



Permis d'exploitation 1175-5501

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2023-2024



27 juin 2024
CA-PNDL-2023-2024.015

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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 2023-2024 du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (PNDL) :

- ✚ 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 2024.



QUI SOMMES-NOUS?

Le 15 septembre 1943, le conseil général de la communauté des Sœurs de la Providence décide de faire l'acquisition de l'hôpital Notre-Dame de Lourdes situé au 1870, boulevard Pie-IX, à Montréal ; l'hôpital compte alors 325 malades logés à l'étroit dans des salles surchargées.

En 1971, malgré le projet de Loi 65, la communauté parvient à sauvegarder l'hôpital Notre-Dame de Lourdes.

Entre les années 1980-1995, l'hôpital a subi des rénovations majeures le transformant en un établissement plus moderne et disposant d'installations physiques et d'équipements spécialisés et adaptés qui contribuent au maintien de l'autonomie et au bien-être des personnes hébergées. Au cours de cette période, son nombre de lits a été ramené de 222 à 162 lits, répartis en 3 unités de soins.

En janvier 1998, l'hôpital Notre-Dame de Lourdes change son statut « hôpital » pour celui de « centre d'hébergement et de soins de longue durée », et sa désignation devient alors « Providence Notre-Dame de Lourdes inc. ».

En octobre 2019, 62 personnes ont été relocalisées au CHSLD Providence–Saint-Joseph. Le nombre de lits au permis est dorénavant de 100 lits.



NOTRE MISSION

En continuité de l'œuvre caritative d'une organisation laïque nommée Hôpital Notre-Dame de Lourdes, les Sœurs de la Providence ont pris la relève en 1943 afin d'y poursuivre la mission de leur fondatrice, Mère Émilie Tavernier-Gamelin.

Établi au cœur du stimulant quartier Hochelaga-Maisonneuve de Montréal, cet établissement est maintenant nommé le Centre d'hébergement de soins de longue durée Providence Notre-Dame de Lourdes.

Grâce au professionnalisme, à l'expertise et au dynamisme de son personnel, le centre héberge des personnes adultes vulnérables, en perte d'autonomie due à des problématiques de santé importantes. Il s'engage à offrir des soins médicaux et infirmiers, ainsi que des services pharmaceutiques, psychosociaux, de réadaptation, de loisir, d'assistance et d'accompagnement spirituel. Les interventions respectent l'aspect unique de la personne tout en assurant un milieu de vie propice à l'épanouissement social.

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

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



VALEURS PROVIDENCE



NOTRE VISION

Être Providence

Par l'excellence de notre travail et de 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.

NOTRE PHILOSOPHIE DE GESTION

Notre philosophie de gestion découle de la vision *Être Providence* dans un milieu de vie empreint de chaleur humaine où s'exercent le dynamisme, la compétence et le dévouement du personnel, axés sur le caractère unique de la personne hébergée. Elle préconise une approche de gestion participative basée sur le travail en équipe. Elle met l'accent sur la collaboration du personnel et fait appel à leur sens des responsabilités. Le personnel évolue dans un climat de confiance qui favorise la communication et la proaction pour un vivre ensemble harmonieux.

Le travail d'équipe fait référence à un travail basé sur la confiance, à la mise en commun des forces et des expertises dans une dynamique d'échanges, de collaboration, de complémentarité et d'imputabilité. Le potentiel du personnel est mis à contribution pour trouver des solutions afin d'améliorer l'organisation du travail, la qualité du milieu de vie et la sécurité des personnes hébergées.

Providence Notre-Dame de Lourdes reconnaît l'importance de favoriser des échanges authentiques à dimension humaine privilégiant :

- ✚ Une **communication** basée sur **un dialogue franc et sincère**.
- ✚ **La consultation** permettant à chaque personne de s'exprimer et d'apporter sa contribution à l'organisation.
- ✚ **L'écoute de l'Autre** dans une attitude d'ouverture afin de mieux accueillir les différences dans les discussions.
- ✚ **La responsabilisation et l'imputabilité** donnant place à l'initiative et à l'autonomie dans le cadre des responsabilités individuelles et d'équipe.
- ✚ **La reconnaissance**, par une appréciation constructive et personnalisée de la contribution individuelle, l'adoption de comportements valorisés au sein de l'établissement et l'encouragement du développement d'initiatives positives.



DIRECTION DES SOINS ET SERVICES CLINIQUES (DSSC)

La dernière année a spécialement été marquée par le rehaussement de la qualité des soins et des services au sein de la Direction des soins et services cliniques (DSSC). Débutant par une visite de qualité du milieu de vie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le 16 mai 2023 et par la visite d'Agrément Canada les 14 et 15 juin, nous pouvons affirmer que l'amélioration continue a été au cœur de nos actions durant tout l'exercice 2023-2024.

Nous avons travaillé à optimiser nos diverses offres de services pour ainsi répondre aux recommandations découlant des visites de qualité. Ces optimisations ont été rendues possibles grâce à l'implication et l'engagement des gestionnaires et professionnels de la DSSC. En effet, nos équipes se sont davantage approprié la politique de l'hébergement en soins et services de longue durée (PHSSLD) ainsi que le plan d'action s'y rattachant. Diverses tribunes, telles que les grands rassemblements milieu de vie et le journal « La Voie/x Express » nous ont permis de diffuser l'information de la PHSSLD auprès de tous les gestionnaires et partenaires de l'établissement.

La personne hébergée étant notre priorité, notre planification stratégique est basée sur l'amélioration des connaissances et l'expertise de notre personnel, s'assurant ainsi d'une prestation de services à la hauteur des besoins de notre clientèle. Notre plan de développement des ressources humaines a spécialement été conçu afin de mieux outiller tous les prestataires de services. En collaboration avec le comité des usagers, nous nous assurons d'être attentifs aux défis quotidiens afin d'assurer une amélioration en continu de la qualité des soins.

La révision de notre structure de gouvernance a également permis d'assurer les suivis des actions mises en place de façon structurée et cohérente en s'assurant d'avoir les bons partenaires (gestionnaires, équipes de soins et professionnels) sur les différents comités.

En conclusion, la prochaine année sera chargée de formations en continu et de développement clinique. Nous actualiserons l'ensemble des programmes cliniques qui doivent être mis de l'avant afin de permettre la mise en place complète du plan d'action de la PHSSLD d'ici 2026, selon le calendrier du MSSS. Nous poursuivrons nos actions afin d'assurer une culture de bienveillance.

***Travaillons dans la Bienveillance et
prenons soin de nos personnes hébergées avec Bienveillance !***

VOLET « PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS »

L'exercice financier 2023-2024 a marqué un tournant significatif dans notre approche de la prévention et du contrôle des infections (PCI) au sein du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes. Conformément à notre engagement à offrir un environnement sûr et sain à nos personnes hébergées et à notre personnel, nous avons mis en place des mesures rigoureuses et innovantes pour réduire les risques d'infections.



Une des initiatives majeures de cette année a été la création d'un comité de prévention et contrôle des infections. Ce comité est composé de professionnels de la santé, incluant des infirmières en PCI, des membres du comité des usagers, des représentants du personnel ainsi que des gestionnaires. Ensemble, nous avons travaillé à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des protocoles de PCI. Le mandat de ce comité est de travailler en collectivité pour une meilleure gestion des éclosions.

Formation et sensibilisation

- **Sessions de formation** : Des sessions de formations régulières ont été organisées couvrant divers sujets pour le personnel sur les trois quarts de travail (jour, soir, nuit) afin de renforcer leurs connaissances et compétences en matière de PCI (plateforme Philippe Voyer, ENA, etc.).
- Un nouveau programme d'accueil et d'intégration pour les nouveaux membres du personnel a été déployé. Cela inclut un accompagnement spécifique lors de la journée d'accueil et d'intégration.
- **Campagnes de sensibilisation** : Des campagnes de sensibilisation ont été menées pour informer les personnes hébergées et leurs proches sur les pratiques d'hygiène et les mesures de prévention des infections.

Protocoles renforcés

- **Mise à jour des protocoles** : Les protocoles de prévention et de contrôle des infections ont été mis à jour conformément aux directives les plus récentes des autorités sanitaires.
- **Surveillance active** : Une surveillance active et continue des infections a été mise en place pour détecter rapidement et gérer efficacement les éclosions potentielles.
- **Procédures et algorithmes** : Nous avons mis en place des procédures en cas d'éclosions et des algorithmes pour outiller le personnel avec un soutien clinique adéquat.

Amélioration des pratiques d'hygiène

- **Hygiène des mains** : Des audits mensuels sur l'hygiène des mains ont été réalisés et les résultats partagés à tout le personnel.
- **Utilisation des EPI** : L'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) a été renforcée, pour garantir une utilisation optimale.

