



Rapport annuel de gestion

Exercice financier 2018/2019



Permis d'exploitation n° 1104-4823

**Approuvé par le conseil d'administration
du CHSLD Providence-Saint-Joseph
le 19 juin 2019**



ÊTRE PROVIDENCE

Par l'excellence de notre travail et notre engagement au quotidien auprès des personnes que nous servons, et tout particulièrement les personnes âgées, vulnérables ou marginalisées, poursuivons notre contribution exemplaire à la société.

Ensemble, soyons ce cercle de compassion, d'humanisme et d'amour.

Transmettons cette vision tracée par Émilie Tavernier-Gamelin à celles et ceux qui nous ont rejoints ou qui nous rejoindront demain.

Table des matières

1.	Liste des acronymes	4
2.	Message des autorités.....	5
2.1.	Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale.....	5
2.2.	Message de la Direction des soins et services cliniques (DSSC).....	9
3.	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles	10
4.	Présentation de l'établissement.....	11
4.1.	Historique de l'établissement.....	11
4.2.	Planification stratégique.....	12
4.3.	Structure de l'organisation	13
	Structure administrative – Organigramme	13
	Direction de la mission	14
	Direction générale	16
	Direction des soins et services cliniques.....	16
	Direction des ressources humaines	18
	Direction des ressources matérielles et techniques	22
	Mot du directeur	22
	Réalisations.....	23
	Le service alimentaire.....	24
5.	Conseils et comités de l'établissement	25
5.1.	Conseil d'administration	25
5.2.	Instances relevant du conseil d'administration	26
	Comité d'audit et de finance.....	26
	Comité d'éthique et de gouvernance	27
	Comité de vigilance et de la qualité	27
	Comité de gestion des risques	28
	Comité de prévention des infections (PCI).....	29
	Comité des usagers.....	30
5.3.	Autres comités	30
	Comité de direction	30

Comité de la mission.....	31
Comité local des mesures d'urgence	31
6. Activités de l'établissement reliées à la gestion des risques.....	33
6.1. Agrément et visites d'amélioration de la qualité	33
6.2. Sécurité et qualité des soins et des services.....	33
6.3. Examen des plaintes et de la promotion des droits.....	36
7. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	38
8. Ressources humaines de l'établissement.....	39
9. Divulgence des actes répréhensibles.....	40

Annexe 1 - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

1. Liste des acronymes

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

2. Message des autorités

2.1. Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale



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



*Mme Danielle Gaboury
Directrice générale*

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport annuel de gestion du CHSLD Providence–Saint-Joseph pour l'exercice 2018-2019, qui expose les faits saillants et principales réalisations de l'année. Ce rapport témoigne à nouveau de l'engagement extraordinaire de tout le personnel, des gestionnaires, médecins, bénévoles ainsi que des partenaires qui contribuent à la qualité et la vitalité du milieu de vie de nos personnes hébergées.

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

Plusieurs dossiers majeurs ont marqué l'agenda cette année :

Transformation organisationnelle

Cette année, nous avons œuvré dans un contexte de transformation organisationnelle majeure, suite à l'annonce du ministre de la santé, Dr Gaétan Barrette, en août 2018, d'autoriser la relocalisation des 162 résidentes et résidents du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, vivant majoritairement dans des chambres à 5 lits, au CHSLD Providence–Saint-Joseph.

Cette étape marque la fin du plan d'organisation actuel et ouvre la porte à une période de transition.

Le projet est réalisé en 3 phases.

La phase 1, consistant en aménagement/réaménagement de 30 chambres individuelles avec toilette au 3^e Est et Centre, a été inaugurée le 26 septembre 2018. Ces nouvelles installations incluent l'aménagement de 4 chambres répondant aux besoins d'une clientèle bariatrique, avec l'équipement adapté.

Les travaux de construction de la phase 2, consistant en l'aménagement de 31 nouvelles chambres avec toilette privée aux 1^{er} Ouest et Centre et 3^e Ouest, ainsi que l'aménagement de bureaux au sous-sol et l'installation de gicleurs, seront complétés en juillet 2019. Une de ces chambres, à 2 lits, permettra d'accueillir des couples.

La relocalisation de 62 personnes hébergées, en provenance du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, est prévue en septembre 2019, faisant passer le nombre de personnes hébergées de 80 à 142 personnes, avec ajout d'effectifs. Un plan de communications global a été mis en place, tant auprès des personnes hébergées et de leurs familles, du comité des usagers, du personnel, des gestionnaires, des médecins, des bénévoles, des syndicats et des partenaires externes, assorti de multiples rencontres avec les diverses parties prenantes.

Des mesures administratives ont été mises en place, dont l'embauche d'une psychologue industrielle, experte en gestion du changement et transformation organisationnelle, afin d'accompagner les équipes et réduire le niveau de stress organisationnel et individuel et les perturbations, tant dans le milieu de vie que dans l'environnement de travail du CHSLD Providence–Saint-Joseph.

Les discussions et négociations entreprises avec le MSSS se poursuivront au cours de la prochaine année, pour l'ensemble des phases, dont la phase 3 du projet, visant la construction possible d'une nouvelle aile de 100 lits. Des négociations sont également en cours avec notre partenaire, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Processus d'Agrément

Avec les modifications en cours de réalisation, les travaux et les bouleversements causés par les phases 1 et 2, tant pour les personnes hébergées et l'ensemble des personnes intervenantes, la coordination des travaux préparatoires à la visite d'Agrément, prévue en décembre 2018, a été ralentie par l'absence de plusieurs gestionnaires et les personnes remplaçantes se sont concentrées sur les services et les soins au quotidien.

Dans ce contexte, un report de la visite d'Agrément a été autorisé en juin 2019.

Il nous faut souligner le travail extraordinaire et l'engagement de tout notre personnel dans la démarche qualité et les travaux préparatoires à l'Agrément, dont la visite est prévue du 3 au 5 juin prochain.

Planification stratégique

Une planification stratégique triennale, pour les années 2019 à 2022, a été adoptée.

L'élaboration de ce plan stratégique constitue le fruit d'une démarche participative menée auprès des membres du conseil d'administration, laïques et religieuses, des gestionnaires, du personnel, des personnes hébergées, du comité des usagers, ainsi qu'auprès de partenaires externes, publics et privés, sur les principaux enjeux, défis, besoins et attentes des diverses parties prenantes.

Notre modèle stratégique place la personne hébergée et ses proches au cœur de nos préoccupations et de nos priorités d'action. 4 axes d'intervention prioritaires ont été définis :

1. Éthique et gouvernance;
2. Soins et services optimaux;
3. Efficience/efficacité;
4. Mobilisation, attraction, rétention.

