

5.4.2 – CA 21 juillet 2021



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2020-2021

Centre d'hébergement
et de soins de longue durée (CHSLD)

Établissement numéro : 1232 – 6849

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale	3
Déclaration de fiabilité	5
Présentation de la Résidence Angelica	6
Il était une fois	6
Mission de la Résidence Angelica en tant que CHSLD	6
Mission du Centre de jour Angelica	7
Mission de la section locataire	7
Vision.....	7
Valeurs organisationnelles	8
Respect.....	8
Responsabilisation	8
Reconnaissance.....	8
Valeurs directrices.....	8
Principes de gestion	8
Structure organisationnelle	9
Liste des conseils et comités de l'établissement	10
Le conseil d'administration et ses comités.....	10
Le conseil d'administration	10
Le comité de vigilance et de la qualité	10
Le comité des usagers	11
Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	12
Le comité de gestion de risques.....	13
Le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services	16
Rapport annuel des plaintes	16
Promotion du régime et respect des droits	18
Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle	19
Direction des services techniques	23
Direction des ressources humaines.....	25
Service accueil, archives et communication	28
Direction des ressources financières et informationnelles	30
Direction des services professionnels	31
Application de la politique sur les soins de fin de vie.....	32
Service de pastorale	33
Ressources financières	34
Répartition des charges brutes par programme	34
Actes répréhensibles.....	34
Annexe.....	35
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (révisé en février 2020)	35

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

L'année 2020-2021 restera dans toutes les mémoires, l'année de la pandémie de COVID-19. À la Résidence Angelica, cela a signifié plusieurs bouleversements autant pour l'aménagement de zones chaudes, tièdes et froides que pour le nombre élevé de cas chez les résidents et les employés.

Toutefois, après la première vague, la mise en place de procédures et la grande collaboration des employés ont permis une amélioration notable de notre situation, si bien que nous avons subi moins de répercussions lors de la deuxième vague et avons eu le bonheur d'échapper complètement à la troisième.

La baisse des admissions, conséquence directe de la pandémie, a représenté un point tournant pour nous car, normalement, la presque totalité de nos lits sont occupés en toute saison. Comme nous manquions aussi de personnel à la direction des soins et compte tenu de l'augmentation des mesures à suivre, cela a favorisé le maintien de services adéquats.

Par ailleurs, afin de briser l'isolement de la clientèle lors du confinement et pallier à l'absence de visiteurs, des mécanismes ont été développés afin que les résidents puissent communiquer avec leurs familles et amis; entre autres, des aides de service ont réalisé des appels virtuels sur des tablettes électroniques offertes par de généreux donateurs; le confinement leur a donc semblé moins lourd.

Soulignons aussi des événements positifs tels que l'ajout d'une nouvelle direction des ressources financières et informationnelles avec un nouveau directeur et l'arrivée d'un informaticien « maison » devenu rapidement essentiel à notre fonctionnement quotidien. De nombreux projets d'informatisation sont d'ailleurs en cours et faciliteront la tâche pour tous.

À la direction des ressources humaines, nous avons mis à jour la liste de rappel et la procédure d'embauche, tout en ciblant plus efficacement le bien-être de notre personnel. Le service a aussi travaillé de concert avec la direction des soins, accueillant nos nouveaux préposés aux bénéficiaires boursiers.

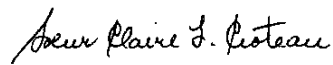
Concernant les services professionnels, notre volet pharmacie a connu un virage complet en fusionnant avec celui de l'Hôpital Marie-Clarac. Une excellente occasion pour nos deux établissements, déjà très proches, d'améliorer leur collaboration tout en poursuivant l'œuvre de la congrégation des Sœurs de Charité de Ste-Marie.

Les services techniques ont aussi vécu des moments très exigeants pendant la pandémie, particulièrement en raison des nombreux transferts de lits. L'ajout de climatiseurs à plusieurs endroits a rendu l'environnement plus agréable pour nos résidents.

Alors que cette année de pandémie est derrière nous, la Résidence Angelica souhaite se concentrer sur la réalisation de projets mobilisateurs, visant le mieux-être de sa précieuse clientèle et contribuant à rendre le milieu de travail toujours plus agréable.



Sœur Pierre Anne Mandato
Présidente du conseil d'administration



Sœur Claire L. Croteau
Directrice générale

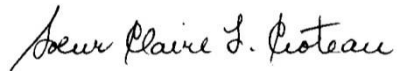
Déclaration de fiabilité

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2020-2021 de la Résidence Angelica :

- 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, qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce 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 au 31 mars 2021.



Sœur Claire L. Croteau
Directrice générale

Présentation de la Résidence Angelica

Il était une fois ...

La Résidence Angelica est l'œuvre de la congrégation des Sœurs de Charité de Sainte-Marie et sa dénomination constitue un hommage à sa fondatrice, Mère Marie Louise Angelica Clarac.