Gestion des éclosions

- **Plans de contingence** : Des plans de contingence détaillés ont été développés pour la gestion des éclosions, incluant des protocoles d'isolement, de traitement et de communication. Des cartables de PCI sont disponibles sur chaque unité comme outil de référence. De plus, des communiqués destinés aux proches et des notes de service destinées au personnel permettent d'améliorer la communication lors des éclosions.
- **Cellules de crise** : Des cellules de crise ont été établies pour réduire la propagation des éclosions et assurer une meilleure gestion.
- **Vaccination** : En octobre et novembre 2023, nous avons mené une campagne de vaccination contre la COVID-19 et l'influenza.
- **Collaboration interdisciplinaire** : Une collaboration étroite a été maintenue pour partager des informations et des ressources en temps réel.



Initiatives éducatives

- **Capsules de formation** : Nous avons organisé des formations sous forme de capsules sur divers sujets pour outiller le personnel.
- **Kiosques informatifs** : Des kiosques sur la prévention et le contrôle des infections ont été animés pour sensibiliser et informer.

Les efforts continus de notre comité de PCI ont conduit à des résultats positifs :

- **Réduction des infections nosocomiales** : Nous avons constaté une réduction des taux d'infections nosocomiales.
- **Conformité accrue** : Le taux de conformité aux pratiques de PCI parmi le personnel a augmenté, tel que démontré par les audits internes.
- **Satisfaction accrue** : Les personnes hébergées et leurs proches ont exprimé une plus grande satisfaction concernant les mesures de prévention des infections mises en place, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie au sein de notre établissement.

La prévention et le contrôle des infections restent une priorité pour notre établissement. Grâce à l'engagement et aux efforts coordonnés de notre comité de PCI, nous avons pu mettre en œuvre des stratégies efficaces pour protéger nos personnes hébergées et notre personnel. Nous continuerons à investir dans la formation, l'éducation et l'amélioration des pratiques pour maintenir un environnement de soins sûr et sain.

VOLET « RÉADAPTATION »

Le service de réadaptation a été en recrutement tout au long de la dernière année, mais nos efforts n'ont pas porté fruit. Néanmoins, nous avons pu compter sur la présence d'une préposée en réadaptation à temps complet pour assurer ce service.

Tout au long de l'année, dans le but d'améliorer les services offerts dans l'établissement, nous avons participé à différents comités, dont le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité d'éthique clinique et organisationnelle et le comité CNESST.

En lien avec le comité de gestion des risques, nous avons tenu un kiosque sur la prévention des risques de chutes pendant une journée complète dans le cadre d'un événement qui soulignait la Semaine nationale de la sécurité des aînés. Nous avons également participé aux réunions interdisciplinaires avec le personnel de soins, les autres professionnels et les proches des personnes hébergées pour assurer un suivi adéquat.

Afin que l'équipe soit mieux outillée après le départ à la retraite de la physiothérapeute en poste, celle-ci a formé le personnel concerné sur le maintien des différents inventaires afin que le service de réadaptation fonctionne adéquatement (matelas, matériel, lits, toiles de levier, etc.). Des informations sur l'entretien de l'hydrocolateur ont également été transmises. Elle a aussi participé, avec l'aide d'une couturière bénévole, à la réparation de matériel et à la confection de coussins de positionnement, protège-ridelles, draps avec bande glissante, tubes de glissement, sangles, linges adaptés, etc.).



VOLET « ÉDUCATION SPÉCIALISÉE »

Le soutien aux personnes hébergées a été intensif et diversifié au cours de l'année 2023-2024, visant à répondre aux besoins cognitifs, sociaux et affectifs de celles-ci. Plusieurs actions ont été entreprises pour assurer leur bien-être et leur sécurité.

Interventions individuelles et activités de socialisation

De nombreuses interventions individuelles, visites amicales, accompagnements et suivis ont été réalisés pour répondre aux besoins fondamentaux des personnes hébergées. Des activités en petits et grands groupes ont été organisées pour favoriser la socialisation et réduire l'isolement. Les déplacements dans les unités avec l'équipement nécessaire ont permis d'apporter une contribution directe au bien-être des personnes hébergées les plus vulnérables.

Gestion de crise et stratégies d'intervention

Les interventions en cas de crise ont souvent impliqué le développement de stratégies pour réduire l'anxiété et l'agressivité des personnes hébergées afin de garantir leur sécurité. Des outils et techniques d'intervention ont été mis au point pour une gestion plus efficace de l'agressivité, notamment lors des soins d'hygiène, en collaboration étroite avec les personnes préposées aux bénéficiaires (PAB).

Participation interdisciplinaire et collaboration

La participation active aux réunions interdisciplinaires et interservices a permis une élaboration collective des plans d'intervention. Des observations cliniques et recommandations ont été partagées avec l'équipe, et des notes détaillées ont été rédigées dans les dossiers des personnes hébergées. Une collaboration étroite avec les personnes proches aidantes a été maintenue pour adopter des approches relationnelles adaptées.

Activités de loisirs et gestion des ressources

Une collaboration avec l'équipe de loisirs et les bénévoles a été maintenue lors d'activités thématiques, de spectacles et d'événements spéciaux. Du matériel pour l'équipe de loisirs, tels que des équipements électroniques, a été acquis et installé. L'équipe a aidé certaines personnes hébergées à effectuer des achats via des sites en ligne, à planifier des appels vidéos entre elles et leurs proches et à effectuer des virements bancaires pour régler les factures payables au service de la comptabilité du CHSLD.

VOLET « SERVICE MÉDICAL ET DE PHARMACIE »

Au cours de l'année 2023-2024, la pharmacie de Providence Notre-Dame de Lourdes s'est dotée de deux appareils robotisés pour préparer la médication des personnes hébergées. Ce nouveau mode de distribution, plus actuel et moins fastidieux, améliore grandement la sécurité en plus d'accélérer la préparation des médicaments à administrer par le personnel infirmier, ce qui libère du temps au profit des soins cliniques. De nouveaux chariots à médicaments, conformes aux normes en vigueur, ont été



déployés sur chaque unité pour répondre au besoin du nouveau système de distribution des médicaments. Ainsi, l'équipe de la pharmacie, en collaboration avec celle des soins infirmiers, assure un circuit du médicament efficace et sécuritaire, en respect d'une pratique professionnelle.

L'un des objectifs visés par l'acquisition des robots consistait à servir les médicaments de Providence-Saint-Joseph (un CHSLD privé conventionné appartenant également aux Sœurs de la Providence). Cet objectif ayant été atteint à l'automne 2023, les deux CHSLD privés conventionnés sont désormais autonomes quant au circuit du médicament. De plus, les procédures et les documents imprimés par la pharmacie (FADM et profils de type BCM) ont été personnalisés à l'image de nos CHSLD et uniformisés. Nous avons aussi opté pour la numérisation des ordonnances validées plutôt que d'imprimer des copies papier.

Une assistante technique a été embauchée à 3 jours par semaine pour opérer les appareils robotisés et assurer l'acquisition, la préparation et la distribution des médicaments dans nos CHSLD. Nous bénéficions d'une équipe technique (1.6 ETC) expérimentée et en contrôle lors d'impondérables.

Providence Notre-Dame de Lourdes a embauché une pharmacienne cheffe à temps complet qui effectue des tâches cliniques et administratives. Une seconde pharmacienne bénéficiait d'une affectation temporaire à temps partiel d'une journée par semaine depuis 2022. Celle-ci ayant quitté l'établissement en février 2024, le service de la pharmacie est en processus de recrutement pour combler cette affectation en prévision de l'implantation de la démarche d'optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services quant aux antipsychotiques (OPUS-AP). Cette mesure devrait débuter dès janvier 2025.

Dans un même ordre d'idée, les pharmaciennes proposent périodiquement aux médecins la déprescription des antipsychotiques chez les personnes hébergées pour soulager les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence. Une revue d'utilisation des antipsychotiques, réalisée en décembre 2023, a mis en lumière le recours aux antipsychotiques chez 20 % des personnes hébergées atteintes de démence. Il sera intéressant de comparer ces données avec celles que nous obtiendrons suite à l'implantation de la démarche OPUS-AP.

Les pharmaciennes ont effectué trois revues d'utilisation de la médication ainsi qu'un audit qui concerne le suivi des paramètres de laboratoire requis par l'usage de certains médicaments. Bien que plus de 98 % de ces derniers étaient conformes, une nouvelle méthode de planification des laboratoires a été implantée via le logiciel de pharmacie.

Trois audits ont été effectués par le service de pharmacie :

- Présence du BCM à l'admission dans le dossier physique de la personne hébergée.
- Absence d'abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux dans les ordonnances, les étiquettes et autres documents en lien avec les médicaments.
- Conservation sécuritaire des médicaments sur les unités de vie.

Les pharmaciennes ont révisé 132 dossiers pharmaceutiques de personnes hébergées qu'elles ont soumis aux médecins dans le cadre de la surveillance et de l'analyse de la thérapie, en plus de présenter un rapport annuel d'antibiogouvernance au CMDP.

