAMS).

3.4. DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE D'ACCUEIL ET DES RESSOURCES HUMAINES

L'année 2014-2015 a donné lieu à une révision de plusieurs pratiques de gestion, pour une meilleure efficacité. Les faits saillants de l'année sont présentés ci-dessous.

L'acquisition de nouveaux instruments de gestion de la liste de rappel, notamment les logiciels horaire et remplacement, de la firme Logibec nous a permis de réviser et d'améliorer certains processus entourant la gestion de la liste de rappel et l'approbation des relevés de présence. Cette réalisation s'avère une source de fierté pour notre équipe, qui est passée à un mode informatisé.

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

- révision de notre politique sur la reconnaissance du personnel, qui inclut la reconnaissance des années de service;
- finalisation de la révision du programme d'orientation avec l'intégration d'une vidéo sur le nouvel énoncé de mission;
- élaboration d'un PDRH;
- début de révision des descriptions de postes;
- réactivation du comité paritaire de santé et sécurité du travail.

Malgré ces succès et ces réalisations, un dépassement des cibles de main-d'œuvre indépendante et de temps supplémentaire pour les titres d'emploi de préposée aux bénéficiaires et d'infirmière auxiliaire est à noter.

Cette situation s'explique, entre autres, par la difficulté à recruter du personnel de qualité. De plus, certaines des personnes retenues quittent vers de plus gros établissements pouvant leur offrir plus d'heures de travail.

En raison du grand nombre d'entrevues à réaliser, nous avons révisé notre processus de sélection. Des entrevues de groupes sont privilégiées, permettant de rencontrer un maximum de candidates et candidats et d'en faire une meilleure sélection possible. Les ressources sélectionnées seront rencontrées ensuite de façon individuelle.

Un partenariat de stage avec le Centre de formation professionnelle Antoine de Saint-Exupéry, va nous permettre de devenir un milieu de stage pour des personnes étudiantes dans le cadre de leur formation de préposée aux bénéficiaires et de recruter les meilleurs d'entre elles à la fin de leur formation.

Il est bon de souligner, qu'en lien avec la mission du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph et la philosophie en vigueur, nous sommes déjà un milieu de stage pour les étudiants en soins infirmiers du Cégep de Saint Laurent, ainsi que pour les étudiants en techniques de réadaptation physique du Cégep Marie-Victorin et les étudiants en techniques d'intervention en loisirs du Cégep du Vieux Montréal. Nous prévoyons également élargir notre réseau de partenaires par l'accueil de stagiaires en secrétariat de

l'École des métiers de l'informatique, du commerce et de l'administration de Montréal (EMICA).

En 2014-2015, 10 demandes de stages ont été acceptées par l'établissement.

De plus, l'acquisition des modules horaire et remplacement de la firme Logibec nous permet, dorénavant, de planifier nos horaires à l'avance et d'anticiper nos besoins de recrutement.

Au cours de l'exercice 2014-2015, l'organisation a poursuivi ses efforts pour offrir au personnel des formations adaptées à leurs besoins. Ainsi, 1823 heures de formation et d'orientation ont été investies auprès de plus de 60 % de notre personnel pour un montant total de 46 000 \$. À titre d'exemple, la *Formation Agir 4* a vu la participation de plus de 35 préposées aux bénéficiaires pendant l'hiver 2015. Il est également important de mentionner qu'une formation sur *l'Approche en soins de fin de vie* a été offerte à l'ensemble du personnel infirmier au cours de l'automne 2014; 23 membres du personnel ont pu prendre part à cette formation. Aussi, plus de 66 % du personnel des soins a suivi une formation sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention. De plus, l'ensemble des infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI) ont reçu la formation sur le dépistage des risques suicidaires chez la personne âgée. D'autres formations ont également été données dont, entre autres : les *Mesures d'urgence (Codes rouge et vert)* et la *Dysphagie*.

La gestion assidue des dossiers d'assurance-salaire et d'accidents du travail s'est poursuivie, et ce, en conformité avec les normes et règlements prévus à cet effet. Notre taux d'assurance salaire s'établit à 5.7 % et se situe sous la moyenne provinciale, qui poursuit sa croissance depuis 2012 au-delà de 6 %, témoignant ainsi de nos efforts à gérer rigoureusement l'absentéisme.

Quant aux relations de travail, elles demeurent harmonieuses. Les rencontres du comité des relations de travail se déroulent sur une base mensuelle. Le nombre de griefs au terme de l'exercice 2014-2015 est de 16. Il est le même que celui enregistré au terme de l'exercice précédent.

En conclusion, l'année 2014-2015 a été marquée par la réalisation de plusieurs projets d'importance.