Nos valeurs, la justice, l'excellence, la compassion, le respect de la vie et l'imputabilité, et notre vision « Être Providence », ont largement inspiré notre réflexion stratégique et soutiennent notre agir au quotidien. Elles constituent le fondement de nos orientations et de notre culture organisationnelle.

Nouvelle équipe de direction et défis 2019-2020

Dans la foulée des modifications et travaux majeurs en cours, nous avons eu le plaisir d'accueillir une nouvelle équipe de cadres supérieurs, hautement qualifiés. Nous souhaitons souligner leur haut niveau d'engagement à réaliser les multiples projets, mobiliser leurs équipes et à concrétiser la mission Providence, au quotidien, dans un contexte de transformation organisationnelle majeure et d'échéanciers serrés.

Au cours de la prochaine année, également une année de transition, les défis s'annoncent nombreux, dans toutes les directions, notamment, la poursuite des travaux en vue de la visite d'Agrément, la continuité des travaux de la phase 2, la réorganisation des soins avec l'arrivée de 62 nouvelles résidentes et résidents en septembre 2019, la gestion de l'augmentation des effectifs, la transformation des services auxiliaires, la mobilisation des équipes, le maintien du milieu de vie et du milieu de travail, la planification budgétaire et les allocations budgétaires en période de transition, les négociations avec le MSSS.

Nous faisons évoluer nos pratiques de gestion afin de répondre aux besoins évolutifs des personnes que nous servons et de notre personnel.

Nos remerciements

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

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

Claire Houde

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

Danielle Gaboury

Danielle Gaboury, MBA
Directrice générale

2.2. Message de la Direction des soins et services cliniques (DSSC)

C'est un grand bonheur pour moi d'avoir joint l'équipe de gestionnaires du CHSLD Providence–Saint-Joseph en décembre dernier, établissement dont l'engagement humain perpétue l'œuvre de la Bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin, fondatrice des Sœurs de la Providence, auprès des personnes vulnérables.

L'année 2018-2019 a essentiellement été marquée par :

- ✚ La poursuite des travaux de rénovation et l'amorce de leur deuxième phase à l'issue de l'annonce du ministre de Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, indiquant que le ministère apportait son soutien financier pour procéder à la relocalisation des chambres du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (PNDL), vers le CHSLD Providence–Saint-Joseph. La deuxième phase a donc été entamée en octobre 2018 et les premières personnes hébergées de PNDL devraient être accueillies à compter de septembre 2019;



- ✚ La préparation à la visite d'Agrément Canada, reportée en juin 2019;
- ✚ La grande mobilisation de l'ensemble des équipes de soins, que nous tenons à remercier pour leur grande implication à maintenir un milieu de vie de qualité et sécuritaire malgré les inconvénients générés par les travaux;
- ✚ La continuité de la qualité et de l'excellence des soins et des services offerts, centrés sur la personne hébergée et ses proches et qui dirigent nos actions.

À travers ce rapport l'établissement souligne le travail collectif pour répondre aux besoins des personnes hébergées, à leur qualité de vie et à leur sécurité.

À ce titre, je remercie vivement l'ensemble de son personnel et ses partenaires pour leur dévouement envers les personnes hébergées et leurs proches.

Narimen Hemsas

Directrice des soins et des services cliniques

3. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du CHSLD Providence–Saint-Joseph :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2019.

Danielle Gaboury
Directrice générale

4. Présentation de l'établissement

4.1. Historique de l'établissement

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

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

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

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

4.2. Planification stratégique

En mars, le conseil d'administration a adopté les grandes orientations de la planification stratégique triennale, pour les années 2019 à 2022.

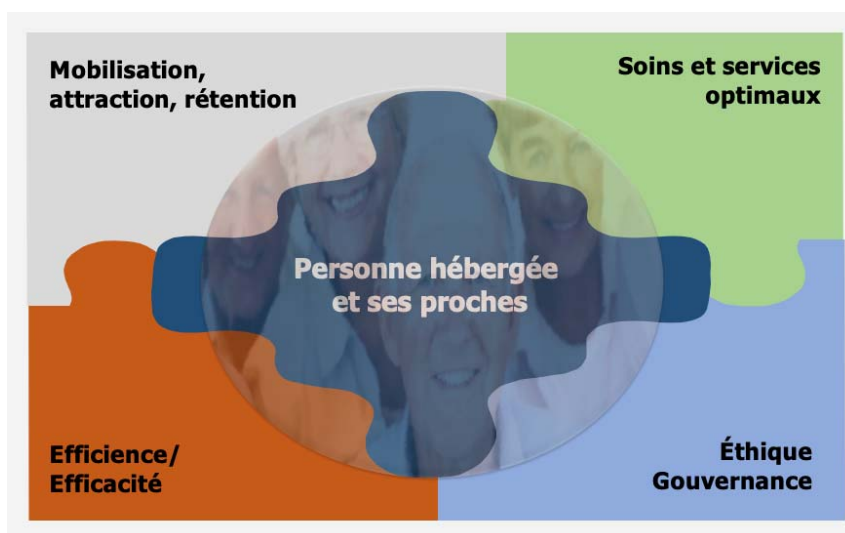
Ce Plan stratégique 2019-2022 témoigne de notre engagement et de la façon dont nous entendons concrétiser la mission Providence dans notre établissement au cours des 3 prochaines années, dans un contexte de transformation organisationnelle majeure afin de répondre aux exigences du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

En cohérence avec la mission et les valeurs fondamentales de notre organisation, la justice, l'excellence, la compassion, le respect de la vie et l'imputabilité, qui constituent le fondement de nos orientations et de notre culture organisationnelle, notre vision stratégique sert à inspirer chaque personne et donner un sens profond à nos actions et à notre engagement au quotidien.

Cette planification triennale, qui fixe les grandes orientations, répond aux enjeux et défis prioritaires identifiés pour les prochaines années et définit des priorités d'action fondées sur des objectifs et des indicateurs réalistes découlés dans des plans opérationnels.