Les pharmaciennes participent activement aux rencontres interdisciplinaires auxquelles les personnes hébergées et leurs proches sont conviés. Elles ont le souci de développer un partenariat et une relation



de confiance réciproque afin d'établir le meilleur schéma thérapeutique ainsi que le BCM de chaque nouvelle personne hébergée.

La collaboration est aussi primordiale avec l'équipe soignante. Les pharmaciennes visitent fréquemment les unités de vie pour offrir un service de proximité. De plus, le logiciel Vigilance Santé a été intégré au bureau de l'ordinateur de chaque poste infirmier pour assister le personnel lors de l'absence des pharmaciennes.

L'entente de pratique avancée en partenariat entre les médecins et les pharmaciennes est toujours en vigueur. Pour l'année 2023-2024, 414 actes (prolongation ou ajustement d'ordonnances, substitutions de médicaments, initiations de traitement, prescription d'analyses de laboratoire) ont ainsi été posés par les pharmaciennes de Providence Notre-Dame de Lourdes grâce à cette entente.

Les pharmaciennes ont tenu un kiosque sur la double vérification indépendante et l'administration sécuritaire des médicaments lors de la « Journée sur la sécurité », en janvier 2024, afin d'informer les personnes hébergées, leurs proches et le personnel. De plus, une formation sur la mise à jour de plusieurs politiques, sur le broyeur à médicaments, sur la double vérification indépendante, sur les bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments a été offerte par la pharmacienne en décembre 2023.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT RELIÉES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Semaine nationale sur la sécurité des patients

Dans le cadre de la Semaine nationale sur la sécurité des patients, le comité de gestion des risques et de la qualité a organisé une « Journée sur la sécurité » le 25 janvier 2024. Cet événement, qui a connu un grand succès, a permis de sensibiliser et d'informer le personnel, les bénévoles, les personnes hébergées et leurs proches sur les différents moyens en place dans l'établissement pour assurer la sécurité (programmes de soins, déclaration des événements indésirables, plan de mesures d'urgence, procédure de signalement de la maltraitance, etc.). Les membres du comité des usagers ont fait la promotion des 12 droits des usagers.

Analyse prospective 2023-2024

Une analyse prospective a été réalisée au cours de l'exercice 2023-2024 sur l'accès à l'entrée de l'établissement. Cette analyse a été présentée aux membres du comité de gestion des risques et des pistes d'amélioration ont été discutées et ciblées.



Actualisation et révision des politiques

À partir des lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux (2020)¹, les politiques suivantes ont été actualisées :

- ✓ DG-GEN-007 : Comité de gestion des risques et de la qualité
- ✓ DG-GEN-022 : Politique et procédure de divulgation de l'information nécessaire à une personne hébergée ou à son représentant, à la suite d'un accident
- ✓ DG-GEN-023 : Politique et procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents.

Ces politiques ont été présentées aux membres du comité de gestion des risques, au personnel et aux familles lors de la Journée nationale sur la sécurité des usagers.

Les politiques suivantes ont été formalisées en 2023-2024 et déposées au comité de direction (CODIR) pour approbation :

- ✓ DG-GEN-004 : Environnement sans fumée
- ✓ DG-GEN-002 : Respect de la confidentialité et protection des renseignements personnels concernant les personnes hébergées, leurs proches, le personnel et les bénévoles
- ✓ DSSC-GEN-005 : Évaluation de la clientèle

La politique portant sur la gestion des avis e rappels a été actualisée et est en cours d'approbation par le CODIR.

Prévention de la maltraitance

La politique de lutte contre la maltraitance a retenu notre attention cette année et plusieurs ajouts ont bonifié la version initiale :

- ✓ Actualisation de la politique de lutte contre la maltraitance : DG-GEN-006 – Prévenir et contrer la maltraitance envers les personnes hébergées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité conformément aux directives du MSSS en septembre 2023 et mars 2024.
- ✓ Approbation de notre politique par le MSSS en mai 2024.
- ✓ Tenue d'un kiosque lors de la « Journée sur la sécurité » : Présentation et rappel des outils disponibles pour gérer les situations de maltraitance déclarées et avérées pour les personnes hébergées, mais aussi pour les adultes et aînés en situation de vulnérabilité.
- ✓ En collaboration avec le comité des usagers, une table d'information a été tenue le 15 juin 2023, lors de la Journée mondiale sur la prévention à la maltraitance.

Production de statistiques et indicateurs de suivis

Des statistiques sur la prestation sécuritaire des soins et des services ont été produites et documentées à la DSSC à chaque période financière. Un indicateur a été créé pour suivre les variations dans la complétion des AH-223-1 et apporter les ajustements nécessaires : nombre de déclarations d'événements indésirables *versus* nombre d'analyses sommaires complétées par les chefs d'unités.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2020. Déclaration des incidents et des accidents. Lignes directrices. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 30 p.



Des rapports trimestriels sur la prestation sécuritaire des soins et services

Quatre fois par année, des statistiques sont produites sur la prestation sécuritaire des soins et services. Un tableau de bord complet faisant état des caractéristiques des différents événements survenus dans l'établissement est présenté au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de la qualité (CVQ) relevant du conseil d'administration. Un bilan annuel pour l'année 2023-2024 a été réalisé et les résultats ont été discutés au sein du comité de gestion de la DSSC. Des pistes d'amélioration ont été identifiées par les gestionnaires cliniques et intégrées au plan d'action de la DSSC.

Kiosques d'information sur la déclaration et la divulgation des événements indésirables

Les politiques sur la déclaration et la divulgation des incidents et accidents ont été diffusées lors de la « Journée sur la sécurité » et expliquées au personnel, aux personnes hébergées ainsi qu'aux personnes proches aidantes.

Formations sur la prestation sécuritaire des soins et services

En 2023-2024, plusieurs formations ont été données au personnel sur la saisie informatique des AH-223-1 et sur la déclaration des incidents et accidents :

- ✓ Formations et rappels des fonctionnalités du SSISS à tous les chefs d'unités et aux chefs d'activités.
- ✓ Des formations sur la déclaration ont été intégrées au plan de développement des ressources humaines (PDRH) et à l'accueil des nouveaux employés.
- ✓ Formations ENA sur la déclaration et la divulgation des événements indésirables mises à la disposition du personnel par les conseillères cliniques.
- ✓ Formations sur la déclaration des événements indésirables en continu.
- ✓ Formations sur le système d'information en santé et services sociaux (SISSS) en continu.

Événements Sentinelles

Six événements Sentinelles ont été traités au cours de l'exercice 2023-2024. Un tableau synthèse et des tableaux de suivis ont été déposés aux membres du comité de gestion des risques et au CVQ.

Déclaration des événements

En 2023-2024, il y a eu 233 événements déclarés. Une présentation détaillée des statistiques est décrite dans le tableau de bord 2023-2024 de la prestation sécuritaire des soins et services cliniques.

Production d'un livret sur les PORs

En collaboration avec l'ensemble des directions, un livret sur les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada a été réalisé et distribué. Ce livret documente toutes les activités que l'établissement réalise pour être conforme aux bonnes pratiques. Tout au long de l'année 2023-2024, la diffusion de ce livret s'est poursuivie dans l'établissement par le biais des différents comités en place et des stations visuelles organisationnelles (SVO).



Démarche d'agrément 2023-2024

En 2023, l'établissement s'est préparé à la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu les 14 et 15 juin 2023. Les personnes visiteuses étaient madame Adèle Ferrante et monsieur Gaétan Grondin. L'établissement a été agréé avec mention. Néanmoins, plusieurs recommandations ont été émises et l'établissement a dû démontrer, dans l'année en cours, sa conformité à certaines PORs, plus précisément celles concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI), les ressources humaines (prévention de la violence et du harcèlement en milieu de travail) et les soins de fin de vie.

Les actions mises en place et la conformité aux PORs ont été documentées dans un plan d'action déposé à Agrément Canada en janvier 2024.

Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises et confirmé notre conformité.

« À la suite de cet examen, nous sommes heureux de vous informer que vous avez respecté les exigences en matière de suivi. Votre plan d'amélioration de la qualité du rendement a été mis à jour de manière à démontrer votre conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation. Nous vous félicitons de cette réalisation qui démontre l'engagement et la détermination dont votre organisme a fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Nous félicitons aussi votre direction, votre personnel ainsi que les membres de votre équipe d'agrément pour les efforts déployés et leur engagement à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaires et de qualité ».
(Agrément Canada, 15 février 2024)

En janvier 2024, nous avons planifié la phase 1 de la prochaine démarche d'agrément. Un calendrier d'auto-évaluation des normes a été réalisé et des équipes ont été formées. Cependant, en mars 2024, Agrément Canada décidait d'apporter des changements à son cadre normatif et d'abolir la phase 2 de son programme, soit la visite virtuelle prévue initialement en juin 2025. À la demande d'Agrément Canada, l'établissement a donc reporté l'auto-évaluation de ses normes qui se fera à partir de la nouvelle norme Soins Longue durée (SLD) et du nouveau cahier de PORs attendus au printemps 2024.