3.5. 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.

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.

De plus, plusieurs rencontres entre les gestionnaires et le conseiller en gestion financière furent également l'occasion d'apprentissages et de transferts de connaissances.

Les résultats financiers du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 affichent un déficit d'exploitation de 88 697 \$, comparativement à un déficit de 76 217 \$ au 31 mars 2014. Malgré ce résultat, les efforts de l'équipe de gestionnaires commencent à porter fruits. En effet, le déficit 2014-2015 est beaucoup moins élevé que celui estimé aux prévisions budgétaires, soit 265 208 \$.

Enfin, un suivi rigoureux de la situation financière de l'organisation, permettant l'équilibre budgétaire demeure un défi constant. Des mesures d'optimisation seront mises en place afin d'atteindre l'équilibre budgétaire.

3.6. 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.

PROJETS

Le projet d'aménagement d'une unité de vie de 34 lits s'est poursuivi, par la conception des plans et devis. Des professionnels, architectes et ingénieurs, ont été mandatés au dossier afin de procéder à la réalisation des plans et devis. Un relevé complet du bâtiment a été réalisé à l'aide d'une nouvelle technologie au laser. Cette opération a permis d'obtenir des plans à jour de l'immeuble pour démarrer, sur des bases solides, la conception des plans de notre nouvelle unité de vie.

En cours d'année nous avons reçu un financement de l'Agence de santé et des services sociaux, et du ministère, de l'ordre de 750 000\$ pour l'installation d'un système de gicleurs dans l'ensemble du bâtiment. Ce projet, fort important pour la sécurité de notre clientèle et de notre personnel, est présentement en planification. Les études ainsi que les plans et devis ont été réalisés. Ce projet se réalisera dans les prochains mois.

Au niveau mécanique, le remplacement de deux échangeurs à plaques a permis de corriger la problématique de distribution en eau chaude domestique et l'alimentation d'eau dans le secteur de la buanderie.

Le réservoir de diesel, nécessaire au fonctionnement de la génératrice, a été remplacé afin de répondre aux nouvelles normes du code du bâtiment.

Un logiciel de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO), a été installé afin de faciliter la planification des inspections et des réparations sur les équipements mécaniques. Une intervention proactive de l'équipe d'entretien permet ainsi d'assurer une fonctionnalité optimale des équipements, et de réduire les risques de bris majeurs et onéreux.

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.

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

SERVICE D'ALIMENTATION

Voici les principaux faits saillants du service :

- standardisation des recettes et révision continue de l'offre alimentaire;
- réorganisation des tâches des préposés au service alimentaire, des préposés à l'entretien ménager du service alimentaire et de l'aide cuisinier;
- mise à jour des produits alimentaires disponibles à contrat;
- intégration à la structure du service du poste d'assistante chef technicienne en diététique;
- diminution significative du coût repas de 0,40\$, notamment en raison de revenus perçus par le Service traiteur.

NUTRITION CLINIQUE

La nutritionniste assure un soutien nutritionnel aux personnes hébergées; sa participation se reflète au niveau des admissions, des rencontres interdisciplinaires et des évaluations des problèmes de dysphagie. Dans le cadre de l'alourdissement de la clientèle, son rôle est essentiel pour tout ce qui concerne l'alimentation, particulièrement, les textures adaptées, les diètes complexes et les allergies.

Durant l'année 2014-2015, 79 personnes hébergées ont reçu des services de consultations en nutrition, que ce soit pour l'établissement d'un nouveau plan de traitement diététique, la révision d'un plan existant, l'adaptation des menus individuels ou pour la mise à jour des dossiers.

À la fin de mars 2015, 26% de la clientèle avaient une alimentation de texture modifiée (hachée et purée) et 14% nécessitaient des liquides épaissis. En ce qui concerne les diètes, 69% ont une diète normale, c'est-à-dire aucune restriction ni spécification (ex. : sans salière) à leur alimentation.

Cette année, afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle, nous avons embauché une technicienne en diététique, qui assurera un volet clinique en soutien à la nutritionniste en place. Elle s'occupe de visiter les personnes hébergées, leur demande leurs goûts, leurs préférences et leurs aversions. Elle prend également en note les commentaires relatifs à la qualité de la nourriture offerte ainsi que les problématiques observées. Elle transmet ensuite l'information à la nutritionniste, aux cuisiniers et à la chef du service alimentaire.

SERVICE D'ALIMENTATION

Un total de 120 338 repas ont été servis, à la cafétéria du personnel et des visiteurs et au Service traiteur, dont 109 129 repas aux personnes hébergées. Le menu est adapté pour 12 régimes thérapeutiques différents et 6 textures et consistances différentes qui rencontrent les besoins des personnes hébergées. Afin de répondre à cette demande, le service alimentaire a dépensé 942 862\$ et mis à contribution les 24 membres de son personnel.

