

NOTRE-DAME DE LOURDES

# Rapport annuel de gestion

Exercice financier 2017/2018



Permis d'exploitation n° 1175-5501

Approuvé par le conseil d'administration du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes le 28 juin 2018



#### **ÊTRE PROVIDENCE**

Par l'excellence de notre travail et notre engagement au quotidien auprès des personnes que nous servons, et tout particulièrement les personnes aînées, 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.	Mess	Message des autorités			
	2.1.	Message de la présidente du conseil d'administration et			
		de la directrice générale	5		
	2.2.	Message de la direction d'établissement, soins et services			
		cliniques (DESSC)	7		
3.		aration de fiabilité des données et des contrôles			
4.		entation de l'établissement			
	4.1.	Historique de l'établissement			
	4.2.	Structure de l'organisation			
		Structure administrative – Organigramme			
		Direction générale	11		
		Direction d'établissement, soins et services cliniques	11		
		Direction des ressources humaines	18		
		Direction des ressources financières	22		
		Direction des ressources matérielles et techniques	22		
		Direction de la mission	23		
5.	Cons	seils et comités de l'établissement	29		
	5.1.	Conseil d'administration	29		
	5.2.	Instances relevant du conseil d'administration	31		
		Comité d'audit et de finance	31		
		Comité d'éthique et de gouvernance	31		
		Comité de vigilance et de la qualité	31		
		Comité de gestion des risques	33		
		Comité de prévention des infections (PCI)	35		
		Comité des usagers	35		
	5.3.	Autres comités	36		
		Comité de direction	36		
		Comité des communications	37		
		Comité de la mission	37		
		Comité local des mesures d'urgence	37		

6.	ACII	vités de l'établissement reliées à la gestion des risques	sc	
	6.1.	Agrément et visites d'amélioration de la qualité	38	
	6.2.	Sécurité des soins et des services	39	
	6.3.	Examen de la promotion des droits	40	
7.	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie 43			
8.	Ress	ources humaines de l'établissement	44	

# 1. Liste des acronymes

AC AGRÉMENT CANADA

APTS ALLIANCE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE DE LA

SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

BCM BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS

CA CONSEIL D'ADMINISTRATION

CGR COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

CHSLD CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

CIUSSS CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES

SOCIAUX

CRDITED CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CRT COMITÉ DE RELATIONS DE TRAVAIL

CNESST COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE

LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

CLMU COMITÉ LOCAL DES MESURES D'URGENCE
CVQ COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

DG DIRECTION GÉNÉRALE

DESSC DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT, SOINS ET SERVICES CLINIQUES

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

MAH MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT

MOI MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

MSSS MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PCI PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

PDRH PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

PDSB PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES

BÉNÉFICIAIRES

RBQ RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC

SAMS SOCIÉTÉ POUR LES ARTS EN MILIEU DE SOINS

SST SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

# 2. Message des autorités

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



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



Mme Danielle Gaboury Directrice générale

C'est avec fierté que nous déposons le rapport annuel de gestion du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes pour l'exercice 2017-2018, qui présente les faits saillants et les principales réalisations de l'année. Au fil des pages, vous serez témoins du dynamisme de notre organisation et constaterez les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et des services, la sécurité ainsi que la vitalité du milieu de vie des personnes hébergées.

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

Plusieurs dossiers majeurs ont marqué l'agenda cette année notamment, la visite ministérielle d'évaluation de la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD, les travaux préparatoires à la visite d'agrément, prévue en décembre 2018, ainsi que les séances de travail en lien avec l'élaboration de la planification stratégique 2018-2021.

#### Nos valeurs

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

#### Nos remerciements

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

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

Claire Houde, s.p.

Saire Houses of

Présidente du conseil d'administration

Danielle Gaboury Directrice générale

Danielle Colses

# 2.2. Message de la Direction d'établissement, soins et services cliniques (DESSC)



L'année 2017-2018 s'est vécue sous le signe de l'engagement et de la collaboration avec notre clientèle et nos partenaires.

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

L'exercice financier 2017-2018 a été chargé de travaux relatifs à la préparation d'Agrément Canada, consolidant le travail d'équipe dans un esprit tourné vers la mobilisation et un sentiment d'appartenance dans la poursuite de notre mission.

La visite ministérielle a souligné la qualité du personnel et le respect de l'orientation du milieu de vie. Le principe de la collaboration a conduit à diverses activités de reconnaissance auprès du personnel.

Animée par l'excellence et portée par les valeurs humaines centrées sur les besoins et le bien-être de nos personnes hébergées, de nos équipes et partenaires qui sont au centre de nos réalisations. C'est avec un sentiment de fierté que je partage ce rapport annuel, reflet du travail soutenu de toutes les équipes des différents services.

#### Barbara Nelson

Directrice d'établissement, soins et 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 2017-2018 du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2018.

Danielle Gaboury Directrice générale

Samielle Cobe

# 4. Présentation de l'établissement

#### 4.1. Historique de l'établissement

Le 15 septembre 1943, la Communauté des Sœurs de Charité de la Providence fait 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.

Au début des années 60, afin de se conformer à la Loi des hôpitaux, la Communauté incorpore l'Hôpital et cède l'immeuble à la nouvelle corporation.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 contraint la Communauté à convertir l'Hôpital en un établissement privé afin de garder le contrôle sur son Œuvre.

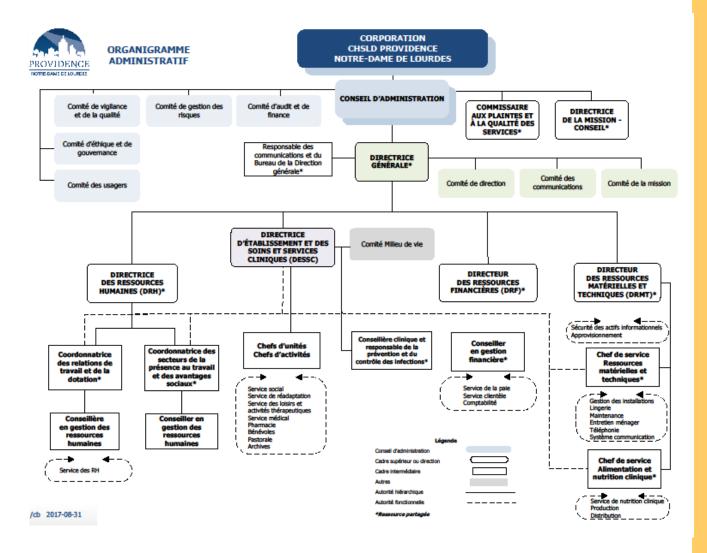
Entre les années 1980-1995, l'Hôpital a subi des rénovations majeures le transformant en un établissement plus moderne et disposant d'installations physiques et d'équipements spécialisés et adaptés qui contribuent au maintien de l'autonomie et au bien-être des personnes hébergées. Au cours de cette période, 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. ».