Actualisation et révision du programme de gestion intégrée de la qualité et des risques et nouvelle structure de gouvernance

Afin d'assurer une offre de services de qualité à nos personnes hébergées et de répondre le plus adéquatement possible à leurs besoins et attentes, PNDL s'est doté d'un programme d'amélioration continue de la qualité.

Ce programme regroupe l'ensemble des activités qui permettent de soutenir l'amélioration continue du milieu de vie, la gestion des risques ainsi que les activités liées à l'atteinte et au respect des objectifs stratégiques. Ce programme décrit également les moyens mis en place pour rencontrer les normes des différents ordres professionnels, d'Agrément Canada et des partenaires externes, et de répondre adéquatement aux attentes ministérielles.

Ce programme repose sur une nouvelle structure de gouvernance qui s'articule de la façon suivante : le comité stratégique d'amélioration continue de la qualité du milieu de vie, les comités opérationnels milieu de vie, les grands rassemblements milieu de vie, les causeries des personnes hébergées, la rencontre annuelle des personnes hébergées et des proches.



Les structures en place en 2023-2024 sont les suivantes : Le comité stratégique d'amélioration continue de la qualité du milieu de vie, les grands rassemblements milieu de vie et les causeries des personnes hébergées. À l'automne, les comités milieu de vie et l'assemblée annuelle des familles viendront compléter la structure.

Le comité stratégique d'amélioration continue de la qualité du milieu de vie

À l'automne 2023, le nom du comité de coordination et d'amélioration continue de la qualité a été modifié par la Direction générale pour devenir le comité stratégique d'amélioration continue du milieu de vie. Sous la responsabilité de la Direction générale, ce comité a pour mandat de :

- Documenter et informer les membres sur la réalisation des différents plans d'amélioration continue de la qualité en lien avec les recommandations des différentes instances externes (Agrément Canada, visites ministérielles du MSSS, CNESST, politique de l'hébergement, MAPAQ, ordres professionnels, etc.).
- Sonder la satisfaction de notre clientèle à l'aide de causeries réalisées par la directrice des soins et services cliniques pour aller chercher l'opinion des personnes hébergées, communiquer les commentaires émis par les personnes hébergées et élaborer des pistes d'amélioration.
- Partager les échanges des comités opérationnels milieu de vie de chaque unité.
- Déterminer le sujet et la date de l'assemblée générale annuelle des familles.
- Suivre le déploiement des axes de la PHSSLD et des programmes cliniques.
- Partager et développer des projets d'amélioration continue visant l'innovation et l'excellence.
- Consolider l'approche de partenariat de soins et de services avec les personnes hébergées et leurs proches.

Ce comité s'est réuni trois fois au cours de l'année 2023-2024.

Les Grands rassemblements milieu de vie

Trois grands rassemblements ont eu lieu :

- ✓ 18 octobre 2023 : Présentation de la PHSSLD
- ✓ 7 février 2024 : Présentation des soins de fin de vie
- ✓ 9 avril 2024 : L'activité-repas

Les causeries des résidents

Deux causeries des résidents ont été animées au cours de l'année 2023-2024 par la DSSC.

Appréciation et contrôle de la qualité des soins et services offerts à la clientèle

Une politique sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle a été formalisée et adoptée par le CODIR au cours de l'année 2023-2024: DSSC-GEN-005 - Évaluation de la clientèle. Cette politique vise à répondre le plus adéquatement possible aux besoins et aux attentes des personnes hébergées et de leurs proches et à intégrer leur point de vue dans l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts. Elle couvre plusieurs moments clés de l'hébergement, notamment l'admission, la rencontre interdisciplinaire et les soins de fin de vie.



Suivi des visites ministérielles

Une visite ministérielle a eu lieu le 16 mai 2023 au CHSLD. Les recommandations issues de cette visite ont été documentées et une reddition de compte a été transmise au MSSS le 16 février 2024.

Comité des usagers

La DSSC a participé aux 8 rencontres du comité des usagers et en a profité pour solliciter l'opinion des membres sur divers sujets organisationnels, partager de l'information sur l'agrément, le milieu de vie ou encore la sécurité et mettre en place des projets de collaboration.

VOLET « TRAVAIL SOCIAL »

Les travailleurs sociaux ont poursuivi l'offre de services aux personnes hébergées en donnant toutes les informations nécessaires, en effectuant une relation d'aide, de la médiation auprès de l'entourage de la personne hébergée, en aidant à l'homologation de mandats de protection et à l'ouverture de tutelles privées ou publiques.

Fonctions cliniques

- Organisation de visites d'établissement des familles et des personnes proches aidantes dans le cadre de la phase de préadmission des personnes hébergées afin d'assurer le développement du milieu de vie et du bien-être de la personne hébergée.
- Participation à des réunions interdisciplinaires pour la réévaluation et l'élaboration des plans d'interventions interdisciplinaires des besoins de la personne hébergée, de ses attentes et des services offerts.
- Réalisation d'évaluations psychosociales dans le cadre de l'homologation de mandat de protection, ouverture de tutelle privée ou publique.
- Interventions individuelles et familiales dans l'optique d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées avec des suivis soutenus auprès d'elles quand des difficultés d'adaptation sont notées et quand leurs comportements ou les liens avec leurs proches, la clientèle ou le personnel du CHSLD sont difficiles.
- Réalisation d'interventions auprès des personnes hébergées et des familles pour surmonter le deuil de la perte d'autonomie physique et cognitive.

Promotion des droits

Le 15 juin 2023, dans le cadre des journées de sensibilisation à la lutte contre la maltraitance envers les aînés, des séances d'information portant sur « La promotion de la culture de la bientraitance » et « La maltraitance envers les aînés, c'est quoi ? » ont été données auprès des usagers, de leurs proches et de l'équipe des soins.

Fonction de consultation

Transmission d'informations sur l'établissement, le processus d'hébergement, les ressources et les établissements du réseau public.



VOLET « LOISIRS »

Le service des loisirs est très actif au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes et les personnes intervenantes en loisirs sont très engagées pour assurer le bien-être des personnes hébergées en leur permettant de vivre dans l'action et de participer à différentes activités thématiques. L'année 2023-2024 fut riche en activités.

Équipe

Le service des loisirs compte parmi ses membres une récréologue (4 jours par semaine), et une préposée aux loisirs (5 jours par semaine).

Membership

Le service des loisirs est membre de la Fédération québécoise du loisir en institution (FQLI), de l'Association des services de loisirs du Montréal Métropolitain (ASLIMM), du Réseau d'action bénévole du Québec (RABQ) et du Centre d'action bénévole de Montréal (CABM). Des rencontres avec ces organismes permettent des échanges et des partages d'idées autant pour les activités de loisirs que pour le bénévolat.

En collaboration avec l'Archevêché de Montréal, le service de pastorale peut compter sur la collaboration de Monseigneur Alain Faubert, qui agit à titre de conseiller de l'Archevêché, et permet un service d'accompagnement spirituel de qualité aux personnes hébergées, et ce, dans le respect de leur croyance et de leurs besoins.

Statistiques

Tout au long de l'année, le service des loisirs a offert 187 heures d'activités par semaine aux personnes hébergées; 264 activités de loisirs ont été organisées par la récréologue, l'éducateur spécialisé et la préposée aux loisirs.

- ✚ 5 appels vidéo (Facetime) entre les personnes hébergées et leurs proches ont été initiés.
- ✚ 474 heures de bénévolat ont été effectuées particulièrement aux activités de loisirs et à la pastorale.
- ✚ 31 messes et activités reliées au dimanche des Rameaux ont été organisées comme activités spirituelles.

Subventions

Le service des loisirs de PNDL a bénéficié de soutien financier de la part de différents organismes grâce aux réponses positives des demandes de subventions transmises par la récréologue.

Un montant de 764,18 \$ remis par la Fédération québécoise du loisir en institution (FQLI) pour un projet de mémoire a permis l'achat de jeux intellectuels, de jeux-questionnaires, de jeux de mémoire, de proverbes et de chansons.

La FQLI a aussi mis à la disposition du CHSLD des jeux d'adresse gratuits tels que des parachutes, des balles en mousses, et autres objets de jeux d'adresse et physiques.



Participation des organismes du quartier

Les personnes hébergées bénéficient de l'apport des organismes du quartier qui s'impliquent généreusement dans le milieu de vie de Providence Notre-Dame de Lourdes. Parmi ceux-ci, on y retrouve, les élèves de l'École primaire Saint-Nom-de-Jésus (chants et ateliers de cuisine de Noël) et certains membres du personnel de la FQDE (Fédération québécoise d'établissements d'enseignement) qui se sont impliqués dans l'installation des décorations de Noël dans tout le CHSLD. En plus de ces personnes, nous avons eu la chance d'accueillir entre 5 et 10 bénévoles pour nous aider à servir les dîners de Noël et faire la tournée du Père Noël pour remettre les cadeaux aux personnes hébergées.