La nouvelle technicienne en diététique s'occupe également du volet « gestion » du service alimentaire. En soutien à la chef du service alimentaire, elle s'occupe des commandes, des horaires, de la facturation des repas ainsi que du volet qualité. Ainsi, les menus ont pu être révisés afin d'offrir une plus grande variété et une meilleure qualité nutritionnelle, tout en respectant le milieu de vie dans lequel vivent les personnes hébergées. Enfin, la communication se trouve améliorée dans le service alimentaire et auprès de ses partenaires, ce qui favorise aisément l'atteinte de nos objectifs.

STAGIAIRES DU CRDITED

(Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal)

Cette année encore, nous avons eu le plaisir d'accueillir deux stagiaires du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de Montréal. Ces stagiaires travaillent entre quatre à cinq jours par semaine et accomplissent diverses tâches (éplucher les légumes, les couper, nettoyer les tables dans les salles à manger, monter des tables, etc.).

DONNÉES OPÉRATIONNELLES

Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014	VARIATION
Alimentation – Le repas	120 338	113 559	+ 6 779
Nutrition clinique – L'utilisateur	79	81	- 2

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

1. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les orientations stratégiques adoptées pour l'année 2014-2015, dans le cadre d'une planification stratégique triennale, sont les suivantes :

- Mettre en place une structure organisationnelle efficiente 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. Seize (165) objectifs découlaient de ces orientations, dont huit (8) ont été réalisés, sept (7) sont en cours de réalisation et un (1) seul reste à actualiser, et ce, malgré les nombreux changements qu'a vécu notre organisation au cours de la dernière année. Les équipes ont su se mobiliser dans l'atteinte ou la poursuite de nos objectifs.

Conjointement avec cette démarche, l'année 2014-2015 s'est terminée avec la fin de notre troisième cycle avec Agrément Canada. La démarche a été entreprise avec beaucoup de convictions et d'énergie de toute l'équipe et a été récompensée. Toujours soucieux de promouvoir et d'assurer la qualité des soins et des services dans l'établissement, les différentes équipes continuent de travailler avec les hauts standards de qualité d'Agrément Canada tout au long de l'année.

Dans le même ordre d'idées, le souci d'offrir aux personnes hébergées un milieu de vie de qualité a aussi fait partie des préoccupations quotidiennes de tout l'établissement. L'année 2014-2015 a été aussi la fin d'un cycle de visite d'amélioration du milieu de vie du MSSS, couronnée de réussite par le ministère. Mars 2015 annonçait le début d'un nouveau cycle. Le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph est fier d'avoir un comité d'usagers renouvelé et dynamique qui a collaboré, avec la direction de l'établissement, 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 avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Parmi les faits saillants, le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph a été un des deux premiers établissements privés conventionnés à intégrer le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH). Fiers de cette nouvelle collaboration, la nouvelle année s'annonce riche en collaboration et en développement de projet de toutes sortes. C'est avec beaucoup d'enthousiasme et avec une préoccupation de continuité, de consolidation et d'efficience que nous débutons 2015-2016.