Construite en 1967-1968, la Résidence a accueilli ses premiers résidents le 27 décembre 1968.

Sise au 3435, boulevard Gouin Est, la Résidence se trouve aujourd'hui sur le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

En mars 1997, elle ouvre le Centre de jour Angelica et en mai 2002, le Centre de jour de Montréal-Nord lui cède ses opérations. La clientèle et le personnel ont donc été intégrés au Centre de jour Angelica.

En 1999 et 2000, d'importants travaux de réaménagement sont réalisés sur cinq (5) unités de vie afin de les adapter pour y accueillir une clientèle en lourde perte d'autonomie. De plus, des travaux effectués en 2007-2008 ont permis d'éliminer les chambres de plus de deux (2) lits et d'aménager des locaux plus fonctionnels pour la clientèle.

Pendant l'année financière 2018-2019, la Résidence a célébré ses 50 ans.

Mission de la Résidence Angelica en tant que CHSLD

La Résidence Angelica est un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné dont la mission est d'offrir de façon temporaire ou permanente « un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage ». (Article 83 de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*).

À cette fin, la Résidence désire offrir un milieu de vie agréable, stimulant et résolument axé sur les besoins biopsychosociaux et spirituels de sa clientèle. Prônant une approche humanisante et chaleureuse, la Résidence évalue périodiquement les besoins de sa clientèle et dispense les services de façon personnalisée, respectueuse et bienveillante, le tout selon des standards de sécurité et de qualité reconnus.

Mission du Centre de jour Angelica

Le Centre de jour Angelica est « une ressource qui offre à une clientèle inscrite et qui présente une perte d'autonomie pouvant entraver son maintien à domicile, des programmes et des activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation ».

Mission de la section locataire

La Résidence Angelica a une section locataire s'adressant aux personnes âgées autonomes du 16^e au 20^e étage. Cette section comprend 45 logements de 1,5 pièce et 30 logements de 2,5 pièces.

La mission est d'offrir des services de sécurité, des soins infirmiers en cas d'urgence, des services de pastorale et de loisirs.

La Résidence Angelica encourage les personnes âgées à demeurer autonomes et indépendantes tout en maintenant leurs occupations. De plus, la Résidence a pour but d'édifier, de maintenir, d'administrer et de développer un milieu de vie et de bien-être pour fournir à des personnes âgées un domicile leur permettant de vivre en toute sécurité et dans l'atmosphère d'un véritable esprit de famille.

Vision

La Résidence Angelica vise à devenir:

- **Pour ses résidents**, un centre d'hébergement et de soins de longue durée reconnu comme un modèle de qualité de milieu de vie substitut;
- **Pour ses usagers**, un Centre de jour qui se démarque par la qualité de ses services;
- **Pour l'ensemble de son personnel**, un milieu de travail agréable, sécuritaire et dynamique qui allie le développement des compétences et l'implication personnelle à la vitalité organisationnelle;
- **Pour les familles et les proches**, un établissement qui offre du soutien aux aidants de nos résidents et de nos usagers.

Valeurs organisationnelles

Notre force s'enracine dans l'arrimage des **3R** :

- R**espect
- R**esponsabilisation
- R**econnaissance

Ces valeurs sont communes et se retrouvent dans le code d'éthique et de déontologie qui régit le comportement du personnel et des administrateurs de la Résidence Angelica.

Respect

Traiter l'autre comme nous souhaiterions que l'on nous traite.

Responsabilisation

Prendre conscience des conséquences de ses choix et de ses actes, c'est-à-dire, les assumer et être prêt à en répondre individuellement, collectivement et socialement.

Reconnaissance

Reconnaître les bonnes performances et les compétences des employés de façon régulière, officiellement ou officieusement.

Valeurs directrices

Pour une gouverne efficace et durable qui respecte la mission de l'établissement, le conseil d'administration reconnaît cinq autres valeurs qui guideront la direction dans la réalisation de la mission/vision de l'établissement. Ce sont :

- Le leadership;
- La collaboration;
- Le partage;
- Le partenariat;
- L'imputabilité.

Principes de gestion

En concordance avec les valeurs organisationnelles de l'établissement, la direction fonde ses interventions sur les principes de gestion suivants :