PROJETS D'AMÉNAGEMENT

Au cours de l'année 2023-2024, les projets d'amélioration et de rénovation des espaces physiques initiés en 2020-2021 afin d'optimiser la qualité de vie des personnes hébergées et de créer des espaces plus fonctionnels se sont poursuivis. Ces projets ont également été alignés avec les recommandations du MSSS. Parmi les principaux objectifs, les espaces vides sont devenus des zones conviviales.

Les projets mis en œuvre

- Aménagement de chambres de fin de vie
- Aménagement des étages avec réparation des postes de soins aux étages(2^e,3^e et 4^e étages)
- Aménagement du salon des familles
- Aménagement de salon de coiffure
- Embellissement de la terrasse du 2^e étage

Dans la dernière année, 3 chambres simples spécialement adaptées pour l'accompagnement des personnes hébergées en soins de fin de vie ont été aménagées.

Divers projets d'aménagement étaient sur notre table à dessin. En premier lieu, nous souhaitons améliorer les espaces des unités des 2^e, 3^e et 4^e étages. Nous avons choisi différents thèmes, retravaillé les postes de soins ainsi que les palettes de couleurs pour chacun des étages. Nous prévoyons l'ajout de textures sur les murs, des éléments intéressants au plafond et de revernir les barres d'appui. Nous comptons également revaloriser les postes de soins en changeant le stratifié existant et personnaliser les portes des chambres. D'autres projets, touchant principalement le 5^e étage, sont prévus afin d'en revaloriser l'entrée, la salle des familles et le salon de coiffure. Ces travaux d'aménagement créeront une atmosphère accueillante et chaleureuse, nous en sommes convaincus.

Pour l'aménagement de la terrasse, la majorité des travaux a été réalisée, incluant des zones de sièges et des espaces verts et nous prévoyons finaliser ces travaux pour l'été 2024.



Membres du comité des projets

- Chaima Kochbati, APPR - chargée de projet
- Daphney B. Savaria, designer d'intérieur
- Quelques membres du comité des usagers
- Maryse Grenier, récréologue
- Pascal Turbide, coordonnateur à la Direction des soins et services cliniques

Nos collaborateurs

- Les membres de la Direction des ressources matérielles et techniques

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Le comité de gestion des risques et de la qualité a pour mandat d'identifier et d'analyser les risques d'incident ou d'accident, de s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches, d'assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des événements et de veiller à la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements.

Le comité de gestion des risques et de la qualité, dans son rôle de vigie, détermine annuellement le sujet de l'analyse prospective à réaliser pour améliorer la sécurité des personnes hébergées.

Faits saillants 2023-2024

Le comité de gestion des risques s'est réuni à 3 reprises au cours de l'exercice financier 2023-2024 :

- Le 1er juin 2023
- Le 28 septembre 2023
- Le 22 février 2024

Au cours de l'exercice financier 2023-2024, la composition du comité a été revue suite au départ et à l'arrivée de nouvelles personnes. Présentement, le comité de gestion des risques et de la qualité est composé des personnes suivantes :

- Carole Ladeux, conseillère-cadre, gestion des risques, gestion de la qualité et milieu de vie et présidente du comité
- Pascal Turbide, coordonnateur des soins et services cliniques
- Julie Gaudreau, pharmacienne-cheffe
- Étienne Susungu, chef d'unités
- Rose-Maguy Thomas, chef d'unités
- Stéphane Roy, infirmier auxiliaire
- Sabrina Garcha, conseillère en soins infirmiers
- Joseph El Leisy, chef de service, DRMT
- Yves Leclair, président du comité des usagers
- Adriana Gonzalez, conseillère en santé et sécurité au travail
- Gladys Sully Laroche, conseillère en santé et sécurité au travail



Ces principaux sujets ont fait l'objet de discussions lors des rencontres :

- ✓ Présentation du mandat du comité de gestion des risques et de la qualité
- ✓ Engagement à la confidentialité des membres
- ✓ Présentation et analyse des statistiques de la prestation sécuritaire des soins et services cliniques
- ✓ Tableau de bord des incidents et accidents
- ✓ Suivi des alertes reçues
- ✓ Suivi des événements Sentinelles
- ✓ Mesures d'urgence
- ✓ Gestion des médicaments
- ✓ Prévention et contrôle des infections
- ✓ Soins et services cliniques
- ✓ Présentation des résultats de l'analyse prospective annuelle
- ✓ Démarche d'agrément
- ✓ Présentation des PORs
- ✓ Informations sur les comités partenaires
- ✓ Situations à risques et enjeux de sécurité

Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu un kiosque d'information sur son rôle dans l'établissement lors de la Journée nationale sur la sécurité des patients. Autour d'un café et d'un croissant, les membres du comité ont expliqué le mandat de celui-ci au personnel de jour, soir et nuit ainsi qu'aux personnes hébergées et leurs proches.

Chaque année, le comité de gestion des risques et de la qualité élabore un plan d'action. L'entièreté des objectifs ciblés pour l'année 2023-2024 a été réalisée.

COMITÉ INTERSERVICES

Le comité interservices (CIS) a été mis sur pied dans la dernière année. Ayant comme objectif de mobiliser tous les acteurs, il se veut une plateforme d'échange et de travail, permettant d'unir nos efforts et nos compétences pour le bien-être et la sécurité des personnes hébergées, tout en assurant la collaboration interdisciplinaire lors des activités quotidiennes au CHSLD.

Mandat

Le CIS a pour mandat de favoriser le travail en interdisciplinarité dans notre établissement. Il a pour but de développer un partenariat étroit entre tous les acteurs travaillant auprès des personnes hébergées : cadres, professionnels, techniciens, service de soutien, service alimentaire, services techniques, hygiène et salubrité et toute autre personne offrant des services directs ou indirects dans notre CHSLD.

Objectifs

- Partager les informations entre la DSSC et le comité de coordination touchant les informations organisationnelles, projets cliniques, etc.
- Mettre en lumière des situations à partager ou à résoudre pour le bon fonctionnement du CHSLD et pour améliorer les soins et services offerts aux personnes hébergées.
- Mobiliser toutes les personnes intervenantes du milieu pour améliorer le climat de travail.



Composition

- Coordonnateur à la Direction des soins et services cliniques
- Chef du service alimentaire et des ressources matérielles et techniques
- Chef des services professionnels transversaux
- Chefs d'unités
- Membre de l'équipe de réadaptation
- Intervenant en soins spirituels
- Responsable des loisirs et des bénévoles
- Éducateur spécialisé
- Travailleur social
- Pharmacienne
- Agente administrative
- Conseillère en soins infirmiers

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

Afin de favoriser le développement d'une culture transversale intégrée de l'éthique au sein des établissements de nos établissements, la direction générale, en collaboration avec la DSSC, a repris les activités du comité en avril 2023. Trois (3) rencontres se sont tenues au cours de l'exercice financier visé par le présent rapport annuel de gestion.

Le comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO), qui relève de la Direction générale, se veut un espace de réflexion et de délibération éthique qui aura essentiellement un rôle de « courroie de transmission » entre les personnes qui vivent des malaises éthiques sur le terrain et les instances vouées à prendre les meilleures décisions pour les résoudre. Il a comme mandat général de recevoir des questionnements concernant des thématiques plus larges ayant un impact majeur sur la prestation des soins et services offerts, de même que sur les orientations stratégiques et opérationnelles de l'organisation.

Le CÉCO, comité conjoint, est formé de personnes issues de Providence-Saint-Joseph (PSJ) et de PNDL:

- ❖ Une personne représentant la Direction générale
- ❖ Une personne représentant spécifiquement l'éthique
- ❖ Une personne représentant la Direction des soins et services cliniques
- ❖ Une personne représentant la gestion des risques, de la qualité et du milieu de vie
- ❖ Deux personnes représentant le Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), idéalement un(e) médecin et un(e) pharmacien(ne)
- ❖ Deux personnes représentant le volet des soins infirmiers, idéalement une de PSJ et une de PNDL
- ❖ Deux personnes représentant le volet des soins professionnels, idéalement une de PSJ et une de PNDL
- ❖ Une personne minimum représentant chacun des comités des usagers (PSJ et PNDL)
- ❖ Une personne représentant la Direction des ressources humaines
- ❖ Une personne représentant la Direction des ressources matérielles et techniques
- ❖ Une personne représentant la Communauté des sœurs de la Providence
- ❖ Une personne représentant la Communauté



Un nouveau *Cadre de référence en matière d'éthique* est en voie d'être présenté au CVQ afin d'être ensuite recommandé pour adoption au conseil d'administration de juin 2024. Sa rédaction fut initiée par la conseillère en éthique qui s'est prévaluée du soutien de l'ensemble des membres du CÉCO quant à sa finalité. Les rencontres du CÉCO ont d'ailleurs essentiellement porté sur l'élaboration du cadre de référence au cours de la dernière année.