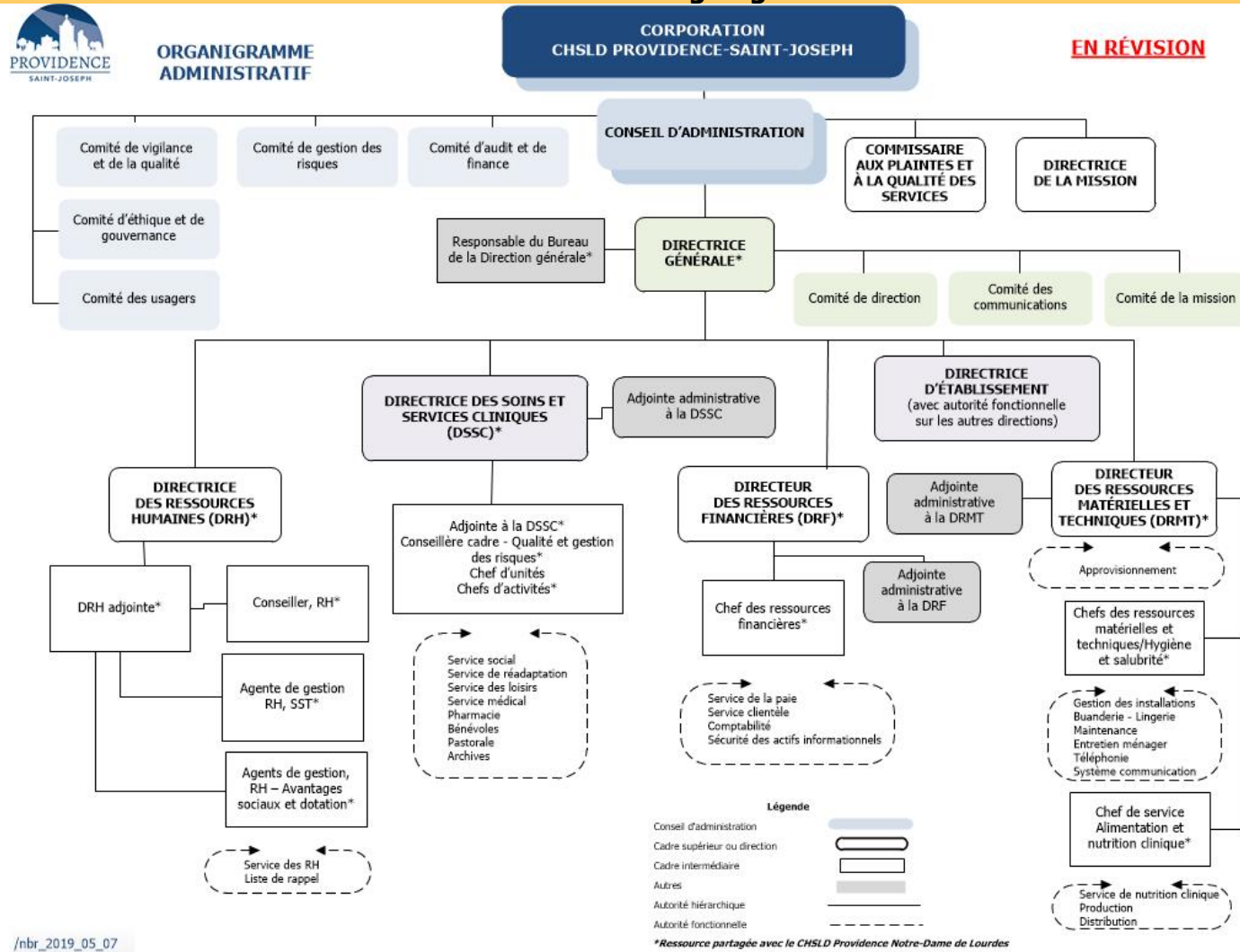
La pérennité d'un milieu de vie substitut, empreint de chaleur humaine et adapté aux besoins, où la participation active du patient-partenaire est encouragée ainsi que la création d'un milieu de travail attractif et mobilisant tissent le canevas de cette planification stratégique à l'intérieur de laquelle s'inscrivent nos activités d'amélioration continue et d'enracinement d'une culture de qualité et de sécurité des soins et des services.

En plaçant au cœur de nos préoccupations et de nos priorités d'action, la personne hébergée et ses proches, 4 axes d'intervention ont été définis, tel qu'illustré dans le modèle ci-dessous.



4.3. Structure de l'organisation

Structure administrative – Organigramme



Énoncé de mission

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

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

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

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

Nos valeurs

Justice
Excellence
Compassion
Respect de la vie
Imputabilité

Être Providence

Par l'excellence de notre travail et notre engagement au quotidien auprès des personnes que nous servons, et tout particulièrement les personnes âgées, vulnérables ou marginalisées, poursuivons notre contribution exemplaire à la société.

Ensemble, soyons ce cercle de compassion, d'humanisme et d'amour.

Transmettons cette vision tracée par Émilie Tavernier-Gamelin à celles et ceux qui nous ont rejoints ou qui nous rejoindront demain.



Justice

J'ai le désir d'une vie bonne pour chacune et chacun de nous et nous tous ensemble

- D'une égale liberté
- À l'égalité des chances
- Au droit à la différence
- À une répartition équitable des ressources

Excellence

J'ai le constant souci de qualité et de rigueur, du bon geste au bon moment

- Dans toutes mes actions, interventions et réalisations
- Envers notre clientèle, mes collègues et partenaires
- Avec la détermination du dépassement de soi

Compassion

Je tends la main à l'autre

- Par mon ouverture, mon accueil et mon attention
- Ma sensibilité aux émotions, aux paroles et aux gestes
- Avec authenticité et sincérité

Respect de la vie

J'ai la profonde conviction en la valeur de chaque être vivant

- Par la présence à soi, à l'autre, aux autres et au monde
- La volonté de préserver leur dignité
- En tout respect de leur autonomie, leurs choix et leurs décisions

Imputabilité

Je rends compte de la façon dont je m'acquitte de mon rôle et des responsabilités qui me sont confiées

- En toute confiance et coopération
- Avec clarté et précision
- Et le courage d'entamer un dialogue constructif dans une perspective d'amélioration continue

Direction générale

Afin d'assister le conseil d'administration, la Direction générale est appuyée par les différentes directions, et a la responsabilité de :

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

Direction des soins et services cliniques

La DSSC est composée d'un service médical, qui répond aux besoins d'ordre clinique et administratif, notamment dans le cadre de la prestation des soins médicaux et d'évaluation de la qualité de ces actes médicaux. Une garde médicale est également en place en tout temps, le soir, les fins de semaine ainsi que les jours fériés.

Un service de pharmacie est assuré par une pharmacie externe depuis 2012 afin d'offrir aux personnes hébergées les médicaments et les services pharmaceutiques nécessaires.

Par ailleurs, l'établissement offre des services de réadaptation physique, d'ergothérapie, de loisirs, de bénévolat, de pastorale ainsi qu'un service social.

Faits saillants :

- ✚ Préparation de la visite d'Agrément Canada avec l'ensemble des équipes;
- ✚ Implantation de la philosophie de soins « *Caring* » qui est un concept de soins infirmiers proposé par Jean Watson en 1979. Ce modèle décrit une approche humaniste élargie tenant compte de l'aspect spirituel de l'être humain. La personne hébergée et ses proches sont au centre de nos actions;
- ✚ Mise en place du comité de coordination d'amélioration continue de la qualité.

