



# Rapport annuel de gestion

*Exercice financier 2018/2019*



**Permis d'exploitation n° 1175-5501**

**Approuvé par le conseil d'administration  
du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes  
le 19 juin 2019**



## **ÊTRE PROVIDENCE**

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

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

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

# Table des matières

---

<b>1.</b>	<b>Liste des acronymes</b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Message des autorités</b> .....	<b>5</b>
	<b>2.1. Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale</b> .....	<b>5</b>
	2.2. Message de la Direction des soins et services cliniques (DSSC).....	9
<b>3.</b>	<b>Déclaration de fiabilité des données et des contrôles</b> .....	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Présentation de l'établissement</b> .....	<b>11</b>
	4.1. Historique de l'établissement.....	11
	4.2. Planification stratégique 2019-2022 .....	12
	4.3. Structure de l'organisation .....	13
	Structure administrative – Organigramme .....	13
	Direction de la mission .....	14
	Direction générale .....	16
	Direction des soins et services cliniques.....	16
	Direction des ressources matérielles et techniques .....	23
	Réalisations .....	24
	Direction des ressources humaines .....	26
<b>5.</b>	<b>Conseils et comités de l'établissement</b> .....	<b>30</b>
	5.1. Conseil d'administration .....	30
	5.2. Instances relevant du conseil d'administration .....	31
	Comité d'audit et de finance.....	31
	Comité d'éthique et de gouvernance .....	32
	Comité de vigilance et de la qualité .....	32
	Comité de gestion des risques .....	33
	Comité de prévention des infections (PCI).....	34
	Comité des usagers.....	35
	5.3. Autres comités .....	36
	Comité de direction .....	36
	Comité de la mission.....	36
	Comité local des mesures d'urgence .....	37

<b>6.</b>	<b>Activités de l'établissement reliées à la gestion des risques.....</b>	<b>38</b>
6.1.	Agrément et visites d'amélioration de la qualité .....	38
6.2.	Sécurité des soins et des services .....	39
6.3.	Examen des plaintes et de la promotion des droits.....	41
<b>7.</b>	<b>Application de la politique portant sur les soins de fin de vie ....</b>	<b>44</b>
<b>8.</b>	<b>Ressources humaines de l'établissement.....</b>	<b>45</b>
<b>9.</b>	<b>Divulgence des actes répréhensibles.....</b>	<b>46</b>

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

## 1. Liste des acronymes

---

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

## 2. Message des autorités

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



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



*Mme Danielle Gaboury  
Directrice générale*

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

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

Plusieurs dossiers majeurs ont marqué l'agenda cette année :

#### **Transformation organisationnelle**

Cette année, nous avons œuvré dans un contexte de transformation organisationnelle majeure, suite à l'annonce du ministre de la santé, Dr Gaétan Barrette, en août 2018, d'autoriser la relocalisation des 162 résidentes et résidents du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, vivant majoritairement dans des chambres à 5 lits, au CHSLD Providence-Saint-Joseph. Cette annonce fait suite à une série de discussions avec le MSSS, depuis juillet 2017, et d'orientations ministérielles visant à éliminer les chambres multiples à plus de 2 lits par chambre.

Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, doté de 29 chambres à 5 lits, de 5 chambres à 3 lits et de 1 chambre à 2 lits, a été invité à soumettre des scénarios pour éliminer les chambres multiples et se conformer à la décision ministérielle. Le CHSLD Providence–Saint-Joseph, corporation des Sœurs de la Providence, s’est avéré une opportunité exceptionnelle, avec son site enchanteur et ses espaces vacants, pour accueillir les personnes hébergées du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

Cette étape marque la fin du plan d’organisation actuel et installe une période de transition. Nous tenons à souligner le leadership de la présidente du CA avec le ministre de la santé pour l’actualisation d’un nouveau plan d’organisation ainsi que les nombreuses discussions et négociations avec le MSSS en lien avec les phases 1, 2 et 3 du projet.

À la fin des phases 1 et 2 du projet, consistant en l’aménagement/construction de 61 nouvelles chambres au CHSLD Providence–Saint-Joseph, 62 résidentes et résidents du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes seront transférés au CHSLD Providence–Saint-Joseph. Le transfert est prévu en septembre 2019. À la suite de ce transfert, il restera 100 personnes hébergées au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, réparties sur les unités de vie.

Les 61 nouvelles chambres au CHSLD Providence–Saint-Joseph sont toutes des chambres individuelles avec toilette privée, à l’exception d’une seule, à 2 lits, disponible pour les couples. 4 nouvelles chambres ont été aménagées pour répondre aux besoins d’une clientèle bariatrique.

Un plan de communications global a été mis en place, tant auprès des personnes hébergées et de leurs familles, du comité des usagers, du personnel, des gestionnaires, des médecins, des bénévoles, des syndicats et des partenaires externes, assorti de multiples rencontres avec les diverses parties prenantes.

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

Les discussions et négociations entreprises avec le MSSS se poursuivront au cours de la prochaine année, notamment pour la phase 3 du projet, visant la construction possible d’une nouvelle aile de 100 lits au CHSLD Providence–Saint-Joseph. Des négociations sont également en cours avec notre partenaire, le CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal, entre autres pour le volet de la coordination des admissions.

### **Processus d’Agrément**

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

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

Il nous faut souligner le travail extraordinaire et l'engagement de tout notre personnel dans la démarche qualité et les travaux préparatoires à l'Agrément, dont la visite est prévue du 5 au 7 juin prochain.

### **Planification stratégique**

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

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

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

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

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

### **Nouvelle équipe de direction et défis 2019-2020**

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

Au cours de la prochaine année, également une année de transition, les défis s'annoncent nombreux, dans toutes les directions, notamment, la poursuite des travaux en vue de la visite d'Agrément, la réorganisation des soins avec le transfert de 62 résidentes et résidents en septembre 2019, la gestion des ressources humaines dans un contexte de réduction des lits, la mobilisation des équipes, le maintien du milieu de vie et du milieu de travail, la planification budgétaire et les allocations budgétaires en période de transition, les négociations avec les parties impliquées et le MSSS.