2. DONNÉES OPÉRATIONNELLES

Exercice terminé le 31 mars 2015

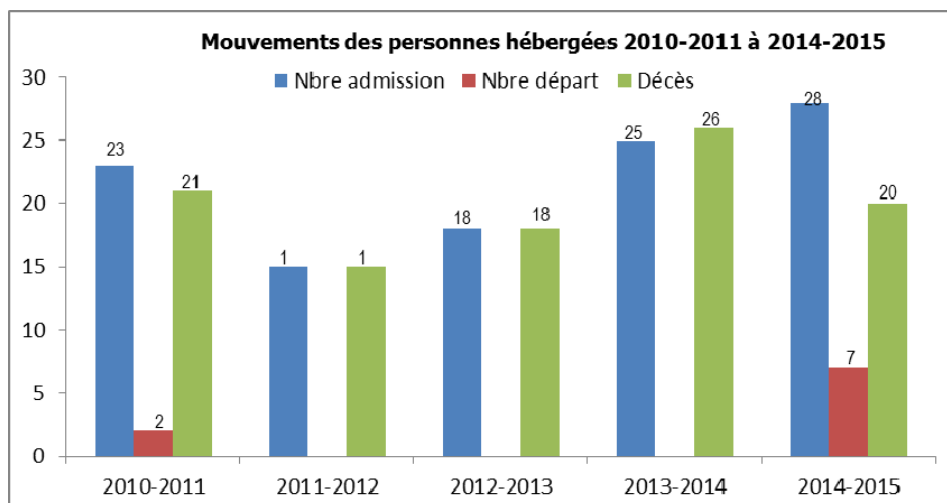
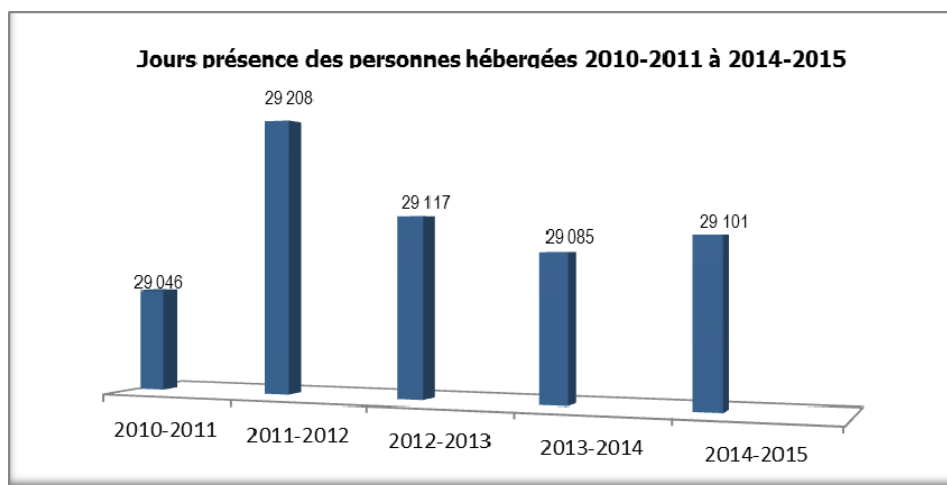
CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH			
	2014-2015	2013-2014	VARIATION
Nombre de lits	80	80	0
Admission	28	25	3
Jours présence	29 101	29 085	16
Taux d'occupation moyen	99,6%	99,6%	0
Pastorale – L'utilisateur (nombre de personnes)	73	55	18
Services sociaux – L'utilisateur (nombre de pers.)	81	82	-1
Physiothérapie - Heures de prestations de services	624	521	103
Physiothérapie - Le jour-traitement	825	629	196
Ergothérapie - Heures de prestations de services	853	912	-59
Ergothérapie - Le jour-traitement	923	923	0
Activités - Loisirs - La participation (nombre de personnes)	4 196	4 280	-84
Activités - Loisirs - Le temps vécu loisirs (minutes)	290 855	273 125	17730
Déplacement d'un usager	480	428	52
Nutrition clinique – L'utilisateur	79	81	-2
Alimentation - Le repas	120 338	113 559	6779
Buanderie - Le kilogramme de linge souillé	136 895	136 411	484
Hygiène/salubrité - Le mètre carré	11 621	11 621	0
Hygiène/salubrité – Désinfection – Le départ	27	26	1
Fonctionnement des installations – Le mètre cube	46 019	46 019	0
Entretien/réparation parc immobilier/mobilier – Le mètre carré	12 202	12 202	0
Heures travaillées	164 112	160 976	3136
Heures rémunérées	213 628	205 476	8152
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 31 % à 35 %, soit 28 personnes hébergées admises sur 80 lits dressés;
- les jours-présence ont augmenté de 1%, situation explicable par notre adhésion au mécanisme d'accès à l'hébergement;

- en physiothérapie, les heures de prestation de service ont augmenté de 20 % alors que les jours-traitements ont augmenté de 31 %. 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 service ont diminué de 7 % alors que les jours-traitements sont demeurés identiques;
- en activités loisirs, la participation a diminué de 2 % alors que le temps vécu loisirs a augmenté de 7 %;
- en nutrition clinique, le nombre d'usagers différents rencontrés a diminué de 3 %, dû à l'accroissement du nombre d'admissions;
- en alimentation, le nombre de repas a augmenté de 6%; ajout d'une troisième collation par jour.

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.



3. AGRÉMENT et VISITES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph a reçu le statut « *Agréé* », à la suite de la visite qui s'est tenue au mois de juin 2014, et ce, avec un taux de conformité de 92,1 %. Les preuves devant être fournies, au plus tard le 10 novembre dernier, pour les mesures de suivi à mettre en place afin de conserver le statut d'organisme agréé, ont été déposées. Agrément Canada a répondu, le 19 novembre 2014, que les exigences en matière de suivi ont été respectées et nous en félicite.