Service de pharmacie



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

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

Principales fonctions

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

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

Service des loisirs et des activités thérapeutiques

Voyage à travers un pays chaque mois

Le Service des loisirs organise, depuis novembre 2018 à raison d'une fois par mois, une activité consistant à présenter différents pays. Le but est de permettre aux personnes hébergées de se remémorer des pays qu'elles connaissent peut-être déjà ou de découvrir ceux qu'elles n'ont pas visités. Cette activité permet également d'impliquer le personnel, les familles et les stagiaires de différentes cultures et ainsi souligner la diversité culturelle au sein de l'établissement.

Le premier pays : le Portugal fût présenté par la famille d'une personne hébergée d'origine portugaise. Puis Haïti a été présenté par une préposée aux bénéficiaires en décembre dernier et une stagiaire est venue décrire son pays d'origine, la Côte d'Ivoire, en début d'année. La technicienne en loisirs a, quant à elle, présenté son pays d'origine le Sénégal. Lors des présentations, l'accent est mis sur la culture, l'habillement et la nourriture. Cette dernière, qui est apportée par la personne qui présente son pays, est faite de manière adaptée afin que les personnes hébergées puissent y goûter. La dégustation a lieu avec l'ensemble des personnes participantes.

Une animation musicale du pays concerné, préparée par un membre du personnel de l'entretien ménager, est aussi prévue lors de cette activité. Les personnes hébergées apprécient cette activité et sont impatientes de découvrir un nouveau pays avec la personne qui le présente en tenue traditionnelle. D'autres pays sont prévus pour la programmation de 2019-2020.

Direction des ressources humaines



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

Service des ressources humaines

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, la gestion des ressources humaines a été influencée de façon significative par les attentes de diminution des coûts au sein de l'organisation. En effet, plusieurs pratiques ont été élaborées et mises en place afin de diminuer les coûts associés aux ressources humaines, au temps supplémentaire et à la main-d'œuvre indépendante.

L'année se caractérise par la stabilisation de l'équipe des ressources humaines, en octroyant les postes prévus à la structure à l'accueil et à la liste de rappel, que ce soit de jour ou de soir. De plus, le comblement des postes administratifs permet d'assurer un meilleur suivi de la rémunération, des avantages sociaux, des griefs rectifiables, de la dotation et du développement du PDRH.

Parmi les activités offertes aux gestionnaires et au personnel se retrouvent le support en matière de santé et sécurité du travail, la liste de rappel et les relations de travail, la dotation, la gestion de la rémunération et des avantages sociaux.

En matière de dotation, un nouveau processus a été mis en place permettant aux gestionnaires de faire connaître leurs besoins en assurant toutefois un meilleur contrôle des surcroûts et des créations de postes. La révision des cahiers de postes a permis un meilleur suivi financier. Au 31 mars 2019, nous avons embauché 39 personnes, dont 22 à la Direction des soins et services cliniques, et avons connu 37 départs, avec un taux de roulement de 21 %. La politique pour contrer le harcèlement est l'une des principales politiques mises à jour. Plusieurs ateliers ont été offerts pour rejoindre le personnel sur tous les quarts de travail. Ces ateliers portaient notamment sur la civilité et la procédure à suivre en cas de harcèlement.

Effectifs de l'établissement en équivalence temps complet

Catégorie de personnel	Heures	Montant	Écarts entre 2018 et 2019	
			Hres	Salaires
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires				
Orientation	203,50	5 487,52 \$	-1,50	(26,60) \$
Formation extérieure	253,50	7 899,23 \$	42,00	2 212,92 \$
Formation à l'interne	118,50	3 905,76 \$	33,50	1 221,33 \$
Sous-total	575,5	17 292,51 \$	74,00	3 407,65 \$
Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métier				
Orientation	589,25	11 706,79 \$	-303,45	(5 916,24) \$
Formation extérieure	90	1 956,18 \$	-178,50	(3 723,98) \$
Formation à l'interne	23,41	492,52 \$	-37,59	(787,65) \$
Sous-total	702,66	14 155,49 \$	-519,54	(10 427,87) \$
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration				
Orientation	169,75	3 303,11 \$	104,51	1 984,74 \$
Formation extérieure	79,25	2 504,26 \$	58,25	1 841,78 \$
Formation à l'interne	38,50	946,80 \$	28,67	551,46 \$
Sous-total	287,5	6 754,17 \$	191,43	4 377,98 \$
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux				
Orientation	0	- \$		
Formation extérieure	46,00	1 463,08 \$	15,00	412,16 \$
Formation à l'interne	23,00	763,64 \$	23,00	763,64 \$
Sous-total	69	2 226,72 \$	38,00	1 175,80 \$
Personnel d'encadrement				
Orientation	65,50	3 125,38 \$	14,00	701,08 \$
Formation extérieure	48,50	2 331,79 \$	-23,00	(1 055,87) \$
Formation à l'interne	4,00	189,03 \$	-66,50	(3 284,12) \$
Sous-total	118	5 646,20 \$	-75,50	(3 638,91) \$
Total	1752,66	46 075,09 \$	-291,61	(5 105,35) \$

Service de santé et sécurité au travail

Volet « Invalidités »

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, 50 dossiers, sous le régime de l'assurance salaire, ont fait l'objet d'un suivi médical. Conformément aux groupes diagnostiques déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les motifs d'invalidité se répartissent comme suit:

Année	Musculo-squelettique	Santé mentale	Chirurgie	Oncologie	*Médecine	TOTAL
2018-2019	15	27	4	0	4	50
2017-2018	12	12	7	0	3	34

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

De façon générale, l'exercice financier 2018-2019 a connu une augmentation de 47 % du nombre de réclamations présentées en assurance salaire. Le nombre de dossiers traités en chirurgie a diminué de 43 %. Or, tous les autres groupes diagnostiques ont connu une augmentation importante des réclamations, soit : 125 % en santé mentale, 33 % en médecine et 25 % en musculo-squelettique.

Un soutien proactif par un programme d'aide aux employés aura certainement un effet positif pour les problèmes de santé psychologique qui démontrent une nette croissance.

Par ailleurs, 82% des réclamations traitées au cours de cet exercice financier ont été fermées.

Volet « Lésions professionnelles »

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

Au cours de l'année 2018, 22 réclamations ont été traitées pour des lésions professionnelles, dont 11 attribuables spécifiquement à l'année 2018; 2 réclamations demeurent actuellement actives. La majorité des réclamations sont présentées pour des lésions au niveau du dos, cependant, les 2 réclamations présentant une gravité importante, se situent au niveau des membres supérieurs.

Les sommes imputées pour les événements de 2018 s'élèvent présentement à 60 811 \$* ce qui constitue une diminution de 60% par rapport aux réclamations de l'année 2017 qui se chiffrent à 153 899 \$*. Des actions administratives et des recours légaux se poursuivent afin de diminuer les sommes imputées à notre dossier financier de la CNESST.