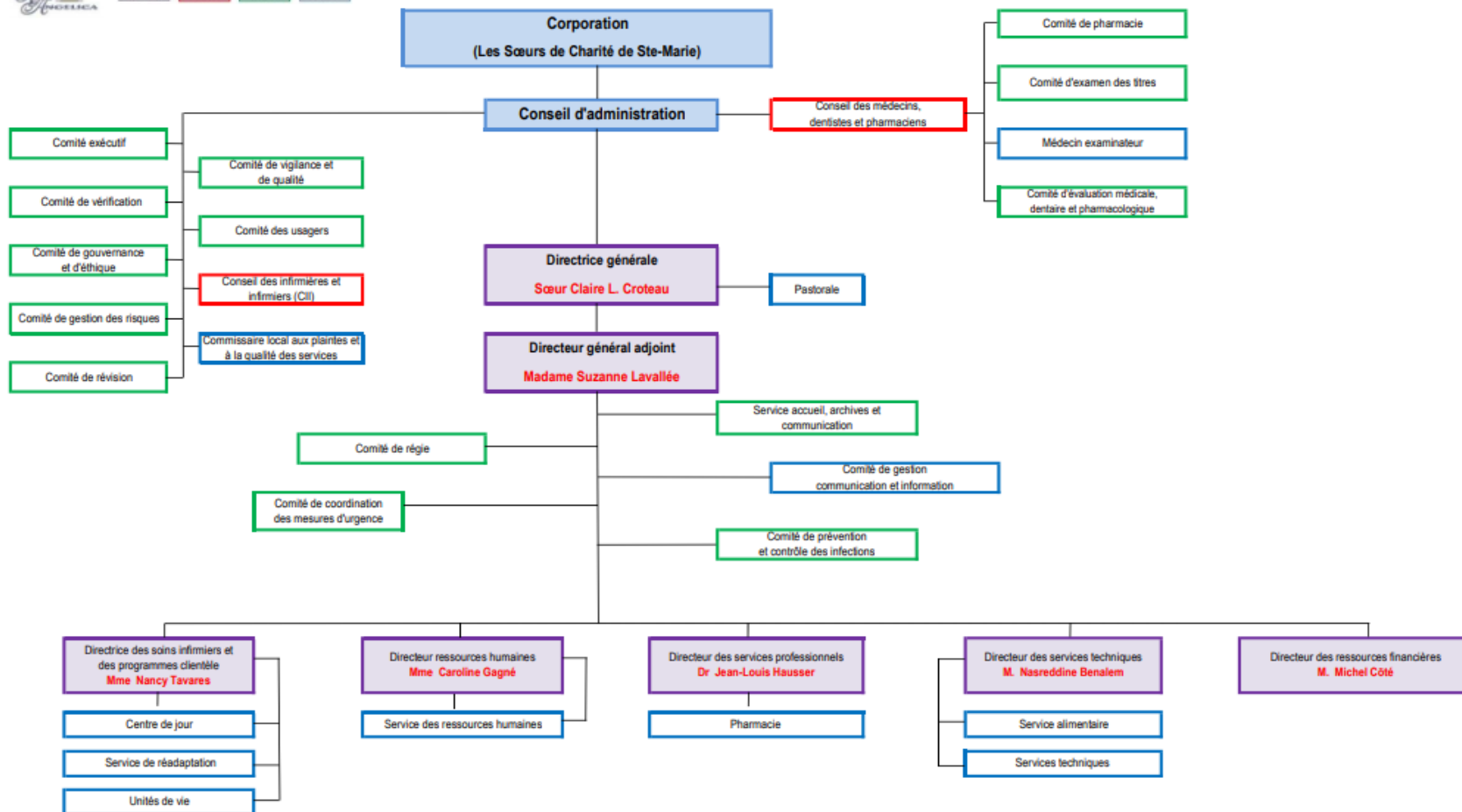
- Les besoins en soins et services du résident ou usager sont satisfaits en fonction des ressources disponibles;
- Les impacts à la fois sur les résultats cliniques et financiers, ainsi que sur les ressources humaines sont pris en compte dans le processus de décision;
- L'intégration des services, la collaboration et le maintien d'un environnement adéquat et d'un climat de travail harmonieux sont des facteurs de réussite autant dans la gestion de projet que dans la gestion quotidienne des activités;
- Le développement et le maintien d'une culture organisationnelle axée sur l'éthique, la sécurité et l'amélioration continue de la qualité sont des conditions essentielles à la réalisation de la vision/mission de l'établissement.

Structure organisationnelle



ORGANIGRAMME

Direction Conseil Comité Service



Liste des conseils et comités de l'établissement

CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ EXÉCUTIF DU CA

COMITÉ DE VÉRIFICATION

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

COMITÉ DES USAGERS

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

COMITÉ DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le conseil d'administration et ses comités

Le conseil d'administration

Au 31 mars 2021, le conseil d'administration de la Résidence Angelica est constitué de :

Sœur Pierre Anne Mandato, présidente

Sœur Martine Côté, vice-présidente

Sœur Claire L. Croteau, secrétaire et directrice générale

Madame Sylvie Quirouet, membre (démission automne 2020)

Monsieur Vincent Giangaspero, membre (démission hiver 2020)

Madame Sylvie Lacombe, membre

Monsieur Louis De Grandmont, membre

Au cours de l'exercice financier 2020-2021, le conseil d'administration n'a traité aucun cas de manquement lié au code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de la Résidence Angelica.