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

## Nos remerciements

Au nom des membres du conseil d'administration et de la direction du CHSLD Providence 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 Providence au quotidien.

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

*Claire Houde*

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

*Danielle Gaboury*

Danielle Gaboury, MBA  
Directrice générale



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

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

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

- ✚ L'annonce du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, indiquant que le ministère apportait son soutien financier pour procéder à la relocalisation des chambres du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (PNDL), vers le CHSLD Providence-Saint-Joseph (PSJ). Les premières personnes hébergées de PNDL devraient être transférées vers PSJ à compter de septembre 2019;



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

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

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

*Narimen Hemsas*

Directrice des soins et services cliniques

### 3. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles

---

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du CHSLD Providence 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 2019.

*Danielle Gaboury*  
Directrice générale

## 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 est passé 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. Planification stratégique 2019-2022

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

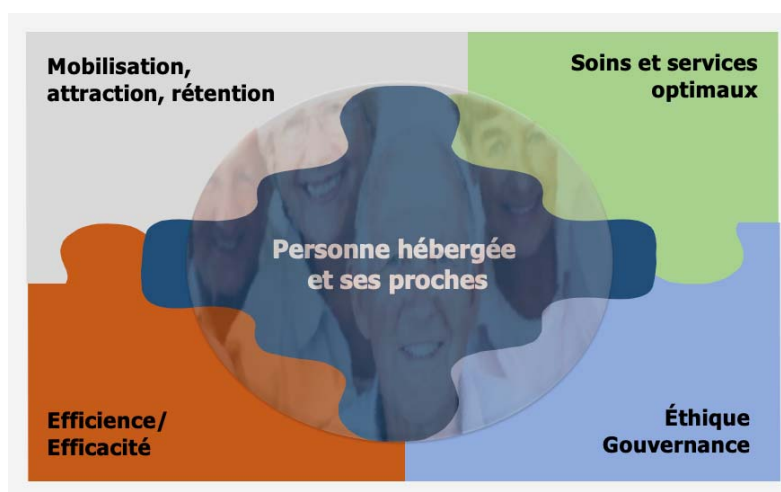
Ce Plan stratégique 2019-2022 témoigne de notre engagement et de la façon dont nous entendons concrétiser la mission Providence dans notre établissement au cours des 3 prochaines années, dans un contexte de transformation organisationnelle majeure afin de répondre aux exigences du ministère de la Santé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

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

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

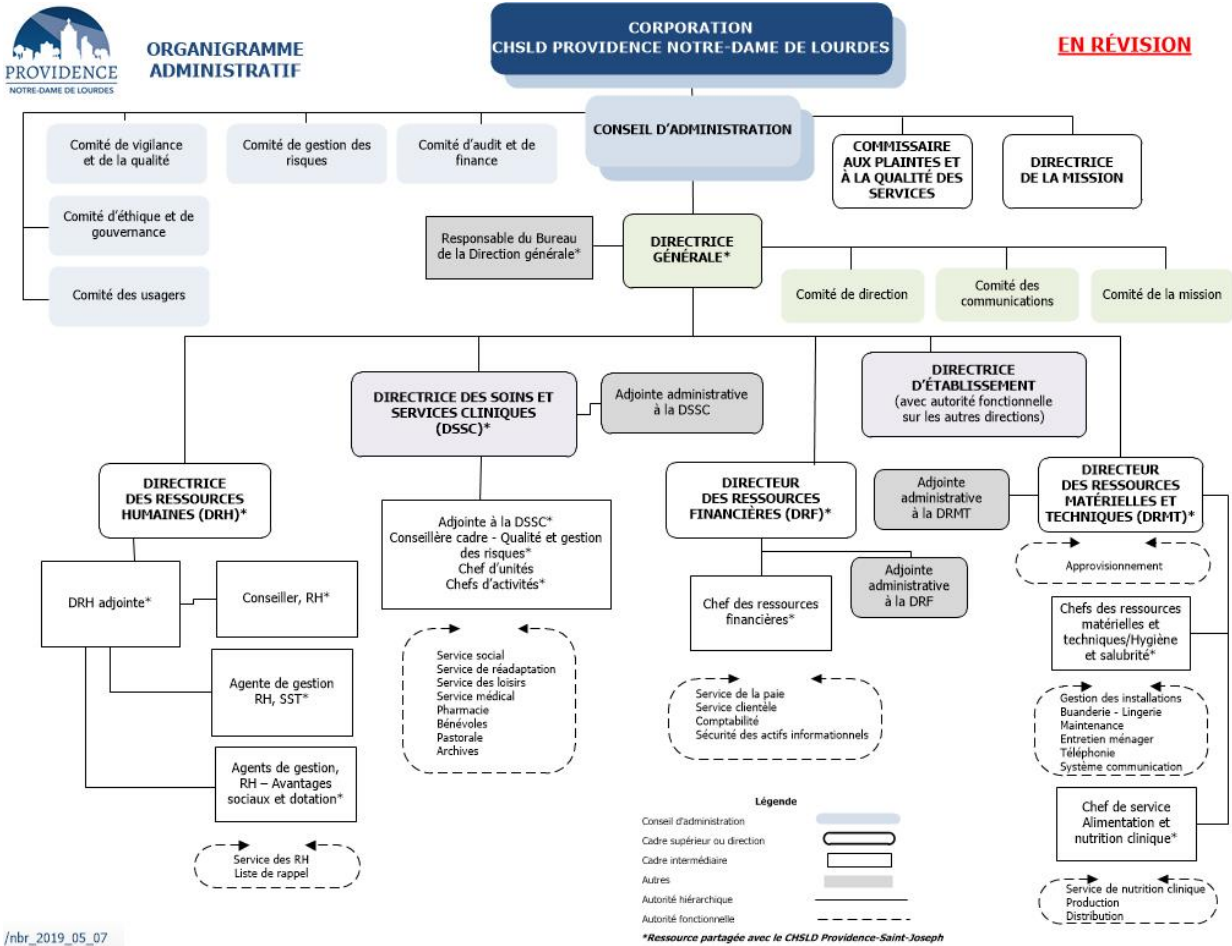
La pérennité d'un milieu de vie substitut, empreint de chaleur humaine et adapté aux besoins, où la participation active du patient-partenaire est encouragée ainsi que la création d'un milieu de travail attractif et mobilisant tissent le canevas de cette planification stratégique à l'intérieur de laquelle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