Aujourd'hui encore, l'œuvre des Sœurs de la Providence se concrétise au quotidien auprès des personnes hébergées du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

# 4.2. Structure de l'organisation

#### Structure administrative - Organigramme



#### Direction générale

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

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

#### Direction d'établissement, soins et services cliniques

#### Service médical

Le service médical répond à des besoins d'ordre clinique et administratif, notamment pour des fins de distribution de soins médicaux et d'évaluation de la qualité des actes médicaux.

Il regroupe 3 médecins détenant un statut et des privilèges accordés par le conseil d'administration.

La présence d'un médecin est assurée à raison de 12 demi-journées par mois. Une garde médicale 24 heures par jour et 7 jours par semaine est également assurée en tout temps.

Chaque année, les médecins et la pharmacienne participent aux rencontres du CMDP pour faire, entre autres, le point sur les activités et élaborer un plan d'action pour l'année à venir. De plus, chaque médecin évalue les actes médicaux posés en utilisant la méthode d'évaluation par critères objectifs et l'étude des dossiers de décès (dossiers de létalité).

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

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) s'est prononcé sur plusieurs dossiers cette année, au moyen de discussions et de rencontres individuelles facilitant ainsi la rapidité de réponses des différents intervenants sur des sujets tel que l'élaboration et la mise en application d'une politique sur le constat de décès à distance, l'approbation et l'actualisation des nouvelles ordonnances collectives révisées, la réévaluation de toutes les ordonnances d'échelles d'insuline de nos personnes hébergées, pour ne nommer que quelques décisions majeures entérinées par le CMDP.

#### Service de la pharmacie

Le service de la pharmacie assure aux personnes hébergées des soins et des services professionnels de qualité.

Le souci constant d'excellence, la culture de sécurité et l'approche client se déclinent au quotidien à travers des interventions proactives personnalisées.

L'actualisation des soins pharmaceutiques, basée sur la connaissance globale de la personne hébergée, constitue la base de notre pratique.

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

- 1. Distribution;
- 2. Clinique;
- 3. Info-conseil;
- 4. Enseignement.

#### Réalisations

Voici quelques données illustrant les activités de l'année :

- Participation aux tournées médicales sur les unités de vie;
- ♣ Participation aux rencontres interdisciplinaires régulières et spécifiques;
- Révision intégrale des dossiers pour valider la médication;
- Révision, adoption et diffusion des ordonnances collectives par le biais d'une formation.

#### Service d'ergothérapie

Au cours du présent exercice, le service d'ergothérapie a participé à :

- 4 cliniques de positionnement avec le centre de réadaptation Lucie Bruneau;
- Comités interdisciplinaires et comités spéciaux interdisciplinaires sur le comportement;
- Rencontres de réadaptation et rencontres des professionnels;
- **Formations**:
  - ✓ Utiliser la pratique réflexive afin d'améliorer ses compétences professionnelles;
  - ✓ Réanimation cardio-respiratoire/Utilisation d'un défibrillateur Niveau A.

#### Service de physiothérapie

L'année 2017-2018 fut une année de réflexion et d'adaptation dans un contexte où la clientèle admise est atteinte de multiples pathologies alors que la durée d'hébergement est de courte durée. La maximisation de l'efficacité était une priorité afin d'assurer un service adéquat dans le maintien de l'autonomie des personnes hébergées; accessibilité, continuité et rapidité d'intervention.

#### Réalisations

- Augmentation de l'efficacité via une collaboration accrue avec le personnel;
- Diminution du temps de déplacement grâce à une augmentation des interventions sur les unités de soins:
- Revue trimestrielle des contentions en équipe multidisciplinaire dans le respect de la loi et des droits des personnes hébergées;
- ♣ Participation à différentes rencontres ou formations, soit :
  - ✓ Formation interne sur les mesures d'urgence;
  - ✓ Formation externe sur les facteurs bio-psycho sociaux à la réadaptation;
  - ✓ Comité de milieu de vie, comité clinique en vue de l'agrément.

#### **Statistiques**

Le service de physiothérapie a répondu à 413 demandes de service pour 211 personnes hébergées.

Nouveaux usagers	Jours de traitement	Tâches administratives et soins indirects	Soins directs	
211	1 356	145,50	1 050,67	

Les chiffres peuvent varier d'une année à l'autre en raison du roulement de la clientèle, des demandes ponctuelles et de la réadaptation continue.

#### 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!

En 2017, 231 046 repas ont été servis à la clientèle du CHSLD, à la cafétéria du personnel, aux personnes visiteuses ainsi que par le Service traiteur de l'établissement. Sur ce total, 218 066 repas ont été servis aux personnes hébergées.

Le menu est adapté pour 13 régimes thérapeutiques différents, ainsi que 8 textures et consistances différentes afin de répondre aux divers besoins nutritionnels de la clientèle hébergée.

Le budget annuel du service alimentaire est de 1 443 085 \$.

#### **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 visera à maintenir ou rétablir l'état nutritionnel tout en optimisant la qualité de vie et en diminuant les risques de complications liées 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 (plus de 50 % au cours de cette année) et de son alourdissement, touchant particulièrement les textures adaptées, les diètes complexes et les allergies.

En cours d'année, 503 interventions en nutrition ont été réalisées, et ce, auprès de 218 personnes hébergées.