*** Coûts enregistrés au dossier financier CNESST en date du 20 février 2019.**

De plus, le Programme pour une maternité sans danger de la CNESST s'est appliqué pour 8 retraits préventifs.

Volet « Prévention »

Au service alimentaire, l'organisation a fait appel à deux (2) professionnelles de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) pour évaluer l'aspect ergonomique du nouvel environnement de travail ainsi que des méthodes de travail. Les recommandations sont graduellement implantées afin d'adapter les équipements et ainsi, éviter les troubles musculo-squelettiques.

Toujours dans le but d'améliorer les équipements de travail, 15 lits manuels ont été remplacés par de nouveaux lits électriques.

Afin de sensibiliser, informer et faciliter la compréhension du fonctionnement des différents secteurs de l'organisation, nous avons tenu un kiosque d'information au cours de l'année, notamment sur la santé et la sécurité au travail.

Mot du directeur



*M. Robert Mathieu
Directeur des ressources
matérielles et techniques*

En poste depuis juillet 2018, c'est avec plaisir que j'ai accepté de relever ce nouveau défi professionnel à titre de directeur des ressources matérielles et techniques. Ce défi est l'occasion de mettre à profit mes 25 années d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux, dont 20 années à titre de gestionnaire, principalement dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

La mission Providence et les valeurs promues par l'organisation sont pour moi une grande source de motivation dans l'amélioration continue des conditions de vie de la personne résidente. C'est avec cette motivation que la Direction des ressources matérielles et techniques oriente ses activités opérationnelles pour l'ensemble des services sous sa responsabilité.

La Direction des ressources matérielles et techniques a pour objectif d'assurer le maintien et l'intégrité du bâtiment, d'offrir un environnement sécuritaire, propre et agréable ainsi que de proposer une alimentation de qualité aux personnes résidentes ainsi qu'aux membres du personnel. Le respect des normes en vigueur et l'application des meilleures pratiques constituent une priorité de tous les jours.

Robert Mathieu

Directeur des ressources matérielles
et techniques

Réalisations



Afin de veiller au maintien et à l'intégrité du bâtiment, et ce, dans un environnement sécuritaire, la Direction des ressources matérielles et techniques s'assure de la distribution optimale des ressources tout en respectant le confort et la satisfaction des personnes hébergées.

Plusieurs réalisations méritent d'être soulignées pour l'exercice 2018-2019, notamment :

- ✚ En octobre 2018, la phase 1 du projet d'aménagement et réaménagement de 30 chambres fut livrée à la clientèle et membres du personnel. La phase 2, qui consiste à aménager 31 nouvelles chambres, est en cours depuis novembre dernier et sera livrée d'ici la fin de juillet 2019. Il est à noter que dans un souci d'optimiser la sécurité de notre clientèle, cette dernière phase comporte également l'ajout de systèmes de gicleurs aux secteurs impliqués ainsi qu'au secteur du 2^e Ouest. Dans son ensemble, ces projets représentent un investissement de plus de 7,4 millions \$.
- ✚ Le programme d'entretien préventif se poursuit permettant de maintenir le bon fonctionnement des équipements et d'en assurer leur pérennité à long terme. Pour ce faire, nous avons entamé l'intégration de la GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur) avec l'installation du programme Intéral afin d'atteindre les cibles d'efficacité et de saine gestion en matière d'entretien préventif.
- ✚ L'hygiène et la salubrité sont au cœur des préoccupations de l'équipe d'entretien. Dans une perspective d'amélioration continue et d'efficacité du service auprès de notre clientèle, nous avons embauché un chef de secteur en hygiène et salubrité et ainsi, en janvier dernier, acquis les talents de M. Joseph Leblanc. Fort de ses 30 années d'expérience tant dans le réseau de la santé que dans le secteur privé, son expertise est mise à contribution dans l'harmonisation des pratiques et la révision complète des routes de travail de l'équipe de l'entretien ménager. De plus, depuis son arrivée en poste, M. Leblanc a assuré la révision des pratiques de gestion des déchets cytotoxiques et a également dispensé des formations auprès de ses équipes au niveau des procédés en cas d'éclosion et sur les produits utilisés dans les fonctions d'entretien.

Le service alimentaire



Bien qu'étant un élément essentiel au maintien/rétablissement de la santé, l'alimentation constitue l'un des grands plaisirs de la vie. Et c'est encore plus vrai pour les personnes hébergées en CHSLD, pour qui cette activité prend toute son importance. Pour ces personnes, les aliments sont souvent synonymes de souvenirs agréables, d'un élément riche à connotation émotive. Le service alimentaire met ainsi tout en œuvre afin de faire rimer plaisir et santé!

Le service alimentaire a poursuivi ses activités en 2018-2019 pour offrir un service de qualité et des choix de menus appréciés des personnes hébergées.

La chef du service alimentaire étant en congé de maternité, Mme Annie-Claude Caponi, assistante au chef de service, a accepté de relever le défi et assure l'intérim à titre de chef du service alimentaire.

Les principales réalisations

- ✚ La laverie du service alimentaire a été réaménagée au niveau de l'espace de travail de même qu'au remplacement des équipements devenus vétustes.
- ✚ En 2018-2019, le nombre de repas reflète sensiblement la performance offerte l'année précédente et en respect de l'allocation budgétaire prévue.

Nutrition clinique

La nutritionniste évalue l'état nutritionnel de la personne hébergée, y compris l'évaluation de la déglutition. Elle détermine un plan d'intervention nutritionnel qui vise à maintenir ou rétablir l'état nutritionnel tout en optimisant la qualité de vie et en diminuant les risques de complications liés à un état nutritionnel déficient, tels les infections, les chutes, l'exacerbation de troubles cognitifs ou le développement de plaies de pression. Adapté selon le niveau d'intervention souhaité par la personne hébergée, ce plan est diffusé auprès des membres du personnel des unités de vie et du service alimentaire.

Son rôle est essentiel dans le contexte du roulement élevé de la clientèle et de son alourdissement, touchant particulièrement les textures adaptées, les diètes complexes et les allergies.

En cours d'année, 62 interventions en nutrition ont été réalisées, et ce, auprès de 80 personnes hébergées.

5. Conseils et comités de l'établissement

5.1. Conseil d'administration

Le CHSLD Providence–Saint-Joseph, une organisation à but non lucratif, est administré par un conseil d'administration de 7 membres, composé de 4 religieuses et 3 membres laïques.

Ainsi, le conseil d'administration est composé de :

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

La complémentarité des expertises des membres favorise une saine gouvernance de l'établissement. Chaque membre signe annuellement un code d'éthique et de déontologie et s'engage à adopter et à promouvoir une conduite conforme à l'éthique.