Les principaux suivis à effectuer par l'établissement, dans le cadre des POR, dont ceux pour novembre 2014 ont déjà été réalisés, sont :

Novembre 2014 :

- But en matière de sécurité des patients : utilisation des médicaments.
- Sécurité liée à l'utilisation de l'héparine (gestion des médicaments) – Évaluer et limiter la disponibilité des produits d'héparine.

Novembre 2015 :

- Protection de la santé et de la sécurité du personnel qui transporte, administre et élimine les médicaments cytotoxiques.
- Politique et procédures élaborées sur l'auto administration des médicaments
- Par ailleurs, d'autres preuves devront être déposées d'ici le 10 novembre 2015 pour les mesures de suivi demandées. Des travaux sont en cours activement afin de respecter les délais et répondre à l'ensemble des exigences.

Ces résultats mettent en évidence notre engagement envers la qualité des soins et des services et l'amélioration de nos processus.

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 3 et 4 mars 2015. Nous avons eu 9 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-de-l'Île-de-Montréal. Nous sommes en mesure de respecter les échéanciers prévus pour la majorité des cibles prévues au plan d'action ou sommes sur la bonne voie de l'être.

4. SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

Le comité de gestion des risques (CGR), instance formelle prévue par la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (LSSSS) veille à l'élaboration d'actions visant la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents. Le bilan de ce comité, faisant état de ses travaux, des moyens qu'il met en œuvre, de ses réalisations et de ses objectifs pour l'année à venir en matière de sécurité des soins et des services, se retrouvent sous la section *Conseils ou comités de l'établissement*, en point 2, page 23.

Aucun événement relié aux soins n'a fait l'objet d'un suivi auprès du coroner pour l'année financière 2014-2015.

5. EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

VOLET ADMINISTRATIF

Le rôle de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est bien spécifique. En effet, elle entretient des relations avec les gestionnaires et les 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. Elle a un devoir d'équité, de cohérence et de neutralité.

La promotion du régime de plaintes, l'information relative aux droits et responsabilités des usagers et au code d'éthique font également partie de ses responsabilités.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services présente son rapport annuel 2014-2015 qui résume le travail effectué par le bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015.

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

- participé au comité de vigilance (une rencontre);
- participé à la visite ministérielle.

DOSSIER D'INSATISFACTION

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Plaintes	3	1	1
Interventions			
Assistances	1	4	3
Consultations	1	1	2
Plaintes médicales	0	0	1
TOTAL	5	6	7

Au cours de l'exercice 2014-2015, huit motifs de plainte ont été examinés dont cinq ont donné lieu à des mesures correctives.

Au cours de l'exercice 2014-2015, un dossier a été transféré au Protecteur du citoyen. Nous sommes toujours en attente des conclusions du Protecteur.

INDICATEURS D'ACTIVITÉS DU COMITÉ DE RÉVISION (2014-2015)

La fonction du comité de révision est d'examiner les demandes des usagers ou des 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, une demande de révision a été déposée. Nous sommes toujours en attente des conclusions du comité.

SOMMAIRE DES AUTRES OBLIGATIONS DE LA COMMISSAIRE

Activités	Nombre
Promotion / Information au personnel et aux personnes hébergées	0
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	1
Total des activités	3

CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

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 qui ont un pouvoir de recommandations 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	
	MSJ
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.

2. LES INSTANCES RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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;
- inviter les personnes hébergées à exprimer leurs commentaires.

Il est composé de six membres :

- une vice-présidente;
- un secrétaire trésorier;
- quatre conseillers.

La présidente qui a démissionné au cours de l'exercice 2013-2014 n'a pas été remplacée.

Le comité des usagers a tenu son assemblée générale annuelle et s'est rencontré au cours de six réunions ordinaires :

- présence aux réunions spéciales sur invitation de la Direction dont, entre autres, la rencontre avec les familles des personnes hébergées;
- formation sur les services offerts par le CSSS en janvier 2015;
- projet de remplacement du service de minibus de l'établissement pour le magasinage, par le service de la STM, qui n'a pu toutefois aboutir par manque de personnes suffisamment valides pour utiliser ce service;
- réunions du comité avec invitation de membres de la direction pour traiter des sujets touchant directement les personnes hébergées, dont la nourriture et les menus, la propreté des lieux, la contagion et l'isolement;
- production et distribution d'un calendrier sur lequel figurent les inscriptions concernant les droits des usagers et les services que le comité peut rendre;
- préparation d'un dépliant explicatif sur le rôle et les fonctions du comité des usagers.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