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



## 4.3. Structure de l'organisation

### Structure administrative – Organigramme



/nbr\_2019\_05\_07

## 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*

## 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.



<i>Justice</i>	<p>J'ai le désir d'une vie bonne pour chacune et chacun de nous et nous tous ensemble</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D'une égale liberté</li> <li>▪ À l'égalité des chances</li> <li>▪ Au droit à la différence</li> <li>▪ À une répartition équitable des ressources</li> </ul>
<i>Excellence</i>	<p>J'ai le constant souci de qualité et de rigueur, du bon geste au bon moment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans toutes mes actions, interventions et réalisations</li> <li>▪ Envers notre clientèle, mes collègues et partenaires</li> <li>▪ Avec la détermination du dépassement de soi</li> </ul>
<i>Compassion</i>	<p>Je tends la main à l'autre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Par mon ouverture, mon accueil et mon attention</li> <li>▪ Ma sensibilité aux émotions, aux paroles et aux gestes</li> <li>▪ Avec authenticité et sincérité</li> </ul>
<i>Respect de la vie</i>	<p>J'ai la profonde conviction en la valeur de chaque être vivant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Par la présence à soi, à l'autre, aux autres et au monde</li> <li>▪ La volonté de préserver leur dignité</li> <li>▪ En tout respect de leur autonomie, leurs choix et leurs décisions</li> </ul>
<i>Imputabilité</i>	<p>Je rends compte de la façon dont je m'acquitte de mon rôle et des responsabilités qui me sont confiées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En toute confiance et coopération</li> <li>▪ Avec clarté et précision</li> <li>▪ Et le courage d'entamer un dialogue constructif dans une perspective d'amélioration continue</li> </ul>

## Direction générale

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

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

## Direction des soins et services cliniques

La DSSC est composée d'un service médical, qui répond aux besoins d'ordre clinique et administratif, notamment dans le cadre de la prestation des soins médicaux et d'évaluation de la qualité de ces actes médicaux. La présence d'un médecin est assurée à raison de 12 demi-journées par mois, par 3 médecins. Une garde médicale 24 heures par jour et 7 jours par semaine est également assurée en tout temps.

Le service de la pharmacie assure aux personnes hébergées des soins et des services professionnels de qualité, à travers quatre volets de pratique qui sont : distribution des médicaments; suivi clinique; conseils; enseignement.

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



### Faits saillants :

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

### Service médical en détail

Le service médical de notre établissement est composé de trois (3) médecins ayant des privilèges de pratique au sein de notre organisation. Nos médecins effectuent la prise en charge médicale de chaque personne hébergée et dispensent des soins médicaux adaptés aux besoins requis par l'état de santé de chacune de celles-ci.

L'approche interdisciplinaire et collaborative avec les personnes intervenantes et le partenariat actif avec les personnes hébergées et leurs proches contribuent à l'atteinte de soins de niveau d'excellence.

Les médecins sont sollicités pour leur implication dans d'autres sphères d'activités, notamment en lien avec l'évaluation de la qualité de l'acte médical et en lien avec la révision et l'adoption des ordonnances collectives, et des programmes de soins.

Les médecins et la pharmacienne-chef, présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), participent chaque année à des rencontres du CMDP pour discussions et prises de position ou décisions en ce qui a trait à l'exercice médical. Ces rencontres peuvent être téléphoniques, individuelles ou en assemblées.

En 2018-2019, le CMDP s'est rencontré en assemblée une (1) fois, soit le 10 septembre 2018. En plus, une réunion téléphonique a eu lieu et plusieurs courriers électroniques furent échangés pour statuer sur diverses situations.

Les réalisations de cette année se résument ainsi, en plus des tournées hebdomadaires et des entretiens réguliers avec les personnes hébergées et leurs proches :

- ✚ Application et rodage de la politique de constat de décès à distance;
- ✚ Adoption de deux (2) nouvelles ordonnances collectives;
- ✚ Participation à l'audit de l'utilisation de psychotiques et aux sevrages inhérents au processus;
- ✚ Participation à la révision de huit (8) programmes cliniques;
- ✚ Intégration de l'approche de déprescription.

## Service de pharmacie en détail

Le service de pharmacie assure aux personnes hébergées des soins pharmaceutiques et des services personnalisés de qualité, basés sur la connaissance globale de chaque personne hébergée, en conformité avec la mission, la philosophie et les valeurs de l'organisation.

Le souci constant d'excellence, la culture de sécurité et l'approche client privilégiée reposent sur une démarche proactive, axée sur le partenariat avec les personnes hébergées et leurs proches.

La collaboration interdisciplinaire dynamique au sein de notre milieu constitue un atout majeur d'intégration d'une pratique exemplaire quotidienne.

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

1. Le volet « distribution des médicaments »;
2. Le volet « suivi clinique »;
3. Le volet « conseils »;
4. Le volet « enseignement ».

## Réalisations

Voici quelques données illustrant les activités du service de pharmacie pour l'année 2018-2019 :

- ✚ Participation aux tournées médicales;
- ✚ Participation aux rencontres interdisciplinaires régulières et spécifiques;
- ✚ Révision de 15 politiques de pharmacie;
- ✚ Élaboration de deux (2) nouvelles politiques de pharmacie;
- ✚ Formation offerte au personnel des soins en lien avec ces politiques;
- ✚ Élaboration et mise en place d'une nouvelle procédure de gestion des narcotiques;
- ✚ Adoption de deux (2) nouvelles ordonnances collectives;
- ✚ Formation offerte au personnel des soins en lien avec ces ordonnances;
- ✚ Modification de la nomenclature de la force du médicament Synthroid, le tout en conformité avec les recommandations de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada;
- ✚ Rectification de chaque ordonnance de Synthroid en circulation;
- ✚ Appréciation de la contribution de l'assistante-technique en pharmacie;
- ✚ Raccourci informatique aux postes des unités et des personnes intervenantes rendu accessible pour consultation des ordonnances collectives et des politiques de pharmacie;
- ✚ Compilation des renseignements fournis par la pharmacie aux personnes hébergées et à leurs proches en lien avec les modifications de leur médication;
- ✚ Participation active au kiosque sur la sécurité;
- ✚ Deux (2) rencontres de partenariat avec le comité des usagers, en lien avec la pharmacie, entre autres;
- ✚ Capsules de sensibilisation sur le principe de la déprescription offertes au personnel, aux personnes hébergées et à leurs proches;
- ✚ Audit et rapport sur la consommation des antipsychotiques et sevrages;