Ce document est une présentation des concepts sur lesquels l'éthique s'appuiera dans l'organisation, soit : un rappel de la mission, de la vision et des valeurs de l'organisation ainsi que la définition de l'éthique et de ses approches. Il est aussi une énonciation des moyens par lesquels l'éthique vivra dans l'organisation, notamment par les instances principales qui représentent l'éthique et l'offre de service en éthique.

Enfin, la conseillère en éthique a soutenu les équipes interdisciplinaires dans une démarche de délibération en éthique clinique concernant trois (3) personnes hébergées. Un des objectifs pour la prochaine année sera d'augmenter la consultation en éthique clinique (CÉC), en développant les habiletés des équipes à repérer rapidement les situations complexes qui génèrent des malaises éthiques de toutes formes (dilemmes de valeurs, problématiques de sens, conflits, etc.).

COMITÉ PHARMACO-NURSING

Le comité pharmaco-nursing (CPN) a pour mission de mobiliser tous les acteurs impliqués dans la gestion des médicaments afin de renforcer la sécurité et la qualité des soins pharmaceutiques. En 2023-2024, le comité a continué de travailler activement sur divers projets pour améliorer les pratiques et optimiser les résultats pour les personnes hébergées.

Mandat

Le CPN est mandaté pour examiner et analyser les incidents et accidents liés aux médicaments, puis proposer des solutions concrètes. Par exemple, le passage des cartouches d'insuline aux stylos pré-remplis a été une initiative visant à faciliter l'identification et l'utilisation des médicaments par le personnel soignant.

Objectifs

- Amélioration de la sécurité des médicaments : Réduire les erreurs médicamenteuses et augmenter la sécurité des personnes hébergées en introduisant des pratiques et des équipements plus sûrs.
- Optimisation des processus de soins : Simplifier et améliorer les procédures de gestion des médicaments pour le personnel infirmier, permettant ainsi un gain de temps et une meilleure efficacité.
- Satisfaction et rétention du personnel : Créer un environnement de travail plus sécuritaire et satisfaisant pour le personnel, ce qui a un impact positif sur la rétention et le bien-être au travail.



- Collaboration interdisciplinaire : Encourager une communication et une collaboration continues entre les différentes disciplines pour garantir des soins de haute qualité et une prise en charge globale des personnes hébergées.

Composition

Le CPN est composé de membres représentant diverses disciplines, garantissant une approche holistique et intégrée des solutions proposées :

- Pharmacienne responsable
- Infirmière clinicienne
- Coordonnatrice de la gestion des risques
- Responsable des services techniques et matériels
- Personne représentante des usagers
- Membre de l'équipe de qualité et sécurité des soins
- Agente administrative
- Conseillère en soins infirmiers

L'année 2023-2024 a été marquée par des progrès significatifs et des réalisations concrètes sur le terrain. Les nouvelles initiatives mises en place par le comité ont non seulement renforcé la sécurité des médicaments, mais ont également eu un impact positif sur la rétention du personnel à la pharmacie et la satisfaction du personnel infirmier, tout en assurant une plus grande sécurité pour les familles. Le contexte collaboratif au sein du comité constitue un gage significatif d'excellence et de succès pour les années à venir.

COMITÉ DE LA BIENTRAITANCE ET A.U.B.E.

Le comité de la bientraitance est un mandat organisationnel de la Direction générale, délégué à la Direction des soins et services cliniques, responsable de la mise en œuvre des grands principes du comité de la bientraitance. Il a pour but d'instaurer une culture de bientraitance dans l'organisation. Répondant à la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, le comité s'assure de la diffusion, la promotion et la mise en application de la nouvelle politique de lutte contre la maltraitance.

Les rôles du comité

- Assurer la mise en place des actions qui vont encourager la bientraitance.
- Assurer la pérennité de la bientraitance dans le temps (amélioration continue) par des activités de sensibilisation, des activités organisationnelles, des activités de promotion autant à l'intérieur de l'organisation qu'à l'extérieur.
- Assurer la vigie de l'application des moyens mis en place.
- Suivre les situations de maltraitance dénoncées.
- Planifier les activités à court, moyen et long termes.



- Assurer l'atteinte des cibles déterminées des formations dans le plan de développement des ressources humaines
- Assurer l'actualisation de la culture de bienveillance sur le terrain.
- Devenir des agents de changement (accompagnement dans le changement par une gestion de proximité importante).

Membres du comité de la bienveillance

- Le coordonnateur à la DSSC
- Un chef d'unités
- Un chef d'activités
- Un représentant de chaque direction (DRMT, DRFIA, DRH)
- Un représentant des services professionnels
- Conseillère-cadre, gestion des risques, gestion de la qualité et milieu de vie

Dans le but d'intégrer la notion de bienveillance dans le fonctionnement organisationnel en harmonisant les pratiques professionnelles et en sensibilisant au quotidien tous les acteurs gravitant autour des personnes hébergées, le comité de la bienveillance a mis en œuvre le projet **A.U.B.E.**, Activités **U**niques de **B**ienveillance des **É**quipes.

A.U.B.E., c'est bien plus qu'un projet... c'est la culture qui est de mise dans nos établissements. Des activités de sensibilisation seront organisées tout au long de l'année.



« Un pour tous, tous pour eux »



DIRECTION DES RESSOURCES MATÉRIELLES ET TECHNIQUES (DRMT)

La Direction des ressources matérielles et techniques a pour objectifs notamment 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 hébergées 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.

Les faits saillants et principales réalisations de la DRMT sont présentés ci-dessous.

Gouvernance

La DRMT a maintenu et amélioré son offre de service pour la sécurité des occupants, l'entretien de l'immeuble, la salubrité des lieux et la qualité du service de l'alimentation offerte aux personnes hébergées.

Après la révision du plan des mesures d'urgence, la prise en charge par un comité a permis d'améliorer les connaissances des mesures d'urgences et de mobiliser les intervenants pour obtenir un processus efficace.

Le secteur de la buanderie, de l'hygiène, de la salubrité et des installations matérielles a été marqué par la modification de l'encadrement qui se présente différemment. En effet, l'encadrement est maintenant réalisé pour tous les services techniques d'un seul bâtiment, alors qu'auparavant il était réalisé pour deux sites. Cette modification apporte une gestion de proximité plus importante et permet une plus grande cohésion entre les secteurs techniques. Afin de mesurer et d'ajuster le service rendu, des audits sont réalisés périodiquement pour assurer une bonne qualité de service.

Le service alimentaire a pour sa part été marqué par l'exécution d'un plan d'amélioration de l'activité-repas en effectuant la correction de différents aspects du service. L'amélioration de l'environnement physique et la proximité de l'encadrement ont permis d'améliorer la stabilité des équipes et d'obtenir des résultats positifs sur les résultats attendus. Afin de mesurer et d'ajuster le service rendu, des audits et des sondages sont aussi réalisés périodiquement.

En ce qui concerne les projets immobiliers, ils ont été priorisés et réalisés dans une vision de sécurité des lieux et de conformité aux normes et règlements.

Immobilisations, mobiliers et équipements

La progression et la complétion des projets de construction ont été mises de l'avant. La planification du maintien des actifs a été réalisée en début d'année, permettant ainsi une priorisation objective des projets immobiliers, mobiliers et des équipements. La planification des projets qui ont été déposés et réalisés en respect de l'enveloppe budgétaire pour l'année 2023-2024 et en prévision des deux années subséquentes a été respectée. L'année 2023-2024 a été caractérisée par l'ajout de ressources financières importantes en maintien des actifs et en rénovation fonctionnelle mineure, ce qui a permis d'entreprendre des projets significatifs pour l'amélioration de l'environnement physique, tels que :

- ✚ Un projet de remplacement des serpentins de chauffage a été complété sur les conduites d'alimentation d'air frais afin de garantir le maintien du confort et de la sécurité des personnes hébergées.



- ✚ Plusieurs projets visant de sécuriser l'environnement physique ont été réalisés au cours de l'année :
 - ✓ Nettoyage des conduits de ventilation
 - ✓ Identification des prises électriques d'urgence
 - ✓ Retrait d'une cheminée dont la maçonnerie était dangereusement fissurée
 - ✓ Remplacement de caméras de surveillance
 - ✓ Réfection de locaux touchés par un dégât d'eau

- ✚ L'élaboration et la réfection de trois chambres de fin de vie ont été complétées pour un meilleur confort et un environnement chaleureux dans ces moments de grande intimité.