#### Évaluation de la satisfaction de la clientèle

Différents processus afin d'améliorer la satisfaction de la clientèle sont suivis par le personnel. En octobre 2017 et en février 2018, 2 sondages ont été proposés aux membres des familles et aux personnes hébergées *via* le comité des usagers. C'est notre volonté première de répondre aux attentes et de respecter les préférences et les besoins de la clientèle.

#### Réalisations

- 4 Révision des recettes associées aux allergies dans le logiciel de menus Micro-Gesta;
- Implantation du comptoir à salades à la cafétéria;
- ♣ Rehaussement de l'offre de collations faites maison à la cafétéria;
- Services de menus spéciaux pour les événements familiaux (Noël, Jour de l'An, Pâgues, BBQ estivaux, pique-niques, etc.).

#### Service social

Des interventions psychosociales ont été réalisées auprès des personnes hébergées et de leurs proches afin que la régularisation des situations financières auprès des gouvernements puisse être accomplie par un tiers. L'établissement a aussi procédé à quelques demandes d'administration de revenus gouvernementaux, en attendant l'ouverture d'un régime de protection public ou privé. Et ce, pour faciliter la gestion financière et pour éviter que les frais d'hébergement et de soins soient en souffrance.

Pour répondre à la loi gouvernementale sur les soins de fin de vie, 8 suivis psychosociaux ont été effectués auprès de personnes hébergées en fin de vie et de leur famille.

#### Service des loisirs et des activités thérapeutiques

Le service des loisirs et des activités thérapeutiques est membre de la Fédération québécoise du loisir en institution (FQLI) et propose une gamme complète d'activités adaptées à la réalité des personnes aînées. Le lien étroit avec la FQLI permet de développer de nouvelles techniques de loisir thérapeutique et d'animation en milieu de vie.

#### Activités estivales

- Pique-niques, aux 2 semaines, sur la terrasse du centre d'hébergement;
- Organisation de soupers festifs et de barbecues;
- **♣** Bar laitier offert sur la terrasse avant de l'établissement;
- Jardinage sur la terrasse de l'unité au 2<sup>e</sup> étage;
- ♣ Épluchette de blé d'Inde.



#### Projet Placement-Carrière, été 2017

Par l'intermédiaire des Artisans bénévoles (OBNL), une subvention du gouvernement du Canada a permis d'embaucher une étudiante pendant 6 semaines.

#### Subvention

Par l'intermédiaire des Artisans bénévoles (OBNL), le service des loisirs a obtenu une subvention pour la Fête nationale du Québec d'un montant de 350 \$.

#### Fêtes de Noël

À l'occasion des Fêtes de Noël, des repas traditionnels ont été servis aux personnes hébergées et à leurs proches. Une distribution de cadeaux de Noël a également eu lieu.



#### Société pour les arts en milieu de vie

Grâce à cet organisme, les personnes hébergées ont pu avoir accès à 8 concerts de musique classique offerts par des musiciens expérimentés, à peu de frais. Chopin, Tchaïkovski, Mozart et Beethoven ont été à l'honneur pour le bonheur des mélomanes.

#### Zoothérapie

Du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 mars 2018, 3 intervenants de Zoothérapie Québec, chacun accompagné de 2 chiens, sont venus rencontrer les personnes hébergées, 3 fois par semaine à raison de 2 heures d'intervention, par unité de vie. Chaque intervenant visite en moyenne 8 résidentes et résidents chaque semaine.

35 personnes hébergées ont bénéficié de cette activité durant l'année, pour un total de 180 heures d'interventions individuelles.

La présence des animaux, à la fois rassurante et bienveillante, contribue à améliorer la joie de vivre des personnes aînées et leur redonne un sentiment de confiance et d'estime de soi.

#### La belle visite



Depuis avril 2016, la Fondation Jovia a été engagée pour réaliser 2 heures d'interventions à chaque unité de vie aux 2 semaines. Les clowns thérapeutiques rencontrent toutes les personnes hébergées dans les unités de vie, 26 fois par année.

#### **Stagiaires**

- Collège LaSalle : 1 étudiante en éducation spécialisée a effectué un stage de janvier à mai 2018 à raison de 4 jours par semaine.

#### **Faits saillants**

- ≠ 520 activités ont été organisées par une récréologue (4 jours par semaine) et une technicienne en loisir (5 jours par semaine);
- ♣ Au total, 20 minutes de loisirs ont été accordées par jour à chaque personne hébergée;
- 4 9 employés de la compagnie L'Oréal sont venus installer les décorations de Noël sur les 3 unités de vie et ont profité de l'occasion pour manucurer quelques résidentes au grand plaisir de celles-ci.



#### Direction des ressources humaines

Dans la foulée des interventions d'amélioration continue des pratiques RH initiées au cours de l'exercice précédent, la Direction des ressources humaines a poursuivi sur la même voie cette année. En effet, au cours de l'exercice financier 2017-2018, de nombreux projets et mandats ont été menés à terme.

Parmi ceux-ci, notons la révision complète des heures de couverture du service de la liste de rappel. À cet effet, depuis le 18 mars 2018, la liste de rappel offre une couverture de 6 h à 22 h. Cette réorganisation comble davantage les besoins au niveau des activités de remplacements, et ce, sur les trois quarts de travail. Cela s'inscrit également dans l'objectif d'amélioration continue au niveau des soins et services, entre autres, éviter des bris de service par manque de personnel.

Tout au long de l'année, la Direction des ressources humaines a également apporté son soutien aux différents services de l'établissement, tant au niveau de l'identification des besoins que du recrutement du personnel nécessaire à la réalisation des activités. À cet égard, donnant suite au *Forum sur les meilleures pratiques en centres d'hébergement et de soins de longue durée* de novembre 2016, et faisant suite à l'investissement de 65 M\$ pour l'ajout de ressources en soins de longue durée, 3 postes ont été titularisés: un poste temps complet (TC) de nuit à titre d'infirmière auxiliaire chef d'équipe, un poste temps partiel (TP) de nuit à titre d'infirmière auxiliaire chef d'équipe ainsi qu'un poste temps complet (TC) de jour à titre d'assistante du supérieur immédiat (ASI).

Notons également les ajouts de postes en lien avec l'octroi du 2<sup>e</sup> bain. À cet égard, 2 postes temps complet ont été titularisés en plus de leur complément, soit 2 postes temps partiel.