- ✚ Audit sur le processus d'administration des médicaments;
- ✚ Audits et rapports (18 audits et 18 rapports) sur la connaissance et sur l'application des programmes de soins;
- ✚ Suivi périodique d'indicateurs de gestion (voir résultats plus bas);
- ✚ Évaluations et recommandations cliniques quotidiennes;
- ✚ Traitement et enregistrement de 1 451 résultats de tests de laboratoire dans le dossier informatisé de pharmacie des personnes hébergées en lien avec la médication, et analyse interventionnelle de ces résultats;
- ✚ Rédaction de 884 notes d'intervention, incluant l'application des ordonnances collectives;
- ✚ Réalisations :
 

✓ Nombre de bilans comparatifs des médicaments :	175
✓ Nombre moyen de personnes hébergées sous antipsychotiques :	40
✓ Pourcentage moyen de notre population sous antipsychotiques :	25 %
✓ Nombre moyen de principes actifs par personne :	9,95
✓ Coût moyen par personne par période :	63,36 \$
✓ Coût moyen par personne par jour :	2,26 \$

En cette année préparatoire à la visite d'Agrément Canada, l'évaluation de chaque critère du cahier des normes du volet « distribution de médicaments » nous brosse un tableau précis de la situation actuelle en lien avec le service de pharmacie, d'où découlent l'élaboration et l'actualisation du plan d'amélioration pour le volet « médicaments ».

L'année 2018-2019 en fut une bien remplie, stimulante et couronnée de réalisations bien intégrées sur le terrain. La composante participative, tant au niveau des personnes intervenantes qu'au niveau des personnes hébergées et de leurs proches, a été sollicitée. Le contexte collaboratif constitue, en effet, un gage significatif d'excellence.

### Service de physiothérapie en détail

L'année 2018-2019 en fut une de mise en œuvre sur les réflexions et les adaptations proposées l'année précédente, soit la clientèle admise avec multiples pathologies alors que la durée d'hébergement est de courte durée. Maximiser l'efficacité demeure une priorité afin d'assurer un service adéquat dans le maintien de l'autonomie des personnes hébergées : accessibilité, continuité et rapidité d'intervention (dès le jour 1 de l'admission). De plus, l'implication des proches aidants est nécessaire dans le maintien de cette autonomie, tel que l'aide à la marche, les programmes d'exercices et, bien sûr, le soutien moral.

### Réalisations

- ✚ Collaboration accrue avec le personnel des unités et les proches des personnes hébergées pour favoriser l'efficacité des interventions;
- ✚ 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 la révision du programme de prévention des chutes en accord avec les nouvelles pratiques de l'Institut canadien pour la sécurité des patients;
- ✚ Participation à une clinique de mobilité avec le centre Lucie Bruneau pour les marchettes;
- ✚ Inspection des équipements biomédicaux ainsi que l'équipement de transfert (toiles et marchettes) afin de répondre aux normes de sécurité;
- ✚ 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.

### Service social en détail

Au cours de l'année 2018-2019, le service social a réévalué 8 cas de personnes hébergées sous régime de protection public à la demande du Curateur public du Québec. Il y a eu 6 demandes d'ouverture de régime de protection publique, en raison de l'absence de proches et 3 homologations de mandat en prévision de l'inaptitude à la demande des notaires, suite à une requête formulée par un proche de la personne hébergée.

Trente interventions psychosociales ont été effectuées auprès des proches ayant perdu un être cher, en lien avec 57 décès de personnes hébergées. Il y a eu 37 départs pour un milieu de vie public ou privé, dans le but de se rapprocher des proches.

Il y a eu quelques demandes de représentation aux différents paliers de gouvernement par des proches et quelques demandes d'administration de revenus gouvernementaux par l'établissement, en raison de délais d'ouverture de régime de protection public. Malgré les délais, nous désirons répondre aux besoins de soins et aux besoins personnels des personnes hébergées en attente d'un jugement et de la prise en charge par le Curateur public du Québec.

Une personne hébergée a demandé l'aide médicale à mourir. Nous avons rencontré, informé, supporté, écouté cette dernière et ses proches, tout au long du processus. Nous avons collaboré avec les médecins externes du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal lors de leurs évaluations et suivis auprès de la personne hébergée et ses proches.

Nous avons souligné la Journée mondiale pour contrer la maltraitance, le 15 juin 2018, et la Journée de la bientraitance, le 1er octobre 2018. Il y a eu sensibilisation auprès des membres du personnel concernant les programmes de prévention du risque suicidaire et des soins en fin de vie.

### Service des loisirs en détail

Le service des loisirs est membre de la Fédération québécoise du loisir en institution (FQLI) et propose une gamme complète d'activités adaptées à la réalité des personnes âgées. 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 et achat de fleurs et de légumes pour les nouveaux bacs à jardin adaptés;
- ✚ Épluchette de blé d'Inde.

## Projet Placement-Carrière, été 2018

Par l'intermédiaire des Artisans bénévoles (OBNL), une subvention du gouvernement du Canada a permis d'embaucher une étudiante pendant 6 semaines à l'été 2018.

## Subventions

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 150 \$. Une autre subvention de 650 \$ a été attribuée par la FQLI pour l'achat de jeux d'adresse et physiques pour les personnes hébergées.

## 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 spectacles en 2018-2019 : harpe, hautbois, clarinette, flûte traversière, etc., permettant un voyage vers les univers de Chopin, Tchaïkovski, Mozart et Beethoven.