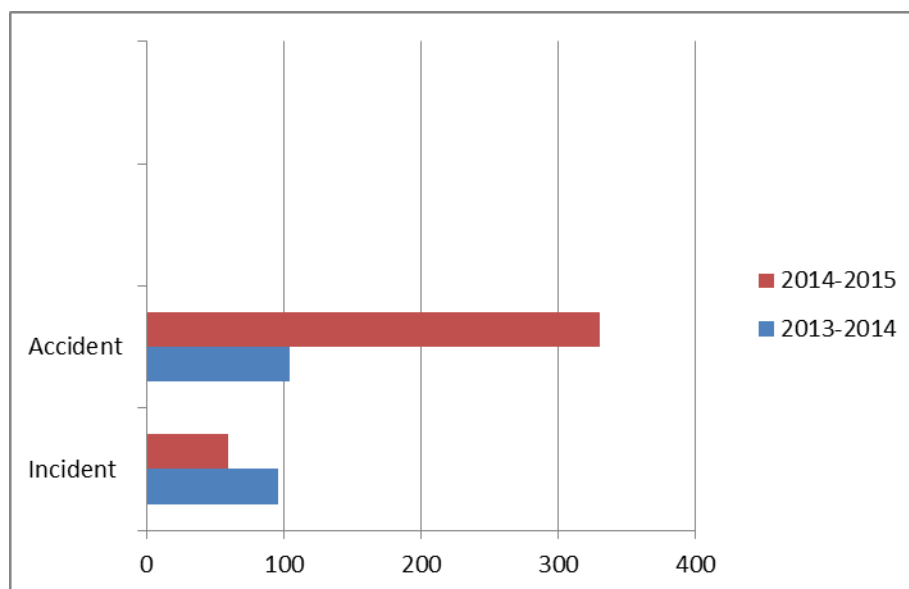
Pour assurer la sécurité de la clientèle hébergée, les incidents et accidents font l'objet d'une analyse rigoureuse qui identifie les causes ainsi que les mesures préventives et correctives pour en éviter la récurrence.

Le comité de gestion de risques (CGR) est, en conséquence, une instance formelle prévue par la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (LSSSS).

La composition du comité a été révisée afin d'assurer une meilleure représentativité de l'ensemble des services concernés. Il est désormais composé de dix membres, soit :

- la personne responsable de la gestion des risques;
- une personne représentant les usagers;
- une personne désignée parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- une personne du personnel clinique;
- un représentant de la Direction des ressources financières;
- un représentant de la Direction des ressources matérielles, techniques et informationnelles;
- un représentant de la Direction d'établissement, soins et services cliniques;
- un représentant des ressources humaines;
- un représentant du service de la pharmacie;
- la conseillère clinique, responsable de la prévention et du contrôle des infections.

Évolution des incidents-accidents



Malgré l'augmentation considérable du nombre de déclarations saisies cette année et bien qu'il en soit de même pour le nombre de déclarations de la catégorie Accident, il demeure que le pourcentage d'accidents avec conséquence a diminué de 23,37% comparativement à l'année précédente, passant de 50% à 26,63%. Cette année, 94% des déclarations sont des événements sans conséquence ou avec conséquence mineure ou temporaire pour les personnes hébergées, soit de niveau de gravité A à E2.

Cet écart considérable du nombre de déclarations de type accident comparativement à l'année précédente, s'explique particulièrement par les changements récemment apportés au rapport de déclaration d'incident ou d'accident.

Tableau comparatif du nombre de déclarations pour 2013-2014 et 2014-2015

ANNÉE	NOMBRE DE DÉCLARATIONS	NOMBRE DE DÉCLARATIONS SAISIÉS DANS LE SISSS
2013-2014	354	200
2014-2015	481	413

En 2014-2015, 413 incidents-accidents ont été déclarés au Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph. L'augmentation du nombre de déclarations comptabilisées s'élève à 106 %.

Cette augmentation est certes un indicateur démontrant l'adhésion du personnel soignant à une culture de sécurité dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

FAITS SAILLANTS

- Analyse et suivi des rapports d'incidents et d'accidents de la clientèle;
- analyse et suivi des évènements sentinelles;
- suivi sur les mesures d'urgence;
- rapport cumulatif des déclarations d'incidents et d'accidents;
- révision de la composition du comité;
- projet de politique et procédure sur le fonctionnement du comité;
- le comité a tenu cinq rencontres et répondu adéquatement au besoin de l'organisation en matière de gestion des risques.

PLAN DE SÉCURITÉ

L'organisation, soucieuse de la qualité et de la sécurité à tous les niveaux, s'est dotée d'un plan de sécurité ambitieux pour 2014-2015, comportant neuf objectifs pour l'ensemble des services concernés.

Nous sommes fières de souligner l'atteinte de 65% des cibles visées car l'échéancier établi pour certains des objectifs, compte tenu de leur ampleur et de leur importance, n'était pas tout à fait réalisable à l'intérieur du délai prévu.

PRÉVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS

RÉSULTATS CONCERNANT LES INFECTIONS - ANNÉE 2013-2014 / 2014-2015

L'absence d'éclosion depuis les deux dernières années nous permet de constater que les infections sont bien contrôlées. La sensibilisation du personnel, des familles et des bénévoles sur l'importance du respect des mesures de PCI ainsi que la promotion des bonnes pratiques demeurent des stratégies gagnantes.

La mise à jour du programme de prévention et de contrôle des infections ainsi que la formation continue, avec la collaboration de la conseillère en PCI sont, entre autres, des objectifs visés pour la prochaine année.

RÉSULTATS VACCINATION ANTIGRIPPALE 2014-2015 POUR LA CLIENTÈLE

UNITÉS	NBRE PERSONNES HÉBERGÉES VACCINÉES	NBRE TOTAL DE PERSONNES HÉBERGÉES	POURCENTAGE DE PERSONNES VACCINÉES
1 ^{er} Est	15	20	75
1 ^{er} Ouest	13	14	92.86
2 ^e Est	19	21	90.48
2 ^E Ouest	24	25	96

RÉSULTATS VACCINATION ANTIGRIPPALE 2014-2015 POUR LES MÉDECINS, LE PERSONNEL ET LES BÉNÉVOLES

MÉDECINS			BÉNÉVOLES			PERSONNEL		
TOTAL	VACCINÉ	%	TOTAL	VACCINÉ	%	TOTAL	VACCINÉ	%
3	2	66.66	52	15	28.84	144	50	34.73

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)

En vertu de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (LSSSS), le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph est doté d'un Comité de vigilance et de la qualité, composé de cinq membres, dont :

- deux membres du CA;
- 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 font l'objet de points statutaires lors des rencontres :

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

ÉVALUATION DES MESURES DE CONTRÔLE

TITRE	ANNÉE 2012-2013	ANNÉE 2013-2014	ANNÉE 2014-2015
Nombre de réunions	14	19	16
Nombre de contentions en début d'année	0	1	0
Nombre de contentions en fin d'année	1	0	0
Nombre de contentions utilisées en cours d'année.	1	1	0
Nombre de personnes hébergées évaluées	5	5	7

Les résultats des travaux réalisés dans le cadre de ce comité sont fort concluants. Les efforts déployés par l'ensemble du personnel et l'utilisation, en premier recours, des mesures alternatives contribuent à l'atteinte de l'objectif ministériel. Le rehaussement et le renouvellement de notre parc d'équipements de mesures alternatives, tels que des moniteurs sonores, font partie de nos priorités. Selon le tableau ci-dessus, aucune mesure de contention n'a été utilisée en 2014-2015.

COMITÉ DES MESURES D'URGENCE

Le comité local des mesures d'urgence, formé de nouveaux membres, a entrepris la révision du plan des mesures d'urgence, secondé par une firme spécialisée en la matière. 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 au cours des prochaines semaines afin qu'il soit bien adapté à la réalité de l'organisation.

Des capsules d'information ont été diffusées à quelques 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 sécuritaires.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

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

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT EN ÉQUIVALENCE TEMPS COMPLET

TYPE DE PERSONNEL	STATUT	EXERCICE EN COURS	EXERCICE ANTÉRIEUR
Cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	7	7
Cadres	Temps partiel (Équivalent temps complet ^a (ETC)) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	4	3
Cadres	En stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	39	33
Employés réguliers	Temps partiel (ETC ^a)	45	50
	Équivalent temps complet	27.19	43
Employé réguliers	En stabilité d'emploi	0	0
Occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	48 412	48 638
Occasionnels	Équivalents temps complet ^b	26.51	27.00

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

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH

ÉTAT DES RÉSULTATS

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
REVENUS		
Agence et MSSS	5 811 213 \$	5 640 255 \$
Contribution des usagers	1 503 676 \$	1 505 780 \$
Ventes de services et recouvrements	459 557 \$	264 522 \$
Revenus d'autres sources	13 551 \$	14 063 \$
TOTAL	7 787 997 \$	7 424 620 \$
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	6 136 375 \$	5 834 306 \$
Médicaments	115 678 \$	143 350 \$
Fourn. médicales et chirurgicales	75 979 \$	62 575 \$
Denrées alimentaires	256 352 \$	266 551 \$
Entretien et réparations	103 075 \$	85 589 \$
Autres	1 189 235 \$	1 108 466 \$
TOTAL	7 876 694 \$	7 500 837 \$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES	(88 697) \$	(76 217) \$

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 du fonds d'exploitation;
- 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 fournit le rapport de l'auditeur indépendant sur ces renseignements.