Finalement, plusieurs postes vacants de l'exercice précédent ont été pourvus en 2017-2018, notamment le poste du chef du service des installations matérielles et techniques, le poste de technicienne en administration aux services financiers, le poste de conseiller en ressources humaines, un poste temps complet à titre de technicienne en loisir sur un horaire de rotation incluant une fin de semaine sur deux.

#### Journée - portes ouvertes

Afin de combler les besoins de ressources humaines et faire connaître l'organisation, le service des ressources humaines a décidé d'innover en organisant une journée « porte ouverte », le 24 février 2018 conjointement avec le CHSLD Providence–Saint-Joseph, corporation associée. Durant cette journée, 341 personnes candidates se sont présentées pour échanger avec les différents gestionnaires et soumettre leur candidature. 17 % des personnes candidates ont été embauchées. Parmi ces dernières, nous comptons de nombreuses infirmières auxiliaires, des préposé(e)s aux bénéficiaires, préposé(e)s au service alimentaire, préposé(e)s à l'entretien ménager, etc. Le succès de l'activité nous motive à renouveler l'expérience!

Par ailleurs, considérant les efforts investis pour le recrutement, afin d'augmenter la capacité de remplacement, lors des congés de maladie, vacances ou autres, ainsi que

l'accessibilité et la disponibilité des différentes ressources requises aux activités de remplacement, nous avons réussi à réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

Globalement, nous avons procédé à 34 nouvelles embauches, et ce, toutes accréditations syndicales confondues. Pour ce qui est des heures supplémentaires, le taux est de 1,25 % pour les infirmières, 1,89 % pour les infirmiers(ères) auxiliaires et de 4,54 % pour les préposé(e)s aux bénéficiaires pour le présent exercice.

Au niveau de l'établissement, nous comptons 80 personnes salariées détenant un poste à temps complet, alors que 101 personnes salariées détiennent un poste à temps partiel. Au 31 mars 2016, nous avons 76,57 équivalents temps complets.

Le 13 juillet dernier, la Direction de la planification de la main-d'œuvre salariée et médicale et du soutien au changement a lancé formellement le cycle de prévision de la main-d'œuvre 2016-2019. Cet exercice annuel est crucial et vise à assurer et à doter les établissements faisant partie du réseau de la santé et des services sociaux d'une main-d'œuvre de qualité, en quantité suffisante et ainsi offrir les meilleurs soins à nos personnes hébergées.

À cet égard, la Direction des ressources humaines a fait la planification de la main-d'œuvre et du plan prévisionnel des effectifs (PPE) en date du 30 septembre 2017. Cette démarche est primordiale. De ce fait, le plan est mis à jour annuellement, afin de pouvoir ajuster le plan d'action en conséquence.

#### Relations de travail

Quant aux relations de travail, des comités de relations de travail (CRT) sont tenus régulièrement avec les différents syndicats, FIQ, APTS ainsi que CSN. De plus, des rencontres hebdomadaires sont tenues afin de traiter des sujets courants, dans un objectif de favoriser et maintenir des relations de travail harmonieuses au sein de l'organisation. Notons également les rencontres de conciliation de griefs, qui permettent des échanges cordiaux et constructifs entre les parties.

Le nombre de griefs au terme de l'exercice 2017-2018 est de 21 pour le syndicat AIM-FIQ comparativement à 23 pour l'exercice précédent. Quant à la SENDL-CSN, nous comptons 54 griefs pour l'exercice en cours comparativement à 70 pour l'exercice précédent. Enfin, en ce qui concerne l'APTS, le nombre de griefs a également diminué, passant de 10 à 8.

Les 6 et 7 février 2018, l'établissement a fait l'objet d'une visite ministérielle. La qualité de la formation du personnel a été reconnue. En effet, l'approche client, la sécurité des pratiques ainsi que la qualité du contact humain de notre personnel ont été soulignées très positivement par les personnes visiteuses.

#### Reconnaissance

Le traditionnel barbecue avec épluchette de blé d'Inde s'est tenu le 6 septembre 2017. Le taux de participation du personnel a été de près de 90 %. La Direction des ressources humaines a également tenu, le 23 novembre suivant, un événement de reconnaissance pour célébrer les années d'ancienneté de son personnel : 91 personnes salariées ont été

honorées avec des années de service allant de 2 à 35. L'annuel repas de Noël s'est tenu en novembre et l'ensemble du personnel des trois quarts de travail y a été convié.

#### Autres réalisations

Le 30 novembre 2017, les personnes hébergées ainsi que leurs proches ont été invités à célébrer l'histoire et la contribution des Sœurs de la Providence dans le domaine de la santé à Montréal en visionnant une courte vidéo historique et en échangeant avec les Sœurs de la Providence présentes lors de l'événement.

Au cours de l'exercice financier 2017-2018, nous soulignons d'autres réalisations telles que :

- Révision des différentes procédures et politiques de l'établissement;
- Révision des descriptions de fonctions pour l'ensemble des personnes salariées de l'établissement;
- Mise en œuvre d'un plan d'action et d'un comité de développement des ressources humaines (PDRH);
- ♣ Début de l'exercice d'évaluation de la contribution au rendement pour l'ensemble des services.

#### **Formation**

Voici la liste des principales formations qui ont eu lieu au courant de 2017-2018. Ces formations totalisent plus de 190 heures, soit 15 formations complétées par l'ensemble des personnes salariées, pour un investissement de 77 875 \$:

- Appréciation de la contribution;
- Les soins de fin de vie:
- Le programme de mesures de contrôle;
- Les médicaments à alerte élevée (personnel infirmier);
- Le plan des mesures d'urgence phase 2;
- La gestion du changement;
- ♣ Loi 90;
- Réanimation cardio-respiratoire;
- La gestion administrative et disciplinaire des personnes salariées;
- La bientraitance.

Relativement aux formations données, il est important de noter que les professionnels sont maintenant inclus dans le calcul des formations offertes au personnel des soins infirmiers, entre autres : réanimation cardio-respiratoire, mesures de contrôle, formation sur les soins de fin de vie.