## Zoothérapie

Du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 mars 2019, 3 personnes intervenantes de Zoothérapie Québec, chacune accompagnée de 2 chiens, sont venues rencontrer les personnes hébergées, 3 fois par semaine à raison de 2 heures d'intervention à chaque fois, par unité de vie. Chaque personne intervenante visite en moyenne 8 personnes hébergées chaque semaine.

Trente-cinq 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 âgées et leur redonne un sentiment de confiance et d'estime de soi.

## Stagiaires

- ✚ Collège LaSalle : 1 étudiante en éducation spécialisée a effectué un stage de janvier à mai 2019 à raison de 2 jours par semaine.
- ✚ Cégep du Vieux-Montréal : 4 étudiants en technique d'intervention en loisir ont effectué un stage de septembre à décembre 2018, à raison d'une journée par semaine.
- ✚ Université de Montréal : 1 étudiante en année préparatoire de médecine a complété son stage de 60 heures de septembre 2018 à mars 2019 auprès des personnes hébergées.

## Gala de Providence Notre-Dame de Lourdes

Le 31 mars dernier, 61 personnes hébergées, 19 familles et 4 bénévoles ont participé activement au gala où les personnes hébergées étaient mises en nomination dans 23 catégories : le meilleur cuisinier, le duo inséparable, le plus généreux, le plus participatif, le plus souriant, etc.

## Quelques statistiques

- ✚ 17 bénévoles ont effectué 1 900 heures de bénévolat ce qui représente 32 heures de bénévolat par semaine;
- ✚ 11 bénévoles sont présentement inscrits au service du bénévolat (9 femmes et 2 hommes);
- ✚ La moyenne d'âge est de 73 ans ou de 56 ans si l'on inclut les jeunes des écoles;
- ✚ Le taux de roulement est de 30 %.

## Direction des ressources matérielles et techniques



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

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

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

La Direction des ressources matérielles et techniques a pour objectif d'assurer le maintien et l'intégrité du bâtiment, d'offrir un environnement sécuritaire, propre et agréable ainsi que de proposer une alimentation de qualité aux personnes 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.

## Réalisations



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

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

- ✚ Le programme d'entretien préventif se poursuit permettant de maintenir le bon fonctionnement des équipements et d'en assurer leur pérennité à long terme. Pour ce faire, nous avons entamé l'intégration de la GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur) avec l'installation du programme Intéral, et ce, afin d'atteindre les cibles d'efficacité et de saine gestion en matière d'entretien préventif.
- ✚ L'hygiène et la salubrité sont au cœur des préoccupations de l'équipe d'entretien. Dans une perspective d'amélioration continue et d'efficacité du service auprès de notre clientèle, nous avons embauché un chef de secteur en hygiène et salubrité et ainsi, en janvier dernier, acquis les talents de M. Joseph Leblanc. Fort de ses 30 années d'expérience tant dans le réseau de la santé que dans le secteur privé, son expertise est mise à contribution dans l'harmonisation des pratiques et la révision complète des routes de travail de l'équipe de l'entretien ménager. De plus, depuis son arrivée en poste, M. Leblanc a assuré la révision des pratiques de gestion des déchets cytotoxiques et a également dispensé des formations auprès de ses équipes au niveau des procédés en cas d'éclosion et sur les produits utilisés dans les fonctions d'entretien.

## Service alimentaire



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



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

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

En 2018, le nombre de repas reflète sensiblement la performance offerte l'année précédente et en respect de l'allocation budgétaire prévue.

### **Nutrition clinique**

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

Son rôle est essentiel dans le contexte du roulement élevé de la clientèle (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, 204 interventions en nutrition ont été réalisées, et ce, auprès de 162 personnes hébergées.

## 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 2018-2019, de nombreux projets et mandats ont été menés à terme.

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

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

En matière de dotation, un nouveau processus a été mis en place permettant aux gestionnaires de faire connaître leurs besoins en assurant toutefois un meilleur contrôle des surcroûts et des créations de postes. La révision des cahiers de postes a permis un meilleur suivi financier. Au 31 mars 2019, nous avons embauché 21 personnes et avons connu 44 départs, avec un taux de roulement de 17 %.

La politique pour contrer le harcèlement est l'une des principales politiques mises à jour. Plusieurs ateliers ont été offerts pour rejoindre le personnel sur tous les quarts de travail. Ces ateliers portaient notamment sur la civilité et la procédure à suivre en cas de harcèlement.

## Effectifs de l'établissement en équivalence temps complet

Catégorie de personnel	Heures	Montant	Écarts entre 2018 et 2019	
			Hres	Salaires
<b>Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires</b>				
Orientation	142,50	4 091,13 \$	-267,50	(8 519,67) \$
Formation	563,45	19 674,07 \$	-513,39	(15 284,39) \$
<b>Sous-total</b>	<b>705,95</b>	<b>23 765,20 \$</b>	<b>-780,89</b>	<b>(23 804,06) \$</b>
<b>Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métier</b>				
Orientation	626,25	12 640,44 \$	-413,08	(7 800,46) \$
Formation	553,00	12 035,33 \$	-235,25	(4 657,86) \$
<b>Sous-total</b>	<b>1179,25</b>	<b>24 675,77 \$</b>	<b>-648,33</b>	<b>(12 458,32) \$</b>
<b>Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration</b>				
Orientation	83,00	1 644,86 \$	-219,67	(5 399,29) \$
Formation	183,50	4 190,04 \$	139,00	3 060,42 \$
<b>Sous-total</b>	<b>266,5</b>	<b>5 834,90 \$</b>	<b>-80,67</b>	<b>(2 338,87) \$</b>
<b>Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux</b>				
Orientation		- \$		
Formation	72,50	2 970,15 \$	-12,00	(142,97) \$
<b>Sous-total</b>	<b>72,5</b>	<b>2 970,15 \$</b>	<b>-12,00</b>	<b>(142,97) \$</b>
<b>Pharmacien</b>				
Formation	0	26,33 \$	-11,50	(583,29) \$
<b>Personnel d'encadrement</b>				
Orientation				
Formation	80,00	4 090,84 \$	-196,75	(9 704,79) \$
<b>Sous-total</b>	<b>80</b>	<b>4 090,84 \$</b>	<b>-196,75</b>	<b>(9 704,79) \$</b>
<b>Total</b>	<b>2304,20</b>	<b>61 363,19 \$</b>	<b>-1718,64</b>	<b>(48 449,01) \$</b>