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

Le tableau ci-dessous présente les activités du conseil d'administration et des comités relevant du conseil d'administration, pour l'exercice financier 2018-2019 :

Nombre de rencontres en 2018-2019	
Conseil d'administration (6 régulières et 7 extraordinaires)	13
Comité d'audit et de finance	6
Comité d'éthique et de gouvernance	2
Comité de vigilance et de la qualité	2

Résolutions et mandats

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

Voici quelques-unes des principales réalisations :

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

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

Les membres du conseil d’administration signent annuellement le code d’éthique et de déontologie et s’engagent à adopter et à promouvoir une conduite conforme à l’éthique (Annexe 1).

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

5.2. Instances relevant du conseil d’administration

Comité d’audit et de finance



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

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

Comité d'éthique et de gouvernance

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

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

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

Comité de vigilance et de la qualité

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

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

La directrice des soins et services cliniques (DSSC) est invitée.

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

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

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

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu 2 rencontres au cours de l'année.

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

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

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques de l'établissement, instance formelle prévue par la *Loi sur les Services de santé et les services sociaux* (article 183.2 de la Loi), veille à l'élaboration d'actions visant la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents. Il a pour fonction de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à :

- ✚ Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des personnes hébergées et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- ✚ S'assurer qu'un soutien est apporté à la personne hébergée et à ses proches;
- ✚ Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes;
- ✚ Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et des accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le comité de gestion des risques s'est réuni à 2 reprises au cours de l'exercice financier 2018-2019. Il a été relancé en 2019 et la composition de ses membres revue au complet, soit :

- ✚ La conseillère cadre - Gestion des risques, qualité et milieu de vie;
- ✚ La directrice des soins et des services cliniques;
- ✚ La présidente du comité des usagers;
- ✚ Une infirmière;
- ✚ Une assistante du supérieur immédiat;
- ✚ La chef du Service alimentaire;
- ✚ Un préposé à la maintenance;
- ✚ Le chef du secteur hygiène et salubrité;

- ✚ Le chef de service des ressources matérielles et techniques, responsable des mesures d'urgence;
- ✚ L'ergothérapeute.

Comité de prévention des infections (PCI)

Ce comité, qui relève de la Direction des soins et des services cliniques, a pour mandat, entre autres, de :

- ✚ Déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales, ainsi que les priorités d'action;
- ✚ Élaborer, mettre à jour et s'assurer de la conformité du programme de prévention et de contrôle des infections selon les données probantes et les lignes directrices;
- ✚ Agir sur les facteurs de risques associés aux infections nosocomiales;
- ✚ Réviser périodiquement les objectifs et priorités en matière de prévention et contrôle des infections;
- ✚ Recommander les politiques et procédures en matière d'infections nosocomiales et de protection du personnel, en collaboration avec le bureau de santé;
- ✚ Réviser et adapter les politiques, procédures et protocoles, concernant la prévention et le contrôle des infections.

Ce comité multidisciplinaire et inter-établissement - Providence–Saint-Joseph (PSJ) et Providence Notre-Dame de Lourdes (PNDL) - où chaque membre apporte son expertise, est présidé par la conseillère clinique responsable de la prévention et du contrôle des infections. Il rend compte des travaux au comité de gestion, ainsi qu'au comité de gestion intégrée des risques. Il est composé des membres suivants :

- ✚ La conseillère clinique en prévention et contrôle des infections ou l'assistante de la conseillère clinique en prévention et contrôle des infections ;
- ✚ La chef d'unité de PNDL et celle de PSJ;
- ✚ Le chef de secteur hygiène et salubrité;
- ✚ La chef du service alimentaire;
- ✚ La pharmacienne en chef;
- ✚ Une infirmière de PNDL et une de PSJ;
- ✚ Une infirmière auxiliaire de PNDL et une de PSJ;
- ✚ Une préposée aux bénéficiaires de PNDL et une de PSJ;
- ✚ L'ergothérapeute.

Ainsi que sur invitation :

- ✚ Une personne représentant le service de santé et sécurité au travail;
- ✚ Le chef des services techniques.

La fréquence des rencontres est de quatre par année ou plus, selon les besoins. Une réunion spéciale peut être organisée en tout temps par un membre du comité lorsqu'un dossier urgent doit être soumis aux membres.

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 :

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

Durant l'année 2018-2019, les membres du comité des usagers se sont réunis à 17 reprises (7 réunions statutaires et 10 sessions de travail).

La présidente du comité des usagers a présenté son rapport annuel 2018-2019 aux membres du conseil d'administration lors de la séance du 19 juin 2019.

5.3. Autres comités

Comité de direction

Une équipe de cadres supérieurs aux compétences diversifiées et complémentaires met en œuvre les décisions du conseil d'administration et assure la réalisation des orientations stratégiques et les plans d'action en découlant, de façon à concrétiser la mission Providence.

L'équipe du comité de direction est composée de :

- La directrice générale;
- La directrice déléguée à la Direction générale;
- La directrice adjointe aux ressources humaines;
- Le directeur des ressources financières;
- Le directeur des ressources matérielles et techniques;

- La directrice des soins et services cliniques du CHSLD Providence–Saint-Joseph et du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (corporation associée);
- La directrice des services d’hébergement de Carrefour Providence, corporation associée;

Le tableau ci-dessous présente les activités du comité de direction pour l’année 2018-2019 :

Nombre de rencontres	
Comité de direction	7
Séances extraordinaires du comité de direction	3

Comité de la mission

Le comité de la mission s’assure que la mission et les valeurs sont véhiculées et vécues dans les institutions, notamment dans la vie quotidienne, les politiques et procédures, les pratiques organisationnelles et les programmes.

La promotion de la mission et des valeurs constitue un objectif permanent de chaque gestionnaire.

Ensemble, avec la collaboration d’une éthicienne-conseil, ce groupe a travaillé à la définition des valeurs et de la vision.

Comité local des mesures d’urgence

Le comité local des mesures d’urgence a vécu une révision cette année. Maintenant nommé sous le comité de planification des mesures d’urgence, ce dernier est composé des acteurs suivants:

- Le directeur des ressources matérielles et techniques;
- La directrice des soins et services cliniques;
- La conseillère-cadre en gestion des risques, de la qualité et du milieu de vie;
- Les chefs d’unités représentant les installations de Providence Notre-Dame-de-Lourdes et Providence–Saint-Joseph;
- Le chef des ressources matérielles et techniques;
- Le chef de l’hygiène et salubrité
- La chef du service alimentaire.

Au cours de l’année, le comité a diffusé le nouveau calendrier et programme des activités des mesures d’urgence. De plus, des capsules de formation ont été offertes au

membre du personnel en octobre 2018 notamment sur les protocoles d'évacuation et exercice d'incendie.