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH

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	(2 090 077) \$	(2 013 860) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(88 697) \$	(76 217) \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(2 178 774) \$	(2 090 077) \$

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH
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)	203 841 \$	547 361 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	190 754 \$	169 412 \$
Autres débiteurs	338 146 \$	192 025 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	580 395 \$	580 395 \$
Autres éléments	19 180 \$	27 788 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	1 332 316 \$	1 516 981 \$
<u>PASSIFS</u>		
Autres créditeurs et autres charges à payer	1 422 096 \$	1 053 141 \$
Revenus reportés	40 441 \$	32 876 \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	721 031 \$	658 809 \$
Autres éléments	1 379 584 \$	1 929 584 \$
TOTAL DES PASSIFS	3 563 152 \$	3 674 410 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 230 836) \$	(2 157 429) \$
<u>ACTIFS NON FINANCIERS</u>		
Stocks de fournitures	39 191 \$	37 389 \$
Frais payés d'Avance	12 971 \$	30 063 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	52 162 \$	67 452 \$
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	100 \$	100 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(2 178 774) \$	(2 090 077) \$

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

CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH 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	(2 157 429) \$	(2 075 449) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(88 697) \$	(76 217) \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	- \$	- \$
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisition de stocks de fournitures	(394 885) \$	(408 322) \$
Acquisition de frais payés d'Avance	(48 620) \$	(61 637) \$
Utilisation de stocks de fournitures	393 083 \$	409 750 \$
Utilisation de frais payés d'avance	65 712 \$	54 446 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	15 290 \$	(5 763) \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	- \$	- \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(73 407) \$	(81 980) \$
	(2 230 836) \$	(2 157 429) \$

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH
ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE
Fonds d'exploitation
Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
<u>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</u>		
Surplus (déficit)	(88 697) \$	(76 217) \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Stocks et frais payés d'avance	15 290 \$	(5 764) \$
Autres	- \$	- \$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie:	15 290 \$	(5 764) \$
Variation des actifs financiers et des passifs reliés aux fonctionnements	(270 113) \$	(129 896) \$
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	(343 520) \$	(211 877) \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	547 361 \$	759 238 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN	203 841 \$	547 361 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
Encaisse	203 841 \$	547 361 \$
Total	203 841 \$	547 361 \$

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 audité, 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 MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA MAISON-SAINT-JOSEPH

PRÉAMBULE

Établissement privé conventionné, le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph, 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 de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

Le Code s'applique à tout membre du Conseil d'administration du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph.

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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph, 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph. S'il émet un point de vue personnel, il doit le préciser et éviter tous commentaires susceptibles de porter atteinte à l'intégrité du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph.

19. La déclaration prévue aux paragraphes 16, 17 et 18 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à toutes les personnes. Il ne peut confondre les biens du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph.

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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph.

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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph.

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 Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph 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**

Identification de l'agence : Montréal

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

Nom de l'établissement : Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph

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
	Adjointe à la directrice d'établissement, soins et services cliniques (DESSC)	Responsable déléguée et secrétaire
	Un membre des familles	Représentant des usagers
	Travailleuse sociale	Représentante du personnel clinique
	Assistante du supérieur immédiat (ASI)	Représentante de la DESSC
	Chef du Service des ressources matérielles et techniques	Représentant de la Direction des ressources matérielles, techniques et informationnelles
	Agent de gestion du personnel au Service d'accueil et des ressources humaines	Représentant de la Direction des ressources humaines
	Conseiller en gestion financière	Représentant de la Direction des ressources financières
	Pharmacienne	Représentant du service de pharmacie
	Conseillère clinique	Membre
	Poste vacant	Un représentant des médecins

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 :
- Procéder à la cartographie des risques dans l'établissement.
 - Élaborer un plan d'action émanant de l'exercice de cartographie des risques et servant à la fois de Plan de sécurité d'établissement.
 - Promouvoir une culture de sécurité (formation sur la complétion du rapport d'accident-incident, de son importance et du suivi clinique).
 - Collaborer avec les comités partenaires de la gestion des risques tels que le comité local des mesures d'urgence, le comité de prévention des chutes, le comité pharmaco-soins et le comité de prévention et du contrôle des infections.

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain : La prévention des chutes et les mesures d'urgence

2. Divulgence 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 :

Oui	X	Non	<input type="checkbox"/>
-----	---	-----	--------------------------
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés :

Oui	X	Non	<input type="checkbox"/>
-----	---	-----	--------------------------
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident :

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

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : 28/05/2014

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** **Non**

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 :

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 :

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 :

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) :

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 :

Agréé

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"/>