## Service de santé et sécurité au travail

### Volet « Invalidités »

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, 83 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-squelettique	Santé mentale	Chirurgie	Oncologie	Médecine*	TOTAL
2018-2019	29	30	7	2	15	<b>83</b>
2017-2018	29	29	11	5	17	<b>91</b>

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

Dans l'ensemble, nous constatons une diminution de 9 % des réclamations pour l'exercice financier actuel. Le nombre de réclamations résultant de problèmes musculo-squelettiques en santé mentale et en médecine est demeuré relativement stable. On note, fort heureusement, une diminution de 60 % des réclamations en oncologie et de 36 % en chirurgie. Par ailleurs, 81 % 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 2018, 20 réclamations ont été traitées pour des lésions professionnelles. De ce nombre, 13 nouvelles réclamations ont été soumises à la CNESST au cours de l'année 2018, et seulement 9 réclamations ont été acceptées à titre de lésions professionnelles. Une seule de ces réclamations demeure actuellement active. Pour l'année 2018, nous observons une diminution de 47 % du nombre d'accidents acceptés par la CNESST comparativement à l'année précédente.

Les sommes imputées en 2018 ont également connu une diminution très importante passant de 268 444 \$\* en 2017 à 38 066 \$\* en 2018. Cette diminution de 86 % des coûts des lésions professionnelles s'explique principalement par une diminution drastique du nombre de réclamations et une réduction tout aussi importante de la gravité des réclamations.

Ces résultats reflètent les efforts investis par l'organisation ainsi qu'une gestion rigoureuse quant à l'admissibilité des réclamations, aux demandes faites au Bureau d'évaluation médicale (BEM) jusqu'à l'obtention d'une consolidation ainsi qu'aux représentations légales au Tribunal administratif du travail 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 pour les années antérieures.

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

De plus, le *Programme pour une maternité sans danger* de la CNESST s'est appliqué pour 13 retraits préventifs comparativement à 10 retraits préventifs pour l'année précédente.

### **Volet « Prévention »**

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

Par ailleurs, dans un souci de prévention, trois (3) lits manuels ont été remplacés par de nouveaux lits électriques.

C'est au quotidien que la prévention influence les méthodes de travail aussi bien que l'environnement de travail et contribue à la diminution tant de la fréquence que de la gravité des lésions professionnelles.

## 5. Conseils et comités de l'établissement

### 5.1. Conseil d'administration

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

Ainsi, le conseil d'administration est composé de :

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

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

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

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

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

### Résolutions et mandats

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

Voici quelques-unes des principales réalisations :

- ✚ Approbation des rapports 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 :

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

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

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

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

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

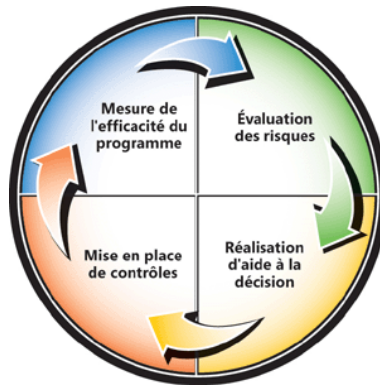
Le comité de vigilance et de la qualité a tenu 2 rencontres au cours de l'année.



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

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

### Comité de gestion des risques



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

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

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

- ✚ La conseillère cadre - Gestion des risques, qualité et milieu de vie;
- ✚ La directrice des soins et des services cliniques;
- ✚ La présidente du comité des usagers;
- ✚ Une infirmière;
- ✚ Une assistante du supérieur immédiat;
- ✚ La chef du Service alimentaire;
- ✚ Un préposé à la maintenance;
- ✚ Le chef du secteur hygiène et salubrité;
- ✚ Le chef de service des ressources matérielles et techniques, responsable des mesures d'urgence;
- ✚ L'ergothérapeute.

### Comité de prévention des infections (PCI)

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

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

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

- ✚ La conseillère clinique en prévention et contrôle des infections ou l'assistante de la conseillère clinique en prévention et contrôle des infections ;
- ✚ La chef d'unité de PNDL et celle de PSJ;
- ✚ Le chef de secteur hygiène et salubrité;
- ✚ La chef du service alimentaire;

- ✚ La pharmacienne en chef;
- ✚ Une infirmière de PNDL et une de PSJ;
- ✚ Une infirmière auxiliaire de PNDL et une de PSJ;
- ✚ Une préposée aux bénéficiaires de PNDL et une de PSJ;
- ✚ L'ergothérapeute.

Ainsi que sur invitation :

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

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

### Comité des usagers

Le comité est composé de 3 membres, à savoir :

- ✚ Un président;
- ✚ Une vice-présidente;
- ✚ Une secrétaire-trésorière.

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

- ✚ Tenue d'un kiosque d'information lors de la *Journée mondiale sur la maltraitance envers les personnes âgées*, en juin 2018;
- ✚ Tenue d'un kiosque d'information lors de la *Journée internationale des aînés*, en octobre 2018 avec création de rubans pour l'occasion;
- ✚ Création de rubans de l'amour à l'occasion de la Saint-Valentin

- ✚ Dans le cadre de l'initiative *Donner au suivant*, le comité a effectué des dons de vêtements à des organismes de charité, notamment La Maison du Père et Le Chaînon);
- ✚ Création de linceuls;
- ✚ Sondage auprès des familles en prévision du transfert de 62 personnes hébergées vers le CHSLD Providence–Saint-Joseph, prévu en septembre 2019.

Le président du comité des usagers a présenté son rapport annuel aux membres du conseil d'administration lors de la séance du 19 juin 2019.