À l'heure actuelle et en partenariat avec la firme PSM gestion de risques, une révision complète des plans des mesures d'urgence est en cours.

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

6.1. Agrément et visites d'amélioration de la qualité



**ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA**

L'établissement, qui a le statut « Agréé » depuis 2014, poursuit sa démarche continue d'amélioration de la qualité et sa préparation en vue de la visite d'agrément, prévue du 3 au 5 juin 2019. À ce titre, les différentes équipes sont constituées et à pied d'œuvre. Différentes activités ont été mises en place, à savoir :

- ✚ Création du comité de coordination et d'amélioration continue de la qualité, qui s'est réuni une quinzaine de fois au cours de l'année 2018-2019 et a pour mandat de :
 - ✓ Documenter la réalisation du plan d'amélioration continue de la qualité de l'établissement et en assurer le leadership;
 - ✓ Assurer l'intégration des normes et des pratiques organisationnelles requises (POR) du programme d'Agrément Canada aux processus internes et aux pratiques des équipes;
 - ✓ Faire la promotion de l'amélioration continue de la qualité et soutenir les équipes;
 - ✓ Partager et développer des projets d'amélioration continue, des outils d'analyse et des indicateurs de performance;
- ✚ Élaboration du plan d'amélioration de la qualité 2018-2019;
- ✚ Les recommandations issues de la visite ministérielle du 3 octobre 2017 sont, quant à elles, intégrées au plan d'amélioration continue de l'établissement 2018-2019 sous forme d'objectifs d'amélioration. Chaque direction responsable d'une recommandation documente régulièrement les actions entreprises.

6.2. Sécurité et qualité des soins et des services

L'établissement démontre une grande préoccupation au sujet de la qualité et de la sécurité des soins et des services qui sont offerts à la clientèle.

- ✚ Révision de la liste des membres du comité de gestion des risques afin d'y intégrer du personnel terrain, proche des soins et des services;

- ✚ Élaboration du plan d'action du comité de gestion des risques 2018-2019, consistant à revoir sa constitution et son fonctionnement, à réviser la politique du comité de gestion des risques de l'établissement et à relancer ses activités.
- ✚ Standardisation du processus de déclaration des incidents/accidents en lien avec la prestation sécuritaire des soins et des services : révision du processus de saisie des formulaires AH 223-1, formation d'une personne responsable de la saisie des AH 223-1, élaboration d'outils d'analyse et de suivi des événements sentinelles;
- ✚ Réalisation d'audits sur le processus de divulgation, analyse des résultats et identification d'objectifs d'amélioration;
- ✚ Révision des politiques liées à la prestation sécuritaire des soins et services;
- ✚ Révision de la politique sur le fonctionnement du comité de gestion des risques;
- ✚ Élaboration de nouvelles politiques en gestion des risques : politique de gestion intégrée des risques et politique de gestion des avis et rappels;
- ✚ Actualisation du programme de gestion intégrée de la qualité et des risques;
- ✚ Réalisation d'un livret sur pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada. Ce livret documente toutes les activités que l'établissement réalise pour être conforme aux bonnes pratiques;
- ✚ Organisation d'une journée sur la sécurité des soins et des services, le 14 novembre 2018, dans le cadre de la *Semaine nationale sur la sécurité des usagers*. Cet événement a connu un grand succès et a permis de sensibiliser et d'informer le personnel, les bénévoles, les personnes hébergées et leurs proches sur les différents moyens mis en place dans l'établissement pour assurer la sécurité (programmes de soins, plan de sécurité, plan de mesures d'urgence, etc.). La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé à cette journée et tenu un kiosque d'information sur la bientraitance et la divulgation des actes répréhensibles, en collaboration avec le comité des usagers;
- ✚ Relance du comité milieu de vie et élargissement de son mandat pour démontrer son engagement soutenu envers l'approche de partenariat de soins avec les personnes hébergées et leurs proches, un des principes directeurs de la philosophie d'intervention de l'établissement. Cette approche collaborative permet d'offrir des soins et des services centrés sur la personne hébergée et ses proches tout en les impliquant dans les décisions qui les concernent ainsi que dans la qualité de leur milieu de vie. Afin d'améliorer la qualité du milieu de vie, le comité milieu de vie s'est donné pour objectif d'améliorer les espaces intérieurs et extérieurs des personnes hébergées;
- ✚ Mise en place du projet PassePOR, un projet de sensibilisation du personnel aux bonnes pratiques;
- ✚ Actualisation du plan de sécurité 2015-2019, afin d'identifier les risques potentiels et de mettre en place les moyens nécessaires pour les prévenir, les traiter et les contrôler. Ce plan constitue une exigence d'Agrément Canada et, dans l'optique d'y répondre de façon innovatrice et efficace, l'établissement utilise l'outil de cartographie des risques lui permettant d'avoir une vision exhaustive des risques potentiels. L'exercice est effectué tous les quatre ans en groupe interdisciplinaire. Le suivi de la réalisation des objectifs est ensuite assuré par la conseillère-cadre -

Gestion des risques, gestion de la qualité et milieu de vie de l'organisation. Un prochain inventaire des risques est prévu en 2019-2020.

- ✚ **Boîte à risques :** Pour des raisons de sécurité, la boîte à risques a été retirée de l'établissement. En effet, le comité de gestion des risques considère que cette boîte est un risque en soi, car elle n'était pas vérifiée régulièrement et ainsi ne prenait pas en compte de façon immédiate des situations non sécuritaires. Le comité a décidé de travailler sur une culture de la sécurité préconisant que les risques soient l'affaire de toutes et tous, qu'ils n'aient pas à être déclarés de manière anonyme et qu'ils doivent être adressés le plus tôt possible aux personnes concernées.

Événements sentinelles

Un événement sentinelle a été traité au cours de l'exercice 2018-2019.

Événements par indice de gravité et type d'événement 2018-2019

En 2018-2019, il y a eu 477 événements déclarés. Aucun événement n'était compris dans les catégories G à I.

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NIVEAU DE GRAVITÉ									TOTAL	%
	A	B	C	D	E1	E2	F	ND			
Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation			9	1				9		19	4 %
Autres	3	3	39	28	43			49		165	34,6 %
Chute		1	21	99	8	1	3	18		151	31,66 %
Diète		1	4					3		8	1,67 %
Effets personnels	1		9	2				2		14	2,95 %
Équipement	2	3						1		6	1,25 %
Matériel	2		1					4		7	1,46 %
Médicament	2	10	64	1				28		105	22 %
Traitement/ Intervention			1					1		2	0,41 %
Total	10	18	148	131	51	1	3	115	477	100 %	

Il est à noter qu'aucune recommandation n'a été formulée par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ni par le protecteur du citoyen, le coroner ou toute autre instance, au cours de l'exercice 2018-2019. Également, il n'y a aucune mise sous garde dans l'établissement.