Le comité de vigilance et de la qualité

Au cours du dernier exercice, le comité de vigilance a veillé à ce que la Résidence Angelica s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité de services ainsi que de la sécurité des usagers.

Étant donné la pandémie, le comité de vigilance a tenu une (1) rencontre, soit le 13 novembre 2020.

Au cours de celle-ci, le comité a assuré les suivis découlant :

- Des rapports de plaintes présentés par la commissaire locale aux plaintes;
- Des rapports de la gestion des risques;
- Des activités en lien avec les mesures sanitaires de la COVID-19 et de la situation de l'établissement.

Nous avons pu constater que les plaintes sont traitées avec diligence et efficacité à la satisfaction des personnes concernées. De plus, plusieurs actions sont en cours ou ont été réalisées afin que la Résidence Angelica soit un milieu sécuritaire pour les résidents. La situation de la COVID-19 a été traitée de façon rigoureuse en mettant de nombreuses mesures en place pour éviter les éclosions et la propagation.

En conclusion, le comité de vigilance souhaite féliciter les membres du conseil d'administration et le personnel qui dispense des soins de grande qualité en regard du nombre limité d'événements et de plaintes qui, par ailleurs, sont pris en charge avec professionnalisme et rigueur.

Depuis plusieurs mois, dans le contexte de la pandémie, nous sommes conscients de tous les ajustements importants que la situation exige. Nous désirons souligner tous les efforts soutenus jour après jour afin de maintenir la qualité des soins et la sécurité des résidents dans ce contexte hors du commun.

Maryse Binette, CRHA
Présidente

Le comité des usagers

Le mandat du comité des usagers est le suivant :

- Renseigner les résidents, usagers et familles sur leurs droits et leurs obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents et des usagers;
- Évaluer les degrés de satisfaction des résidents et usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des résidents et usagers ou à la demande d'un résident ou usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de toute autorité compétente;
- Accompagner et assister, sur demande, un résident ou usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter plainte;
- S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement du comité des usagers et veiller à ce qu'il dispose des ressources nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Le comité a tenu huit rencontres, au cours de l'année 2020-2021, et a rencontré la Direction générale à deux reprises.

Priorités et réalisations 2020-2021

- Faire la promotion de l'existence du comité des usagers;
- S'assurer que le local est visible à notre clientèle;
- Afficher la liste des membres sur tous les étages du CHSLD et à la réception de celle-ci et du Centre de jour;
- Distribuer le dépliant du comité des usagers aux résidents du CHSLD et du Centre de jour, lors de l'admission;
- Afficher les dépliants du comité des usagers et s'assurer qu'ils soient présents aux tableaux d'affichage dans toutes les unités de vie et au Centre de jour;

- Par ailleurs, au cours de cette année, le comité n'a pas été en mesure de distribuer ses articles promotionnels considérant l'interdiction des visites, selon les consignes du gouvernement en temps de pandémie;
- Garder comme objectif principal l'amélioration de la qualité des conditions de vie dans le milieu en apportant des suggestions et commentaires à la Direction générale. Le comité des usagers a reçu plusieurs commentaires et/ou plaintes sur la nourriture. Ces commentaires ont été rapportés à la direction afin d'assurer la qualité des repas. Un plan d'action a été présenté;
- L'assemblée générale annuelle et le colloque du RPCU (Regroupement provincial des comités des usagers) ainsi que l'assemblée générale annuelle du Comité des usagers n'ont pas eu lieu en raison de la pandémie;
- Depuis mars 2020, les visites des résidents sur leurs unités de vie ont été suspendues;
- De concert avec la Direction des soins infirmiers, identifier des solutions au regard de différents irritants soulevés par nos résidents vivant à la Résidence;
- Rechercher des activités afin de resserrer les liens entre les résidents, leurs familles et le personnel de l'établissement;
- Invitations adressées au commissaire aux plaintes afin d'informer les membres du comité des situations ayant nécessité son intervention, en respectant la confidentialité;
- Participation aux rencontres virtuelles du Comité de gestion des risques;
- Annulation d'événements ponctuels dans le contexte de la pandémie : semaine des droits des usagers, fêtes mensuelles d'accueil des nouveaux résidents;
- Réalisation d'un sondage par une firme indépendante; les résultats n'ont pas encore été présentés à la direction de la Résidence.

Carmela Contrino
Présidente

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le CMDP exerce son mandat, tel que défini à l'article 214 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), sous l'autorité du conseil d'administration. Il voit principalement au contrôle et à l'appréciation de la qualité et de la pertinence des actes posés par ses membres, l'évaluation et le maintien de la compétence de ceux-ci, l'évaluation de la candidature d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien en fonction de critères définis, l'étude des plaintes relevant de sa compétence, et la participation de ses membres à des comités médicaux, professionnels, scientifiques ou administratifs.