### 5.3. Autres comités

#### Comité de direction

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

L'équipe de la Direction générale est composée de :

- La directrice générale;
- La directrice déléguée à la Direction générale;
- La directrice adjointe aux ressources humaines;
- Le directeur des ressources financières;
- Le directeur des ressources matérielles et techniques;
- La directrice des soins et services cliniques du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes et du CHSLD Providence–Saint-Joseph (corporation associée);
- La directrice des services d'hébergement de Carrefour Providence, corporation associée;

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

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

#### Comité de la mission

##### Comité de la mission

Le comité de la mission s'assure que la mission et les valeurs sont véhiculées et vécues dans les institutions, notamment dans la vie quotidienne, les politiques et procédures, les pratiques organisationnelles et les programmes. La promotion de la mission et des valeurs constitue un

objectif permanent de chaque gestionnaire; un point statutaire est inscrit à l'ordre du jour de chaque comité de direction. Ensemble, avec la collaboration d'une éthicienne-conseil, ce groupe a travaillé à la définition des valeurs et de la vision.

### **Comité local des mesures d'urgence**

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

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

Au cours de l'année, le comité a diffusé le nouveau calendrier et programme des activités des mesures d'urgence. De plus, des capsules de formation ont été offertes au membre du personnel en octobre 2018, notamment sur les protocoles d'évacuation et exercice d'incendie.

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

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

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



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

L'établissement, qui a le statut « Agréé » depuis 2014, poursuit sa démarche continue d'amélioration de la qualité et sa préparation en vue de la visite d'agrément, prévue du 5 au 7 juin 2019. À ce titre, les différentes équipes sont constituées et à pied d'œuvre. Différentes activités ont été mises en place, à savoir :

- ✚ Création du comité de coordination et d'amélioration continue de la qualité, qui s'est réuni une quinzaine de fois au cours de l'année 2018-2019, et a pour mandat de :
  - ✓ Documenter la réalisation du plan d'amélioration continue de la qualité de l'établissement et en assurer le leadership;
  - ✓ Assurer l'intégration des normes et des pratiques organisationnelles requises (POR) par le programme d'Agrément Canada aux processus internes et aux pratiques des équipes;
  - ✓ Faire la promotion de l'amélioration continue de la qualité et soutenir les équipes;
  - ✓ Partager et développer des projets d'amélioration continue, des outils d'analyse et des indicateurs de performance;
- ✚ Élaboration du plan d'amélioration de la qualité 2018-2019;
- ✚ Les recommandations issues de la visite ministérielle du 6 février 2018 sont, quant à elles, intégrées au plan d'amélioration continue de l'établissement 2018-2019 sous forme d'objectifs d'amélioration. Chaque direction responsable d'une recommandation documente régulièrement les actions entreprises.

## 6.2. Sécurité des soins et des services

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

- ✚ Révision de la liste des membres du comité de gestion des risques afin d'y intégrer du personnel terrain, proche des soins et des services;
- ✚ Élaboration du plan d'action du comité de gestion des risques 2018-2019;
- ✚ Standardisation du processus de déclaration des incidents/accidents en lien avec la prestation sécuritaire des soins et des services : révision du processus de saisie des formulaires AH 223-1, formation d'une personne responsable de la saisie des AH 223-1, élaboration d'outils d'analyse et de suivi des événements sentinelles;
- ✚ Réalisation d'audits sur le processus de divulgation, d'analyse des résultats et identification d'objectifs d'amélioration;
- ✚ Révision des politiques liées à la prestation sécuritaire des soins et des services (déclaration des événements indésirables et divulgation à une personne hébergée ou à son représentant de l'information nécessaire à la suite d'un incident ou d'un accident);
- ✚ Révision de la politique sur le fonctionnement du comité de gestion des risques;
- ✚ Élaboration de nouvelles politiques en gestion des risques : politique de gestion intégrée des risques et politique de gestion des avis et rappels;
- ✚ Actualisation du programme de gestion intégrée de la qualité et des risques;
- ✚ Définition du processus de recensement, de choix et d'utilisation des lignes directrices éclairées par des données probantes ou issues de la recherche et le faire connaître aux personnes concernées;
- ✚ Réalisation d'un livret sur les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada. Ce livret documente toutes les activités que l'établissement réalise pour être conforme aux bonnes pratiques;
- ✚ Organisation d'une journée sur la sécurité des soins et des services, le 15 novembre 2018, dans le cadre de la *Semaine nationale sur la sécurité des usagers*. Cet événement a connu un grand succès et permis de sensibiliser et d'informer le personnel, les bénévoles, les personnes hébergées et leurs proches sur les différents moyens mis en place dans l'établissement pour assurer la sécurité (programmes de soins, plan de sécurité, plan de mesures d'urgence, etc.). La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a également participé à cette journée et tenu un kiosque d'information sur la bientraitance et la divulgation des actes répréhensibles, en collaboration avec le comité des usagers;

- ✚ Relance du comité milieu de vie et élargissement de son mandat pour démontrer son engagement soutenu envers l'approche de partenariat de soins avec les personnes hébergées et leurs proches, un des principes directeurs de la philosophie d'intervention de l'établissement. Cette approche collaborative permet d'offrir des soins et des services centrés sur la personne hébergée et ses proches tout en les impliquant dans les décisions qui les concernent ainsi que dans la qualité de leur milieu de vie. Concernant l'amélioration de la qualité du milieu de vie, le comité a pour objectif d'améliorer les espaces intérieurs et extérieurs des personnes hébergées;
- ✚ Mise en place du projet PassePOR, un projet de sensibilisation du personnel aux bonnes pratiques;
- ✚ Actualisation du plan de sécurité 2015-2019 afin d'identifier les risques potentiels et de mettre en place les moyens nécessaires pour les prévenir, les traiter et les contrôler. Ce plan constitue une exigence d'Agrément Canada et, dans l'optique d'y répondre de façon innovatrice et efficace, l'établissement utilise l'outil de cartographie des risques lui permettant d'avoir une vision exhaustive des risques potentiels. L'exercice est effectué tous les quatre ans en groupe interdisciplinaire. Le suivi de la réalisation des objectifs est ensuite assuré par la conseillère-cadre - Gestion des risques, gestion de la qualité et milieu de vie de l'organisation. Un prochain inventaire des risques est prévu en 2019-2020;
- ✚ **Boîte à risques** : Pour des raisons de sécurité, la boîte à risques a été retirée de l'établissement. En effet, le comité de gestion des risques a considéré que cette boîte constituait en soi un risque, car elle n'était pas ouverte régulièrement (une fois par mois) et pouvait ainsi faire échapper aux responsables des situations non sécuritaires. Le comité a plutôt décidé de travailler sur une culture de la sécurité qui préconise que les risques sont l'affaire de tous, que ces derniers n'ont pas à être déclarés de manière anonyme et que, bien au contraire, ils doivent être adressés le plus tôt possible aux personnes concernées.