- ✚ La mise aux normes d'appareils de climatisation a fait l'objet d'un travail de conception afin d'en faire le remplacement au cours de l'année 2024-2025. Ce travail permettra de sécuriser les lieux en limitant des dégâts d'eau et ainsi éviter les bris de service.

- ✚ Finalement, un projet majeur de réfection de trois salles d'eau a fait l'objet d'un travail de conception et d'appel d'offres. Cette démarche permettra une réalisation des travaux en début 2024-2025, afin de les mettre aux normes tout en les rendant ergonomiques et conviviales.

Comité local des mesures d'urgence

Afin d'atteindre les meilleures pratiques en mesure d'urgence, une firme spécialisée accompagne la DRMT dans ses actions. Favorisant une mobilisation générale, le comité a été formé avec tout le personnel d'encadrement et la directrice générale. Un calendrier des activités a été réalisé et des priorités ont été établies.

Des formations et pratiques d'incendie pour tout le personnel ont été réalisées pour familiariser les intervenants aux situations d'alarme-incendie et des présentations des mesures d'urgence ont été faites lors de la Journée sur la sécurité. Une application WEB a été rendue accessible afin de familiariser les membres du personnel à l'utilisation des codes d'urgence. La préparation pour l'utilisation d'une valise de garde pour les urgences est en cours d'élaboration et son utilisation se fera en 2024-2025.

Service alimentaire

L'année dernière a été une période de croissance et d'adaptation pour nos opérations liées à la nourriture offerte dans l'établissement. Notre engagement à fournir des repas nutritifs et de haute qualité aux personnes hébergées demeure primordial. Nous avons continué d'innover et d'améliorer nos services pour répondre aux besoins et préférences changeants dans ce milieu de vie.

Malgré les différents défis, le service alimentaire a su maintenir et améliorer la qualité de la nourriture offerte aux personnes hébergées. Face aux perturbations dans les chaînes d'approvisionnement et aux pénuries de personnel, nous avons dû réorganiser notre logistique. Cette réorganisation a inclus l'optimisation des menus et leur qualité ainsi que la vitesse du transport vers les chambres afin de garantir que les repas soient livrés à la bonne température.

Nous avons également mis en place des systèmes de suivi pour la nourriture permettant une réponse rapide aux éventuels problèmes durant les livraisons aux chambres. Des sessions de formation régulières ont été organisées pour notre personnel, mettant l'accent sur les meilleures pratiques de manipulation et de transport des aliments. Ces formations ont permis d'améliorer l'efficacité et la compétence de notre équipe face aux défis quotidiens. Des audits sont réalisés mensuellement et la prise de température de



la nourriture est effectuée chaque jour afin de s'assurer d'une excellente qualité du service offert. Les repas sont globalement excellents, et les personnes hébergées apprécient particulièrement les collations. Les portions sont adéquates, les plats sont servis à une température idéale, et la diversité du menu est très bien reçue. Parmi les plats favoris figurent le pâté chinois et le rôti de porc à l'ail, qui sont particulièrement appréciés pour leur goût savoureux et leur qualité constante.

Grâce aux améliorations apportées au service alimentaire, telles que l'optimisation des itinéraires de livraison, l'amélioration de la qualité de la nourriture, de la communication et des services, ainsi que la formation continue de notre personnel, nous avons considérablement amélioré la qualité et la température des repas livrés. Ces changements ont permis de réduire significativement les temps de livraison pour des personnes hébergées, qui ont apprécié la fraîcheur et la chaleur des repas. En adaptant nos menus et en recueillant régulièrement les retours des personnes hébergées, nous avons réussi à diminuer les plaintes et à augmenter la satisfaction générale.

Organisation d'événements spéciaux et fêtes

Des efforts soutenus ont été déployés pour organiser plusieurs événements spéciaux, tels que des fêtes thématiques proposant des repas spéciaux accompagnés d'éléments festifs comme des serviettes de table décoratives ou des gâteaux préparés selon les thèmes choisis. Ces petites attentions ont grandement réjoui nos personnes hébergées. Nous célébrons le « Mois de la nutrition » ainsi que les personnes hébergées qui atteignent l'âge vénérable de 100 ans en leur concoctant un gâteau. Le personnel et les proches soulignent également l'anniversaire de nos centenaires.

Structure de gestion et environnement physique du service alimentaire

Plusieurs changements importants, comme l'embauche d'un nouveau chef du service alimentaire et des ressources matérielles et techniques, ont affecté positivement l'environnement. Le rôle du chef a été modifié afin de permettre une meilleure gestion de proximité. Nous avons entrepris des améliorations importantes dans le secteur de la production alimentaire afin de renforcer la sécurité et le confort de notre personnel. Le revêtement du plancher de la cuisine a été refait pour minimiser les risques de glissades et de chutes, créant ainsi un environnement de travail plus sécuritaire. L'ensemble de ces améliorations a considérablement renforcé la sécurité et le bien-être de notre personnel.

Beaucoup plus à venir...

L'innovation et la flexibilité ont été au cœur de notre approche organisationnelle. En mettant en place un système de rétroaction pour recueillir des informations et apporter des améliorations continues, nous avons pu adapter nos services aux besoins et aux attentes de nos personnes hébergées. L'augmentation des retours positifs a démontré qu'une amélioration notable de la qualité du service alimentaire a été perçue par notre clientèle. Nous nous engageons à travailler constamment sur des projets innovateurs afin de continuer d'améliorer la qualité du milieu de vie en 2024-2025.

Nutrition clinique

Le rôle premier de la nutritionniste est d'évaluer 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, comme 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 touchant particulièrement les textures adaptées, les diètes complexes et les allergies, ce plan est diffusé auprès des membres du personnel des unités de vie et du service alimentaire.

Au cours de l'année 2023-2024, 435 interventions pour évaluation ou divers suivis en lien avec l'alimentation des personnes hébergées ont été effectués. On dénombre 95 personnes hébergées ayant bénéficié des services cliniques.

En conclusion, nous nous engageons à améliorer constamment nos services pour garantir que nos personnes hébergées se sentent bien, en sécurité, aimées et qu'elles se sentent comme à la maison. Nous sommes déterminés à offrir une expérience culinaire exceptionnelle en étant à l'écoute de leurs commentaires et en adaptant nos pratiques pour répondre à leurs besoins et préférences. Grâce à notre dévouement et à nos efforts continus, nous veillons à ce que chaque repas soit une source de plaisir et de satisfaction pour elles.

Épluchette de blé d'Inde



Activités en lien avec le repas de Noël



Repas de cabane à sucre



Repas offert quotidiennement



Repas de Saint-Valentin



Réception/ Buffet



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)

L'année 2023-2024 a été une période de consolidation d'équipe à la Direction des ressources humaines (ci-après nommée DRH). Nous avons greffé à notre équipe quelques personnes d'expérience du réseau de la santé et des services sociaux afin de permettre un développement de notre direction et d'adopter les meilleures pratiques organisationnelles attendues d'une direction de soutien. À titre d'exemple, l'arrivée d'une agente de gestion du personnel partagée entre le service de santé et le service des relations du travail donne un appui non négligeable à nos conseillers-cadres déjà en place, tout en œuvrant en complémentarité avec l'équipe de la liste de rappel et de la dotation.

De surcroît, l'arrivée d'un nouveau conseiller-cadre ayant de l'expérience dans l'ensemble des services d'une DRH, permet de répondre à plusieurs processus et services de la DRH.

Le personnel déjà en place peut ainsi se développer et travailler en interdisciplinarité avec l'ensemble des collègues de la direction. Nous visons à assumer le leadership RH de l'organisation avec la perspective d'une direction de soutien pour l'ensemble de l'organisation.

Au niveau des indicateurs, on note une diminution notable de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Le ratio d'heures de MOI *versus* le nombre total d'heures travaillées a chuté de près de 10 %. Les efforts d'attraction, mais aussi de rétention expliquent en partie cette diminution.

Notre présence accrue sur les réseaux sociaux et les sites de recrutement a porté ses fruits au cours de l'année. Nous avons constaté un nombre plus important de candidatures lors des affichages externes de postes. Outre le volume plus élevé, on note aussi une différence dans la qualité des candidatures reçues pour les différents postes à pourvoir.

Enfin, après quelques années d'absence en raison de facteurs hors de notre contrôle, la DRH a eu le plaisir de reprendre la soirée de reconnaissance du personnel. Cette soirée sous forme de 5@7 a permis de souligner le travail de l'ensemble du personnel selon leurs années de service. Les nouvelles personnes retraitées de l'année ont aussi été conviées à ce rassemblement afin de souligner leur apport tout au long de leur carrière. Cette activité cadre parfaitement avec la vision de la DRH, qui est de prendre soin de notre main-d'œuvre.

Relations de travail et développement organisationnel

Au niveau des relations du travail, nous avons relancé des communications stables avec l'ensemble des représentations syndicales. Une mise à jour des certificats d'accréditation a été effectuée en janvier 2024. Nous avons des comités de relations du travail en continu. Nous entamons des pourparlers afin de documenter et régler un maximum de griefs auprès de chacune des organisations syndicales.