Principales réalisations de l'année

- Tenue d'une rencontre au cours de l'année 2020-2021;
- Des études de dossiers ont été effectuées pour surveiller la tenue des dossiers et la qualité des traitements pharmacologiques;
- Le comité d'examen des titres s'est réuni afin d'approuver et de recommander au conseil d'administration la nomination des pharmaciens de l'Hôpital Marie-Clarac.

Le comité de gestion de risques

Compte tenu du contexte de la pandémie, le comité de gestion des risques a tenu deux réunions au cours de l'année, soit le 7 décembre 2020 et le 19 avril 2021. L'objectif général du comité est d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services, en respectant les exigences de la LSSSS ainsi que la conformité aux normes et pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada.

Promotion d'une culture de sécurité, en particulier la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

La promotion d'une culture juste en matière de sécurité a été réalisée de diverses façons, dont:

- La publication mensuelle d'un bulletin d'information et de sensibilisation à tout le personnel de la Résidence permettant de faire le lien entre la gestion des risques, les activités et la mission de l'organisation;
- La diffusion au personnel via les membres du comité des chutes et des gestionnaires, d'information relative au tableau de bord de gestion des risques;
- L'organisation de séances d'information et de formation au personnel sur divers sujets relatifs à la sécurité des usagers.

Mise en place d'un suivi intégré de la qualité de la gestion des risques au sein de l'établissement

La sollicitation des différents partenaires internes travaillant à l'amélioration de l'expérience de vie des résidents a permis de dresser un portrait global des risques réels et potentiels sur lesquels a travaillé le comité.

Le redémarrage du comité de prévention des chutes a permis, cette année, de revoir et de mettre à jour le programme de prévention des chutes ainsi que tous les outils qui supportent ce processus.

Les tableaux de suivis des différents mécanismes de mitigation des risques adoptés nous montrent l'évolution et le niveau d'atteinte des objectifs spécifiques que s'est fixés le comité à la reprise des travaux au 2^e trimestre 2021-2022.

Analyse des recommandations des différents rapports du Coroner

- L'analyse des recommandations des différents rapports du Coroner a permis aux membres de valider et de mettre à jour les mécanismes de gestion des risques liés aux soins et à la mission de la Résidence;
- Une formation RCR est prévue prochainement afin d'améliorer la gestion des événements touchant les résidents et de promouvoir une culture de sécurité et de vigilance quant aux signes entourant la prestation des soins et services.

Tableau de suivis des alertes, avis et rappels

Nous avons eu trois alertes qui ont été analysées et traitées.

Suivi des événements sentinelles

Cette année, nous déplorons un événement sentinelle ayant entraîné le décès d'un résident en post chute. L'analyse et le suivi ont été réalisés et des recommandations ont été proposées aux membres du comité.

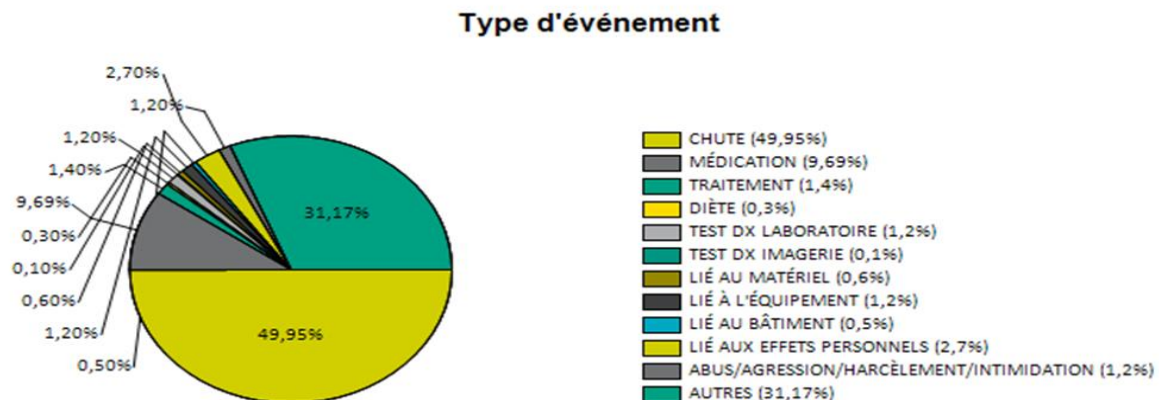
Déclaration des incidents et des accidents

La saisie des rapports AH-223 est réalisée dans le registre national via l'application locale SSSS selon les délais exigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En comparaison de l'année précédente, les éléments suivants sont à souligner.