#### Service de santé et sécurité au travail

#### Volet « Invalidités »

Au cours de l'exercice financier 2017-2018, 91 dossiers, sous le régime de l'assurance salaire, ont fait l'objet d'un suivi médical, ce qui représente une très légère diminution à l'égard de l'année passée. 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-	Santé	Chirurgie	Oncologie	Médecine*	TOTAL
	squelettique	mentale				
2016-2017	30	29	10	3	21	93
2017-2018	29	29	11	5	17	91

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

Le nombre de réclamations résultant de problèmes musculo-squelettiques est demeuré relativement stable tout comme les réclamations en santé psychologique et en chirurgie. On note fort malheureusement une augmentation de 67 % des réclamations en oncologie. Le groupe diagnostique « médecine » représente, pour sa part, une diminution de l'ordre de 19 % des réclamations. Par ailleurs, 87 % 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, et non par année financière.

Au cours de l'année 2017, 19 réclamations ont été traitées pour des lésions professionnelles, dont 16 attribuables spécifiquement à 2017; 3 de ces réclamations demeurent actuellement actives.

Bien que le nombre d'accidents survenus en 2017 soit sensiblement le même que l'année précédente, les sommes imputées ont connu une augmentation assez importante passant de 165 249 \$ en 2016 à 202 870 \$ en 2017. Cette augmentation de 23 % des coûts des lésions professionnelles s'explique principalement par une réclamation qui a connu une maladie intercurrente personnelle très importante alors qu'elle était rémunérée par la CNESST. Ce dossier a généré à lui seul des coûts de 140 698 \$.

Dans ce dossier, une demande de partage des coûts a été déposée à la CNESST pour maladie intercurrente, ce qui permettra une répartition plus équitable et par conséquent une diminution des coûts réellement imputables à la lésion professionnelle.

Le service SST a poursuivi une gestion rigoureuse quant à l'admissibilité des réclamations, aux demandes du Bureau d'évaluation médicale (BEM) jusqu'à l'obtention d'une consolidation ainsi qu'aux représentations légales du TAT pour les réclamations en contestation. Des actions administratives telles que des demandes de partage des coûts

et des recours légaux se poursuivent afin de diminuer les sommes imputées au dossier financier CSST.

De plus, le *Programme pour une maternité sans danger* de la CNESST s'est appliqué pour 10 retraits préventifs comparativement à 4 pour l'année précédente.

#### Volet « Prévention »

Le comité paritaire a amorcé des discussions pour cibler 3 projets de prévention à réaliser au cours de l'année à venir portant sur le secteur des soins et de formation.

Toujours dans un souci de prévention, 12 lits manuels ont été remplacés par de nouveaux lits électriques et 21 membres du personnel ont bénéficié de l'achat de chaussures de sécurité.

Le comité a également procédé à l'analyse d'un poste de travail pour éliminer les tensions musculo-squelettiques et favoriser une installation et une position ergonomiques.

L'approche préventive instaurée au cours des dernières années s'articule au quotidien par plusieurs améliorations de l'environnement de travail et contribue à la diminution tant de la fréquence que de la gravité des lésions professionnelles.

#### Direction des ressources financières

La direction des ressources financières a réorganisé ses activités suite au départ de son directeur en juin. Le processus de dotation mis en place a permis l'embauche d'un directeur des ressources financières, lequel est entré en fonction à la fin octobre.

Une refonte de la charte comptable a été amorcée et complétée afin d'arrimer les budgets par composante de l'interne aux budgets alloués par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce travail a nécessité l'apport de toute l'équipe.

L'année financière s'est terminée avec un résultat cumulatif défavorable au montant de 205 600 \$.

#### Direction des ressources matérielles et techniques

L'année 2017-2018 a donné lieu à la concrétisation de plusieurs projets, notamment :

- Rénovation de la salle de toilette dans les vestiaires des femmes:
- Début de la peinture des aires communes pour le suivi ministériel;
- Rénovation du plancher de la salle de distribution de la cafétéria;
- Nettoyage des conduits des sécheuses;
- Rénovation de la cuisinette du 3<sup>e</sup> étage:
- Révision des ententes de service pour l'entretien extérieur.

#### Direction de la mission

#### Énoncé de mission

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

L'établissement accomplit sa mission d'hébergement et de soins auprès de personnes adultes vulnérables, en perte d'autonomie due à des problématiques de santé importantes, grâce au professionnalisme, à l'expertise et au dynamisme de son personnel. Il offre à ces personnes des services d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux. Fidèle au charisme de compassion des Sœurs de la Providence, ce centre d'hébergement a aussi pour mission de procurer aux personnes qu'il accueille les services, les loisirs, l'attention, les soins et les secours religieux et spirituels que peut nécessiter leur état et pour favoriser leur bien-être.

Pour réaliser avec constance sa mission, le CHSLD 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.

#### Nos valeurs

Justice
Excellence
Compassion
Respect de la vie
Imputabilité

#### 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.

Le 27 avril 2017, le comité de direction a approuvé la création des modalités du comité de la mission. Ces modalités permettent de formaliser le rôle du comité et son mandat pour le rendre plus efficace et permettre d'atteindre les objectifs fixés. Le comité de la mission constitue une véritable richesse pour l'organisation, procurant une expérience extrêmement gratifiante aux personnes qui en font partie, mais aussi pour l'ensemble des gestionnaires, du personnel et des bénévoles.

#### Le comité de la mission est composé de :

- La directrice générale;
- ↓ La directrice de la mission conseil;
- ♣ La coordonnatrice de la promotion de la mission et responsable du Service des communications et du Bureau de la Direction générale;
- Les cadres supérieurs.

En 2017-2018, les membres du comité de la mission ont tenu 2 rencontres dans le cadre de leurs travaux. Le comité de la mission se réunit en général en début d'année pour élaborer le bilan de l'année précédente et présenter le plan d'action de l'année à venir, puis en mi-année pour évaluer le suivi du plan d'action.

La promotion de la mission et des valeurs constituent un objectif permanent de chaque gestionnaire; un point statutaire est inscrit à l'ordre du jour de chaque comité de direction.