### Événements sentinelles

Huit événements sentinelles ont été traités au cours de l'exercice 2018-2019.



## Événements par gravité et type d'événement

En 2018-2019, il y a eu 886 événements déclarés :

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NIVEAUX DE GRAVITÉ										
	1	2	3	4	5	6	7	8	ND	TOTAL	%
Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation		1	12	4	5					22	2,50
Autres	2	11	21	47	203	2			6	292	32,95
Bâtiment			1							1	0,11
Chute		3	22	150	32	6	5	1	5	224	25,29
Diète	2	7	12	2						23	2,60
Effets personnels	2	6	12	1	2					23	2,60
Équipement	29	61	71	2					1	164	18,51
Matériel	4	5								9	1,01
Médicament	2	14	91	9	4	1	1			122	13,76
Traitement/ Intervention			5		1					6	0,67
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>108</b>	<b>247</b>	<b>215</b>	<b>247</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>886</b>	<b>100%</b>

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

### 6.3. Examen des plaintes et de la promotion des droits

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

## Dossiers d'insatisfaction

	2018-2019	2017-2018
Plaintes	2	1
Interventions	0	2
Assistances	5	2
Consultations	0	1
Plaintes médicales	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>6</b>

### Plaintes

Au cours de l'exercice 2018-2019, deux plaintes ont été acheminées au commissaire. Une concerne les soins et services spécifiques à une personne hébergée, pour laquelle, trois mesures ont été mises en place. La deuxième a été jugée hors de la compétence du commissaire.

### Interventions

Aucun dossier d'intervention n'a été ouvert au cours de l'année 2018-2019.

### Assistances

Cinq demandes d'assistance ont été reçues dans l'année. Les dossiers d'assistance sont traités rapidement avec le soutien des gestionnaires responsables de chacun des services concernés.

### Consultations

Aucun dossier de consultation n'a été ouvert au cours de la période 2018-2019.

### Plaintes médicales

Aucun dossier relatif à une plainte médicale n'a été acheminé au commissaire pour l'année 2018-2019.

### Recommandations

La commissaire n'a pas émis de recommandation pour 2018-2019 concernant l'étude des dossiers traités.

### État des dossiers de plainte transmis au 2<sup>e</sup> palier

Aucun dossier de plainte n'a été transmis au 2<sup>e</sup> palier.

### Activités d'un médecin examinateur

Aucun dossier de plainte médicale n'a été reçu durant la période 2018-2019.

### Activités du comité de révision

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

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

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

### Volet promotion

Les affiches et dépliants du Ministère ainsi que les nouveaux formulaires sont bien en vue et à la disponibilité des personnes hébergées dans le hall d'entrée.

Les dépliants du Ministère sont uniquement disponibles par Internet et des copies sont faites, au besoin.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé à la journée sur la sécurité des soins et des services, le 15 novembre 2018, dans le cadre de la *Semaine nationale sur la sécurité des usagers*. Elle y a tenu un kiosque d'information sur la bienveillance et la divulgation d'actes répréhensibles, en collaboration avec le comité des usagers.

### Volet administratif

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

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a fait une présentation aux personnes hébergées et à leurs proches le 11 avril 2018, sur le thème de la maltraitance. Elle a également présenté les éléments du régime d'examen des plaintes et répondu aux questions des personnes hébergées et de leurs familles, sur le droit des usagers.

## 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 2018-2019, à la sédation palliative ni à l'aide médicale à mourir.

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	22
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1

## 8. Ressources humaines de l'établissement

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

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
<b>Personnel-cadre (en date du 31 mars)</b>				
Temps complet nombre de personnes (Note 1)	1	10	13	-3
Temps partiel (Note 1):				
– Nombre de personnes	2	2	6	-4
– Équivalent temps complet (Note 4)	3	-	-	-
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	-	-	-
<b>Personnel régulier (en date du 31 mars)</b>				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	81	79	2
Temps partiel (Note 2)				
– Nombre de personnes	6	90	112	-22
– Équivalent temps complet (Note 4)	7	51.10	55.79	-4.69
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	-	-	-
<b>Personnel non-détenteur de postes (occasionnels)</b>				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	91 524	76 654	-14 870
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	48,00	38,85	9,15

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

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

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

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

## 9. Divulgence des actes répréhensibles

---

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

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



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

## PRÉAMBULE

---

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

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

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

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

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

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

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



## DISPOSITIONS LÉGALES

---

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

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

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS

---

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

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

## MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

---

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

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

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

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

## IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

---

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

## PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

---

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

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

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

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

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

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

---

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

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

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

## MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

---

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

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

## MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

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

## Annexe 1

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

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

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

**CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES**

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

\_\_\_\_\_  
Signature du membre du Conseil d'administration

\_\_\_\_\_  
Date

## Annexe 2

### DÉCLARATION DES INTÉRÊTS du membre du Conseil d'administration

Annuelle       En cours d'année       Déclaration pour l'année \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ administrateur/administratrice du  
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, déclare les intérêts suivants :

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

---

---

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. Je déclare être placé(e) dans la ou les situations potentielles de conflits d'intérêts suivantes entre mon intérêt personnel ou celui de l'un de mes proches et celui du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes
3. .  
➤ Non       Oui

---

---

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.



4. J'agis à titre d'administrateur/administratrice d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but non lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

➤ Non [ ]      Oui [ ]

---

---

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

5. J'occupe le ou les emplois suivants :

Emploi

Employeur

---

---

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

---

---

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

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À \_\_\_\_\_,      LE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du membre du Conseil d'administration



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