6.3. Examen des plaintes et de la promotion des droits

L'examen des plaintes s'inscrit dans une perspective de reddition de compte au conseil d'administration de l'établissement et témoigne des activités et des interventions en application du régime d'examen des plaintes en vue d'assurer aux personnes hébergées et à leur famille, le respect de leurs droits et la qualité des services auxquels ils peuvent légitimement s'attendre. Le traitement des plaintes et des insatisfactions des personnes hébergées permet d'orienter le processus d'amélioration continue de la qualité.

Dossiers d'insatisfaction

	2018-2019	2017-2018
Plaintes	2	0
Interventions	2	0
Assistances	4	1
Consultations	2	3
Plainte médicale	0	1
TOTAL	10	5

Plaintes

Au cours de l'exercice 2018-2019, deux dossiers de plaintes ont été reçus et conclus.

Interventions

Deux dossiers d'interventions ont également été déposés au cours de l'année 2018-2019. Un des dossiers est conclu, le deuxième est en examen à la fin de l'exercice financier.

Assistances

Quatre dossiers d'assistance sont ouverts et conclus au cours de l'année 2018-2019. Ces dossiers sont traités rapidement avec le soutien des gestionnaires responsables de chacun des services concernés.

Consultations

Deux dossiers de consultation sont ouverts au cours de l'année 2018-2019.

Plaintes médicales

Aucun dossier de plainte médicale n'a été acheminé au commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'année.

Recommandations

Aucune recommandation émise par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en 2018-2019.

État des dossiers de plainte transmis au 2^e palier

Aucun dossier n'a été transmis au 2^e palier.

Activités d'un médecin examinateur

Aucun dossier de plainte médicale n'a été déposé auprès du médecin examinateur au cours de l'exercice 2018-2019.

Activités du comité de révision

Depuis la réception de l'avis juridique du CIUSSS concernant le traitement des plaintes médicales, les usagers sont référés au Collège des médecins. Le dépôt des plaintes y est confidentiel.

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.

En 2018-2019, il n'y a eu aucune activité de révision.

Volet promotion

Les affiches et dépliants du Ministère ainsi que les nouveaux formulaires sont bien en vue et à disposition des personnes hébergées à la réception de l'établissement. Les dépliants sont remis à la demande des personnes hébergées. Les dépliants du Ministère sont uniquement disponibles par Internet et des copies sont faites, au besoin.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé à la journée sur la sécurité des soins et des services, le 14 novembre 2018, dans le cadre de la *Semaine nationale sur la sécurité des usagers*. Elle y a tenu un kiosque d'information sur la bientraitance et la divulgation d'actes répréhensibles, en collaboration avec le comité des usagers.

Volet administratif

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé à 2 rencontres régulières du comité de vigilance où elle présente un rapport à chacune des séances.

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

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

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

Depuis l'application de la directive ministérielle portant sur les soins de fin de vie, l'établissement n'a eu recours, durant l'année 2018-2019, ni à la sédation palliative ni à l'aide médicale à mourir.

Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	17
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1

8. Ressources humaines de l'établissement

Effectifs de l'établissement en équivalence temps complet

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
Personnel-cadre (en date du 31 mars)				
Temps complet nombre de personnes (Note 1)	1	5	5	–
Temps partiel (Note 1) :				
– Nombre de personnes	2	10	-	10
– Équivalent temps complet (Note 4)	3	4,4	1,5	2,9
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	–	–	–
Personnel régulier (en date du 31 mars)				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	53	79	-26
Temps partiel (Note 2)				
– Nombre de personnes	6	69	67	2
– Équivalent temps complet (Note 4)	7	30,88	25,30	5.58
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	–	–	–
Personnel non-détenteur de postes (occasionnels)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	69 560	66 203	3 357
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	36,50	33.29	3,21

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

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

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

Note 4 : Pour les lignes 3, 7 et 10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales.

9. Divulcation des actes répréhensibles

La directrice générale, responsable du suivi des divulgations, n'a reçu aucune divulgation d'actes répréhensibles au cours de l'exercice financier 2018-2019.

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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



Approuvé par le conseil d'administration
Le 8 avril 1998
Modifié le 10 juillet 2014

PRÉAMBULE

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

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

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

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

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

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

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

DISPOSITIONS LÉGALES

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

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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

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

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

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

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

17. Tout membre du Conseil d'administration doit déposer devant le Conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat conclu avec le CHSLD par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts **[Annexe 2]**.

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

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

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

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

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

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

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

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

30. Le membre du Conseil d'administration doit agir de façon à ne pas tirer avantage indûment en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de personne administratrice ou de nuire aux intérêts du CHSLD.

31. Le membre du Conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès du CHSLD.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

32. Le membre du Conseil d'administration s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables. Tout manquement ou toute omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
33. Le membre du Conseil d'administration doit produire l'engagement de l'**Annexe 1**.
34. Toute personne qui est d'avis qu'un membre du Conseil d'administration a pu contrevenir à la loi ou au présent Code d'éthique et de déontologie en saisit la présidente du Conseil d'administration.
35. La présidente du Conseil d'administration désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie.
36. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le Conseil d'administration pour agir à ce titre.
37. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Le membre du Conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne à la source de l'allégation.
38. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport à la présidente du Conseil d'administration.
39. En tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, la présidente du Conseil d'administration peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois membres du Conseil d'administration qu'elle désigne.
40. Le comité notifie au membre visé du Conseil d'administration les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du Code d'éthique et de déontologie. La notification informe le membre visé qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements concernés.
41. Sur conclusion que le membre visé du Conseil d'administration a contrevenu à la loi ou au présent Code, le comité, après avoir entendu le membre visé, ou à l'expiration du délai dont bénéficie le membre visé, recommande aux membres du Conseil d'administration l'imposition d'une sanction.
42. Le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer au membre visé du Conseil d'administration. Ce dernier ne peut assister à la rencontre.

43. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. Le membre visé du Conseil d'administration est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.
44. Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

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

Annexe 1

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

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

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

CHSLD PROVIDENCE–SAINT-JOSEPH

ET JE M'ENGAGE    M'Y CONFORMER.

Signature du membre du Conseil d'administration

Date

Annexe 2

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS du membre du Conseil d'administration

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

Je, soussigné(e) _____ administrateur/administratrice du
CHSLD Providence–Saint-Joseph, déclare les intérêts suivants :

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

➤ Non Oui

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

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

➤ Non Oui

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

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

➤ Non [] Oui []

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

4. J'occupe le ou les emplois suivants :

Emploi

Employeur

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

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

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

Signature du membre du Conseil d'administration



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