# Date des rencontres du comité de la mission en 2017-2018 :

- ♣ 6 juin 2017
- ♣ 8 février 2018

#### **Faits saillants**



L'année 2017, marquée par les célébrations du 375<sup>e</sup> anniversaire de Montréal, constitue une opportunité unique de commémorer la contribution des Sœurs de la Providence et de leur fondatrice, Émilie Tavernier-Gamelin, dans l'histoire de Montréal et des soins de santé, tant auprès du personnel, des personnes hébergées que des partenaires d'affaires.

L'élaboration de notre vision, « Être Providence », qui permet de définir où l'organisation veut aller et de mobiliser et de motiver le personnel, se veut un événement marquant pour la mission cette année.

Les valeurs ont également été définies; elles constituent le fondement de l'identité et de la culture Providence. Un travail en profondeur est accompli pour les refléter dans les documents corporatifs.

Ce sont les efforts collectifs de tous les membres du comité de la mission et des gestionnaires qui permettent de développer une culture d'entreprise unique et de contribuer à garder vivant l'héritage des Sœurs de la Providence.

#### Réalisations

#### Définition des valeurs et création de la vision



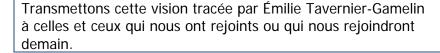
Dans un processus de co-création et collaboratif, un groupe de travail a été créé, comprenant les membres du comité de direction, un groupe de gestionnaires des organisations et la responsable du Service des communications et du Bureau de la Direction générale et coordonnatrice de la promotion de la mission.

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

# Être Providence

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

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





#### J'ai le désir d'une vie bonne pour chacune et chacun de nous et nous tous ensemble D'une égale liberté Tustice À l'égalité des chances Au droit à la différence À une répartition équitable des ressources J'ai le constant souci de qualité et de rigueur, du bon geste au bon moment Excellence Dans toutes mes actions, interventions et réalisations Envers notre clientèle, mes collègues et partenaires Avec la détermination du dépassement de soi Je tends la main à l'autre Par mon ouverture, mon accueil et mon attention Compassion Ma sensibilité aux émotions, aux paroles et aux gestes Avec authenticité et sincérité 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 Respect La volonté de préserver leur dignité de la vie En tout respect de leur autonomie, leurs choix et leurs décisions 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 Imputabilité

# Création d'une banderole avec la vision

Afin de promouvoir la vision, une banderole portative a été réalisée pour être utilisée lors d'événements spéciaux, notamment en lien avec la mission, comme la présentation de la vidéo pour le 375<sup>e</sup> anniversaire de Montréal, ou placée à des endroits stratégiques dans l'établissement.

perspective d'amélioration continue

Avec clarté et précision

Et le courage d'entamer un dialogue constructif dans une

Le même document, mais au format lettre, est disponible afin d'être utilisé comme affiche ou dans des documents corporatifs pour présenter la vision.

#### Comité aviseur – éthique clinique et organisationnelle

Un comité aviseur – éthique clinique et organisationnelle a été mis en place à l'automne 2017, lequel est animé par l'éthicienne-conseil. Ce comité est composé de membres du comité de direction et de la responsable du Service des communications et du Bureau de la Direction générale et coordonnatrice de la promotion de la mission.

Suite aux travaux réalisés sur la définition de la vision et des valeurs, le comité s'est donné comme objectif de poursuivre la mise en place d'une infrastructure éthique. À cette étape, les travaux portent essentiellement sur les documents de référence à adapter ou à réviser, dont :

- Mission des établissements;
- Cadre conceptuel en matière d'éthique;
- ♣ Code d'éthique;
- Guide d'accueil des personnes hébergées;
- ♣ Politique et procédure du Comité d'éthique clinique et organisationnelle;

La 1<sup>re</sup> rencontre du comité a eu lieu le 27 novembre 2017. Les travaux se poursuivront en 2018.

#### Vidéo du 375e anniversaire de Montréal





À l'occasion du 375e anniversaire de Montréal, une vidéo d'environ 10 minutes a été réalisée afin de partager, notamment avec les membres du personnel, la contribution inestimable des Sœurs de la Providence dans le domaine de la santé à Montréal ainsi que le charisme d'Émilie Tavernier-Gamelin, une Montréalaise... et ne pas oublier que ce sont des religieuses qui ont bâti le réseau hospitalier au Québec.

Cette vidéo démontre comment la mission est toujours bien vivante aujourd'hui à Montréal, avec la fierté d'un personnel qui contribue, encore aujourd'hui, aux soins de santé des personnes aînées montréalaises, notamment à travers les valeurs Providence.

La vidéo, réalisée en français, en anglais et en espagnol, a été dévoilée en primeur au Chapitre général des Sœurs de la Providence, le 19 juillet 2017, et au personnel, le 14 décembre 2017.

Elle est maintenant disponible de façon continue :

- Sur YouTube;
- Sur les sites Web des corporations concernées;
- Au personnel lors de l'embauche; Lors de la visite du Musée Providence.



#### Activités réalisées de façon continue

#### Documents corporatifs

Le comité de la mission s'assure de la promotion et de la concrétisation de la mission et des valeurs Providence, notamment dans la vie quotidienne à travers les documents corporatifs, lesquels guident l'organisation.

Voici quelques exemples de documents qui reflètent notamment nos valeurs :

- ✓ Descriptions de fonctions;
- ✓ Guide d'accueil du personnel;
- ✓ Politiques et procédures;
- ✓ Rapports annuels de gestion;
- ✓ Sites Web:
- ✓ Journal La Voie/x.

#### Processus de recrutement

Le processus de recrutement est réalisé de façon à s'assurer, avant l'embauche, de l'adhésion à la mission et aux valeurs organisationnelles du futur personnel. Ainsi, lors des entrevues de sélection, les personnes candidates doivent répondre à des questions pour s'assurer qu'elles comprennent et partagent les valeurs Providence et la culture organisationnelle.

#### Processus d'embauche

Lors de l'embauche et de l'intégration du nouveau personnel, l'accent est mis sur la mission et les valeurs, avec notamment la remise de :

- ✓ Cordon porte-carte avec les valeurs Providence;
- ✓ Carte expliquant le logo en lien avec la mission;
- ✓ Journal La voie/x, édition spéciale 375e présentant une biographie d'Émilie Gamelin, les réalisations des Sœurs de la Providence dans le domaine de la santé à Montréal, la vision, les valeurs et leur définition ainsi que l'histoire de l'institution;
- ✓ Visionnement de la nouvelle vidéo corporative réalisée à l'occasion du 375e anniversaire de Montréal.