Le processus de libération syndicale a été révisé puis mis en place afin d'assurer une saine gestion des banques de libérations. Nous avons convenu de moments durant l'année pour faire le bilan des banques de libérations, tant avec le service de comptabilité que les syndicats en place.

En matière de gestion des écarts chez le personnel de l'établissement, nous avons introduit un ensemble de mesures administratives avant d'en arriver en gestion disciplinaire, car l'objectif est de miser sur une approche collaborative afin de modifier un comportement négatif. Parmi les outils de gestion de type mesures administrative, nous retrouvons :



- Mobilisation et responsabilisation
- Attentes significées
- Rencontre tripartite

Une des priorités organisationnelles étant la présence au travail, un mécanisme de suivi de l'absentéisme ponctuel a été mis en place, et des suivis auprès des différents gestionnaires sont effectués. L'ensemble de la correspondance pour une saine gestion a été standardisée et une formation a été donnée aux gestionnaires en complément au soutien individualisé requis. Une séquence de formation des gestionnaires a été introduite mensuellement, et ce, en fonction des besoins de l'organisation et de ses priorités. En voici quelques exemples :

- Mobilisation et responsabilisation
- Droit de gestion et absentéisme ponctuel
- Cueillette de données, version des faits et établissement de la preuve

En terminant, d'autres formations sont en cours d'élaboration de même que des activités de développement organisationnel.

Portrait de la main-d'œuvre

Répartition de l'effectif en 2023-2024 par catégorie de personnel

	Nombre d'employés(es) actifs(ves) au 31 mars 2024
1- Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	33
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	100
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	9
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	5
5- Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	1
6- Personnel d'encadrement	7
Total	155

Recrutement

Un total de 34 embauches a été comptabilisé au cours de l'année.
Le taux de roulement annuel se situe à 15,9 %.



Voici le détail des embauches par catégorie de personnel :

Nombre d'embauches	
1- Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	6
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	23
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1
5- Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	0
6- Personnel d'encadrement	3
Total	34

Stages

Notre plus grand succès au cours de l'année en matière de stages se situe dans le domaine de la physiothérapie où nous avons eu l'opportunité d'accueillir plus de 15 étudiants en techniques de physiothérapie du Cégep Marie-Victorin. De plus, nous avons accueilli, de ce même établissement, une étudiante en éducation spécialisée. Nous avons également établi un nouveau partenariat avec l'école Calixa-Lavallée pour des stages au service alimentaire. L'accueil des stagiaires demeure un objectif primordial pour notre organisation, et nous souhaitons continuer d'élargir notre offre afin de développer davantage de partenariats pour la nouvelle année.

Service de santé et sécurité au travail

Taux d'assurance-salaire (en pourcentage)

	P 01	P 02	P 03	P 04	P 05	P 06	P 07	P 08	P 09	P 10	P 11	P 12	P 13	Moyenne
2023-2024	17,27	13,56	12,16	12,24	11,92	13,92	6,41	11,55	13,25	10,68	11,29	12,61	12,10	12,23

On constate un taux d'assurance-salaire assez élevé tout au cours de l'année comparativement à la cible de 5,9 %. On note toutefois une amélioration *versus* l'an passé où la moyenne annuelle s'élevait à 15,83 %.



Nombre de dossiers par régime d'indemnisation

Assurance-salaire	SAAQ	CNESST	Total
68	2	14	84

Nombre d'invalidités par catégorie

Année	Musculo-squelettique	Santé mentale	Chirurgie	Oncologie	Médecine	Retrait préventif	Covid	Total
2023-24	26	28	5	0	26	3	0	88
2022-23	23	25	6	1	10	4	61	130

- Sur un total de 68 dossiers sous le régime de l'assurance-salaire en 2023-2024, 41 représentent de nouveaux dossiers.
- Sur un total de 14 dossiers en CNESST en 2023-2024, 8 représentent de nouveaux dossiers acceptés.

Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français

Afin de respecter l'article 20.1 de la *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*, nous affirmons que le nombre de postes au sein de notre établissement pour lequel nous exigeons une autre langue que le français est à zéro, et qu'aucune embauche, mutation ou promotion ne requiert l'utilisation d'une autre langue que le français.



LE COMITÉ DES USAGERS

Les membres du comité des usagers sont très impliqués et ne ménagent aucun effort pour remplir leur mandat de promotion des droits des usagers le plus fidèlement et proactivement possible. Ils sont à l'écoute des besoins et commentaires des personnes hébergées et s'assurent que les suivis appropriés soient effectués auprès de la Direction générale de l'établissement.

Le comité des usagers était constitué des personnes suivantes au 31 mars 2024 :

Monsieur Yves Leclair, bénévole et président
Madame Nina Daccampo, bénévole et trésorière
Madame Michelle Matte, répondante et secrétaire
Madame Ginette Compère, répondante et administratrice
Madame Ginette Turner, répondante et administratrice

Le rapport du comité des usagers se retrouve, dans son intégralité, sur le site Internet de l'établissement : <https://chsld-providence-notre-dame-lourdes.espressostaging.com> à la section « Documents ».



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, une organisation à but non lucratif, est administré par un conseil d'administration de 8 membres, composé de 3 religieuses et 5 membres laïques.

Ainsi, le conseil d'administration est composé de :

- ✚ Mme Kathleen Zicat, présidente
- ✚ Sœur Claudette Leroux, s.p., vice-présidente
- ✚ Sœur Lise Marleau, s.n.j.m., administratrice
- ✚ Mme Nicole Ouellet, administratrice
- ✚ Sœur Rollande Paris, administratrice
- ✚ Mme Suzanne Fortin, administratrice
- ✚ Mme Andrée Perreault, administratrice
- ✚ Mme Johanne Pratte, administratrice

Les membres du conseil d'administration se sont réunis à 5 reprises au cours de l'exercice.

La complémentarité des expertises des membres favorise une saine gouvernance de l'établissement.

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

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.



COMITÉ D'AUDIT, DE FINANCE ET DE LA GESTION DES RISQUES



Le comité d'audit, de finance et de la gestion des risques est composé de 3 membres du conseil d'administration; la directrice générale et le directeur des ressources financières, informationnelles et de l'approvisionnement sont invités.

Le mandat principal du comité d'audit, de finance et de la gestion des risques 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 financière 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 6 membres : trois (3) membres du conseil d'administration, la directrice générale, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et la directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.

La directrice des soins et services cliniques (DSSC) peut y être 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.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Le comité des ressources humaines est composé de 3 membres du conseil d'administration et de la directrice générale.

Les principales fonctions du comité sont les suivantes :

- ✚ Établir le profil d'expertise, de compétence et d'expérience requis de la directrice générale et le recommander au conseil pour approbation.
- ✚ Organiser et superviser le processus d'embauche de la directrice générale pour approbation au conseil.
- ✚ Établir, en collaboration avec la DG, les objectifs de performance à atteindre, les mécanismes d'évaluation et les recommander au conseil pour approbation.
- ✚ Procéder à l'évaluation de la performance de la directrice générale et recommander la cote de performance globale au conseil pour approbation.
- ✚ Mettre en place un processus de gestion de la relève de la direction, s'assurer de sa réalisation et recommander le tout au conseil pour approbation.
- ✚ Recommander au conseil les paramètres financiers de la rémunération globale de la directrice générale et des gestionnaires qui se rapportent directement à elle.
- ✚ Établir les orientations stratégiques en matière de ressources humaines et de rémunération.
- ✚ Revoir, chaque année, les catégories de risque associées aux ressources humaines et s'assurer que la gestion de ces risques s'effectue en conformité avec les meilleures pratiques.
- ✚ S'assurer que des plans de formation soient disponibles pour l'ensemble du personnel.
- ✚ Examiner toute autre question en matière de ressources humaines et de rémunération afin d'accompagner la directrice générale dans son mandat.



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.



DIVULGATION 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 2023-2024.



RAPPORT DE L'AUDITEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Les états financiers 2023-2024 du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes ont été complétés par la Direction des ressources financières, informationnelles et de l'approvisionnement, 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 ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

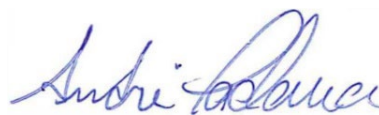
La direction du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte 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 peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit et de finance pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Lynne Durand
Directrice générale



André Lachance
Directeur des ressources financières
informationnelles et de l'approvisionnement



ÉTATS FINANCIERS AUDITÉS – 31 MARS 2024

Les états financiers de l'établissement pour l'exercice financier 2023-2024, sous la forme transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux (AS-471), ont été déposés sur le site Internet du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, pour consultation.





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.



1870, boul. Pie-IX
Montréal (Québec)