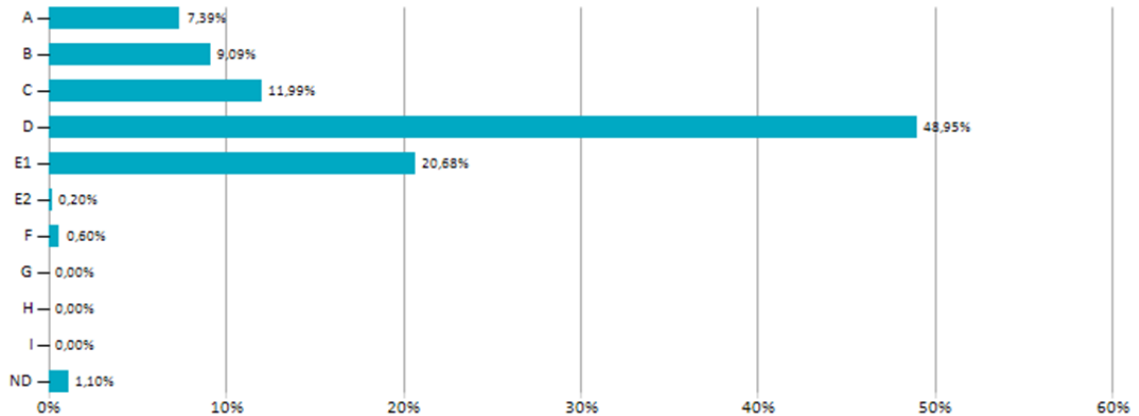
Il y a une baisse significative du nombre d'événements déclarés (1001 vs 140). Nous pouvons présumer que la pandémie et ses conséquences ont eu un effet sur la déclaration des événements. De la sensibilisation et de la formation seront données au cours de la prochaine année afin de s'assurer de l'application des directives en matière de déclaration.

Le taux de déclaration des événements en lien avec la médication est le même, mais reste à surveiller. Il est de 10 % pour 1000 jours de présence. Le taux de chute reste sensiblement le même (49,95 % vs 50 %/1000 jours de présence).

Le graphique ci-dessous indique la proportion des événements déclarés par type.



Concernant la gravité des événements déclarés, 16 % sont de gravité A et B; ils n'ont donc pas touché directement les résidents. Par ailleurs, 48 % des événements déclarés sont de gravité D, mais correspondent aux caractéristiques du profil de la clientèle, tandis que 21 % des événements déclarés sont de gravité E1.



Principaux motifs liés à l'échelle de gravité

- A : Chute;
- B : Médication, traitement, diète;
- C : Test diagnostique;
- D : Retraitement des dispositifs médicaux;
- E : Matériel, équipement, bâtiment, effets personnels.

Objectifs spécifiques 2021-2022

- Renforcer la culture de sécurité au sein de l'établissement par le soutien et la formation des gestionnaires et du personnel;
- Réaliser un bilan comparatif des chutes et soutenir la mise en place des lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux en la matière;
- Dispenser la formation et effectuer la mise à jour des procédures relatives aux nouvelles lignes directrices du MSSS sur la déclaration des incidents et accidents;
- Impliquer davantage les membres du comité et les gestionnaires dans l'analyse des rapports et recommandations du Coroner afin d'optimiser les pratiques en ce qui concerne l'amélioration continue.

Lydia Maurin

Conseillère gestion des risques et milieu de vie

Le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, nommé par le conseil d'administration de la Résidence Angelica, veille au respect des droits et des responsabilités des usagers et au traitement confidentiel de leurs plaintes. Le commissaire doit aussi s'assurer de promouvoir la qualité des services et le respect des droits des usagers, de donner son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet le conseil d'administration ou tout autre conseil ou comité de l'établissement, incluant le comité des usagers et le comité de vigilance.

Tel que prévu à l'article 25 de la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*, le commissaire doit produire une reddition de comptes annuelle dans le cadre des divulgations reçues et leur suivi. Aussi, assumer une responsabilité conjointe avec la personne désignée par l'établissement dans le cadre de l'application de la Loi 115, visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Rapport annuel des plaintes

Du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 - 22 dossiers :

- 10 dossiers de plaintes;
- 8 dossiers d'assistance;
- 3 dossiers de consultation;
- 1 dossier de plainte médicale adressé au médecin examinateur;
- Aucune plainte adressée en deuxième recours au bureau du Protecteur du citoyen;
- Aucune divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics;
- Aucune déclaration relative à l'application de la Loi 115 *Maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Plaintes du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021	Angelica	Objet	Plaintes	Assistance
En voie de traitement au début de l'exercice	0	Accessibilité et continuité	3	0
Reçues	10	Soins et services dispensés	6	1
Conclues	10	Relations interpersonnelles	3	0
Protecteur du citoyen	0	Organisation du milieu et ressources matérielles	3	4
Médecin examinateur Non conclue	1	Droits particuliers	4	2
		Services financiers	0	1

NOTE : Une plainte peut contenir plus d'un objet de plainte

Mode de dépôt des plaintes		Auteur		Délai de traitement	.
Verbalement	11	Usager	0	1 à 45 jours	10
Par écrit	0	Représentant	11	46 à 60 jours	0