# 5. Conseils et comités de l'établissement

### 5.1. Conseil d'administration

Le CHSLD Providence Notre-Dame-de-Lourdes est une organisation à but non lucratif, administrée 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 Huguette Boucher, 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.



De gauche à droite, rangée du haut : M. Robert Lefebvre, M. Jean Meloche et Sœur Lise Marleau Rangée du bas : Sœur Claudette Leroux, Sœur Claire Houde, Mme Nicole Ouellet et Sœur Huguette Boucher

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 2017-2018 :

Nombre de rencontres en 2017-2018				
Conseil d'administration	8			
Comité d'audit et de finance	5			
Comité d'éthique et de gouvernance	2			
Comité de vigilance et de la qualité	3			

#### Résolutions et mandats

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

Voici quelques-unes des principales réalisations :

- 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 désignés 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.

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 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 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 membres indépendants; la directrice générale est invitée.

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

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

#### Comité de vigilance et de la qualité

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

- La directrice générale;

↓ La commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

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

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

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

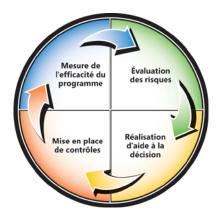
Lorsque le comité se réunit, les membres prennent connaissance des rapports transmis par la représentante du comité de gestion des risques ainsi que de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les recommandations qui en découlent font l'objet d'un suivi.

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

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

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

#### Comité de gestion des risques



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

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

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

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

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

#### **Faits saillants**

- Le comité s'est réuni à 4 reprises au cours de l'exercice financier 2017-2018;
- ♣ 3 événements sentinelles ont été traités;
- 6 risques ont été identifiés et traités;
- ♣ Une formation portant sur les rapports d'accidents a été donnée à 49 membres du personnel; une formation sur les mesures de contrôle a été donnée à 101 membres du personnel.

#### Boîte à risques

La boîte à risques est un outil mis en place en 2014-2015 afin que toute personne qui identifie une situation à risques, concernant les équipements, l'environnement ou les espaces, déclare cette situation. Cet outil a permis d'identifier 6 risques, dont 3 ont été traités et les plans d'action seront prochainement finalisés pour les 4 autres.

#### Les événements déclarés selon le type d'événement

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NOMBRE	POURCENTAGE
Chutes	130	22 %
Événements en lien avec la médication	81	14 %
Événements en lien avec traitement / intervention	8	1 %
Plaie de pression stade II	34	6 %
Blessure origine inconnue	3	0,5%
Blessure origine connue	9	1,5 %
Effet personnel/bris ou disparition	49	8 %
Autres	280	47 %
TOTAL	594	100 %

#### Comité de prévention des infections (PCI)

Le comité de prévention et de contrôle des infections s'est réuni à 2 reprises durant l'année, en lien avec la semaine PCI qui a eu lieu du 23 au 27 octobre 2017, avec kiosque et diverses activités.

Deux audits portant sur l'hygiène des mains ont été réalisés en mars et août 2017, le taux global de réussite est passé de 9,6 % à 56 %, avec une augmentation de 23 % sur le taux de conformité pour les infirmières.

Il y a eu 5 éclosions de symptômes d'allure grippale (SAG) et 4 éclosions de gastroentérite. Les admissions ont été suspendues entre le 21 et le 27 décembre 2017.

#### Hygiène et salubrité

Dans le secteur de l'hygiène et salubrité, un redressement important a été réalisé dont, entre autres :

- La révision du contrat avec la Buanderie CM;
- La formation des 22 membres du personnel sur les nouveaux produits;
- Le déploiement du comité d'hygiène et de salubrité qui a permis de réviser à la baisse des quotas de lingerie et de produire une économie de plus de 150 000 \$ avec une gestion rigoureuse sur les unités de vie.

#### **Vaccination**

Affichant un taux de 82%, l'établissement n'a pas atteint la cible de vaccination contre l'influenza, fixée à 90 % par la santé publique pour les personnes hébergées.

Quant au taux de vaccination contre l'influenza pour le personnel, les médecins et les bénévoles, il se situe à 42,4 %, soit une augmentation de 2 %, comparativement à l'an passé.

#### Comité des usagers

Le comité est composé de 5 membres, à savoir :

- Un président;
- Une vice-présidente;
- Une secrétaire-trésorière:
- 2 conseillères.

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

Le comité des usagers a pour fonction de :

- Renseigner les personnes hébergées sur leurs droits et leurs obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie des personnes hébergées;
- ♣ 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;

Le comité des usagers s'est rencontré à 5 reprises au cours de l'année et s'est impliqué dans plusieurs dossiers, notamment :

- Feuillet d'information, couverture, verre et stylo promotionnel sont remis à chaque nouvelle personne hébergée lors de leur arrivée, par le président du comité;
- Distribution d'un jeu sous forme de napperons, sur les droits des personnes aînées en cas d'abus;
- ♣ Distribution de napperons dans un restaurant avoisinant portant sur les abus faits aux personnes aînées et aussi en guise de promotion du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes ainsi que des services offerts dans le quartier;
- ♣ Distribution de couvertures avec des messages doux.

Le président du comité des usagers a présenté son rapport annuel aux membres du conseil d'administration lors de la séance du 28 juin 2018.

### 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 de la Direction générale est composée de :

- La directrice générale;
- Le directeur des ressources financières:

- Le directeur des ressources matérielles et techniques;
- La directrice d'établissement et des soins et services cliniques du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes;
- La directrice de l'hébergement et des soins infirmiers et cliniques de Carrefour Providence, corporation associée;
- La directrice d'établissement et des soins et services cliniques du CHSLD Providence–Saint-Joseph, corporation associée.

Le tableau ci-dessous présente les activités du comité de direction pour l'année 2017-2018 :

Nombre de rencontres				
Comité de direction	8			
Groupe de travail du comité de direction	2			

#### Comité des communications

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



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

#### Comité de la mission

Voir la section Direction de la mission.