Suites données aux plaintes conclues :	
Nature des mesures correctives appliquées ou recommandées	
Démarche d'amélioration pour adaptation des services	
Adaptation des soins et services	3
Adaptation du milieu et de l'environnement	1
Ajustement financier	1
Respect des droits	
Amélioration des communications	1
Mesures d'encadrement	1
Rappel /Adoption/Révision règles politiques	
Evaluation ou réévaluation des besoins	
Formation du personnel	1
Ajustement technique ou matériel	
Amélioration des conditions de vie	
Ajout de services ou de ressources	
Information sensibilisation des intervenants	1
Respect des droits	
Information clarification	7

Objectifs spécifiques 2021-2022

Le commissariat aux plaintes poursuivra les mêmes mandats que ceux prévus par la Loi portant sur le régime d'examen des plaintes dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes visant l'amélioration continue de la qualité des services, en prêtant assistance à l'utilisateur, un proche ou sa famille, pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à celle-ci. Notamment, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Conformément aux modalités édictées par la Loi 52, les plaintes de la Résidence Angelica seront prises en charge, en date du 1^{er} juin 2021, par le commissariat du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Promotion du régime et respect des droits

Nature des activités :

Participation aux comités mensuels des usagers, au comité de vigilance et au comité sur la maltraitance :

- Rencontres et consultations du personnel et des membres de la Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle sur le mandat du commissaire et sa philosophie d'intervention;
- Participation aux journées d'accueil des nouveaux résidents (ces rencontres ont diminué en nombre cette année étant donné la pandémie) en collaboration avec le comité des usagers pour accueillir les usagers et leurs familles et leur partager la démarche d'amélioration continue de la qualité des services qui demeurent des mandats partagés entre ces deux instances;
- Planification d'activités promotionnelles reliées à la promotion des droits des usagers et au régime d'examen des plaintes et à la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics;
- Participation aux visites ministérielles et à la visite d'agrément de l'établissement s'il y a lieu
- Révision, pour approbation par le conseil d'administration, du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers de la Résidence Angelica, s'il y a lieu;
- Appropriation et formation relative aux modalités d'application de la Loi 115 et modalités prévues à l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics.

Note : En raison des restrictions sanitaires émises par le MSSS en 2020 et 2021, afin d'éviter la propagation du virus de la COVID-19 auprès des usagers vulnérables en CHSLD, le travail du commissaire aux plaintes s'est effectué en télétravail en date de la mi-février 2020 jusqu'au 31 mars 2021. Cela n'a pas permis d'assister aux rencontres prévues en personne, mais les communications se sont réalisées par vidéoconférence et les rapports d'étapes ont été transmis aux responsables des différents comités. Les plaintes et autres dossiers furent traités par voie téléphonique et les conclusions transmises par courriels ou voie postale.

En conclusion, l'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services vise divers objectifs permettant d'agir dans le traitement des plaintes reçues afin de protéger les personnes dont les droits pourraient être lésés, et déterminer, s'il y a lieu d'appliquer des mesures correctives. Enfin, le commissaire doit formuler, le cas échéant, des recommandations touchant la satisfaction des usagers et la prévention de situations jugées indésirables.

Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle

La Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle encadre le volet de la gestion et de la prestation des soins et des services. Cette direction soutenue par cinq chefs d'unités, quatre chefs d'activités et un chef au Centre de jour, veille à maintenir l'excellence de l'offre de service.

Cette année a été particulièrement marquée par la pandémie de la COVID-19. Les objectifs et les efforts de la Direction des soins infirmiers ont principalement visé à assurer la mise en place des mesures sanitaires en hébergement, le tout, pour assurer la sécurité des résidents et des employés dans la dispensation des soins et des services. Certaines réalisations ont dû être reportées, tandis que d'autres ont vu le jour afin de répondre aux besoins émanant de la clientèle.

Amélioration continue de la qualité du milieu de vie

Lors de la 1^{re} vague, en raison du besoin pressant de constituer différentes zones pour protéger la clientèle, les travaux de déplacement de la clientèle des différents milieux d'accompagnement adaptés (MAA) ont dû être momentanément mis sur la glace. Ceux-ci ont repris durant la période estivale 2020. Le pourcentage de résidents dans son milieu attitré dépasse 50 %, pour toutes les unités.

Sommaire	2A (mix)	3A (mix)	2B (err)	3B (glo)	5e (cog)	6e (cog)	7e (cog)	8e (phy)	9e (uni)	10e (phy)	11e (phy)	12e (tam)	
Nombre de lits	42	46	33	31	19	28	28	24	24	24	24	24	347
Lits de libre	14	18	3	1	4	0	1	0	2	0	0	15	58
Résidents sur le bon MAA (%)	n/a	n/a	82%	66%	53%	57%	74%	96%	100%	67%	83%	n/a	n/a

Les besoins de proximité des familles avec les résidents, le maintien des objectifs de partenariat avec les familles pour optimiser les milieux adaptés et un souci de transparence de l'information ont fait en sorte que les comités milieux de vie pour chaque milieu d'accompagnement (MAA de vie) voient le jour rapidement. À cette fin, une rencontre par mois a lieu avec le chef d'unités, les équipes, les résidents et les familles en visioconférence sur chaque unité.