#### Comité local des mesures d'urgence

Le comité local des mesures d'urgence, formé de membres des différents secteurs de l'organisation, s'est rencontré en avril 2017.

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

Une révision complète des pratiques selon les nouvelles normes de sécurité et diffusion de celles-ci sur les unités de vie et à la réception de l'établissement.

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

### 6.1. Agrément et visites d'amélioration de la qualité

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



Au cours de l'été 2017, des formations, sous forme de capsules, ont été données aux chefs d'unités et aux chefs d'activités afin de leur fournir les outils nécessaires à la mobilisation de leurs équipes. À cet effet, pour assurer une pleine implication des équipes opérationnelles de jour, de soir, de nuit et de fin de semaine, à la démarche d'agrément, les gestionnaires ont été des agents multiplicateurs pour la formation sur la mise à jour des programmes, des politiques et des procédures.

Certaines normes sont déjà en déploiement telles que la politique sur l'analyse de biologie délocalisée (ADBD) et une plus grande implication du comité des usagers, des personnes hébergées et de leurs proches. À cet effet, le comité des usagers a participé à l'élaboration des menus et à la lecture de quelques politiques.

Les recommandations à la suite de l'audit sur les services pharmaceutiques ont été adoptées par le conseil d'administration. Une planification de la restructuration du service avec le changement du mode de distribution des médicaments, tel que recommandé par l'agrément, est en cours.

### 6.2. Sécurité des soins et des services

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

Une visite ministérielle a eu lieu les 6 et 7 février 2018. Les forces suivantes ont été soulignées :

- L'implication active de la personne hébergée-partenaire dans le comité du milieu de vie et dans le comité de la gestion des risques;
- La qualité de l'approche personnalisée des soins offerts par les membres du personnel;
- Le souci du personnel d'accompagner la personne hébergée et ses proches durant tout l'hébergement jusqu'à la fin de vie;
- L'implication de l'interdisciplinarité dans les pratiques;
- La présence de la direction dans la promotion du concept « milieu de vie » dans les objectifs opérationnels.

Nous notons également une diminution des recommandations, passant de 10 à 6 *versus* la dernière visite ministérielle qui a eu lieu en 2014.

# 6.3. Examen 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

	2017-2018	2016-2017
Plaintes	1	2
Interventions	2	0
Assistances	2	1
Consultations	1	0
Plaintes médicales	0	0
TOTAL	6	3

#### **Plaintes**

Au cours de l'exercice 2017-2018, un dossier de plainte a été enregistré, permettant d'étudier un motif.

Motif : Organisation du milieu et ressources matérielles – Confort et commodité – Température des lieux. Cette plainte est soumise au Protecteur des usagers.

#### **Interventions**

Deux dossiers d'intervention ont été ouverts au cours de l'année 2017-2018. Il s'agit d'une situation de possible maltraitance et d'une insatisfaction en lien avec le manque de personnel la fin de semaine. Ces dossiers sont fermés sans aucune recommandation.

#### **Assistances**

Deux dossiers d'assistance ont été enregistrés pour l'année 2017-2018. Un concerne l'obtention d'un formulaire complété et la perte de vêtements. Le formulaire a été fourni à la famille. Une vigilance est demandée a personnel sur le retour des vêtements à leur propriétaire.

L'autre dossier concerne une demande d'information sur la maltraitance. Le demandeur est rassuré sur le fait que la situation est connue et traitée.

#### Consultations

Un dossier de consultation est ouvert au cours de la période concernant les services médicaux.

#### Plaintes médicales

Aucun dossier relatif à une plainte médicale n'a été répertorié au cours de la période visée.

#### Recommandations

La commissaire n'a pas émis de recommandation pour 2017-20108 pour l'étude des dossiers.

#### État des dossiers de plainte transmis au 2e palier

Un dossier a été transmis au 2<sup>e</sup> palier. Cette plainte est fermée au Protecteur du citoyen sans aucune recommandation.

#### Activités d'un médecin examinateur

Aucun dossier de plainte médicale n'a été reçu ou conclu durant la période 2017-2018.

#### Activités du comité de révision

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

En 2017-2018, il n'y a eu aucune activité de révision. Aucune plainte médicale n'a été portée en 2<sup>e</sup> instance.

Les services juridiques du CIUSSS conviennent que les plaintes médicales des CHSLD privés conventionnés doivent être traitées par le Collège des médecins du Québec. D'autres interventions sont faites et en cours afin de trouver une voie de passage légale à l'élaboration d'un contrat pour les services de médecins examinateurs entre les deux établissements.

#### **Volet promotion**

Les affiches et dépliants du Ministère ainsi que les nouveaux formulaires sont bien en vue.

#### Volet administratif

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé à 3 rencontres régulières du comité de vigilance. Elle y a présenté un rapport à chacune des séances.

Les séances du comité de vigilance de l'établissement ont eu lieu aux dates suivantes :

5 mai 2017 : rapport annuel 23 octobre 2017 : rapport d'étape 31 janvier 2018 : rapport d'étape

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a fait une présentation aux personnes hébergées et à leur famille le 12 mars 2018.

# 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.

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

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

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE		
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	39	
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0	
Aide médicale à mourir  Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			

# 8. Ressources humaines de l'établissement

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

#### Effectifs de l'établissement en équivalence temps complet

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3		
Personnel-cadre (en date du 3	1 mars)					
Temps complet nombre de personnes (Note 1)	1	12	13	-1		
Temps partiel (Note 1):						
<ul> <li>Nombre de personnes</li> </ul>	2	-	6	-6		
<ul> <li>Équivalent temps complet (Note 4)</li> </ul>	3	-	1,50	-1,50		
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	_	_	_		
Personnel régulier (en date du	31 mar	s)				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	79	80	-1		
Temps partiel (Note 2)						
<ul> <li>Nombre de personnes</li> </ul>	6	84	101	-17		
<ul> <li>Équivalent temps complet (Note 4)</li> </ul>	7	73,85	76,57	-2,72		
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	66 735	84 711	-17 976		
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	36,33	46,37	-9,84		

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.



1870, boulevard Pie-IX Montréal (Québec) H1V 2C6 Téléphone : 514 527-4595