Le chef du Centre de jour a développé, en collaboration avec le conseiller en prévention des infections, des formations adaptées pour les proches aidants ainsi que l'accompagnement dans les mesures sanitaires favorisant les visites sécurisées pour la clientèle.

Le comité milieu de vie organisationnel, s'assurant de soutenir les différents travaux des comités MAA de vie des unités, a aussi tenu sa première rencontre.

Des équipes d'agents de liaison ont été créées pour éviter l'isolement de la clientèle lors de la fermeture de la Résidence aux visiteurs et veiller au respect du nombre maximal de proches aidants acceptés. Cette équipe s'est agrandie en formant des préposés aux bénéficiaires dédiés à cette activité sur chacune des unités.

Suite à l'obtention de financement du MSSS, nous avons embauché une psychoéducatrice afin d'accompagner les équipes pour développer de meilleures pratiques d'approche auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement et d'adaptation.

Malgré toutes les contraintes liées aux mesures sanitaires et aux deux éclosions reliées à la COVID-19, les préposés aux bénéficiaires ont permis de bonifier l'offre de loisirs au quotidien chez la clientèle avec un total 149 activités de vie active et 348 activités dirigées sur les différentes unités.

L'équipe des techniques en réadaptation physique a mis en place des classes d'exercices auprès de la clientèle. Ce programme sera déployé sur toutes les unités au cours des prochains mois.

Les travaux pour l'aménagement de la salle Snoezelen ont débuté avec une firme externe.

Qualité des soins et des services

Ayant comme principale préoccupation d'assurer les meilleures pratiques en prévention et contrôles des infections pendant la pandémie, l'équipe des gestionnaires et des conseillers à la Direction des soins infirmiers, a revu les pratiques de façon rigoureuse. Au cours de la première vague avec éclosions, entre le 9 avril 2020 et la fin mai 2020, 224 résidents ont été atteints du virus, dont 69 en sont décédés. Conséquemment, des formations intensives ont été offertes à la totalité du personnel. Lors de la deuxième vague, nous avons vécu une petite éclosion durant la période des Fêtes. En cette troisième vague, nous sommes heureux de constater que nous n'avons aucun cas chez la clientèle. La majorité de nos résidents, soit 98 %, sont vaccinés.

Plusieurs mesures de sécurité, autant pour les employés que pour les résidents, ont été mises en place (station de contrôle des symptômes à l'entrée, contrôle de symptômes hebdomadaires sur les unités pour les résidents et les employés, système de livraison du matériel sécurisée en fonction des zones, identification de bulles-résidents par unités, etc.).

L'équipe a mis sur pied une salle de simulation. Des formations continues ont été données mensuellement aux employés (498 personnes), et ce, sur tous les quarts de travail. Ces formations couvrent, entre autres, le zonage, l'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle et les pratiques de soins.

En collaboration avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et la Croix-Rouge canadienne, 61 champions PCI ont été formés et certifiés sur la gestion d'éclosions, les mesures de précaution de bases, les précautions additionnelles et la gestion environnementale.

Des audits d'hygiène des mains ont été réalisés en continu afin d'atteindre un objectif de conformité de 100 %. Les résultats, au 31 mars 2021, sont les suivants :

Catégorie professionnelle	Mars 2021
Infirmières	98,11 %
Infirmières auxiliaires	90,27 %
Préposés aux bénéficiaires	72,13 %
Préposés entretien ménager	90 %

Au cours de l'année 2020-2021, 159 infections nosocomiales ont été enregistrées par rapport à 150 infections pour l'année précédente. Parmi ces infections, on note : les infections urinaires (51 %), les infections respiratoires (24 %) et les infections de la peau (17 %).

Nous avons poursuivi l'intégration du rôle des infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat (ICASI). Celles-ci ont des responsabilités liées à la conformité de l'application des différents programmes cliniques et à la qualité des indicateurs. Des grilles d'audits ont été développées pour soutenir les attentes cliniques des différents programmes.

Des formations sur l'approche auprès de la clientèle ainsi que l'éthique en droit sur l'intimité ont été dispensées auprès du personnel.

Une formation avec l'ASTASS a été dispensée afin de mettre sur pied une équipe de formateurs en principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).

En collaboration avec la Direction des ressources humaines, nous avons fait l'intégration de 20 préposés boursiers.

Au niveau de la gestion des plaies, nous notons une légère augmentation reliée à plusieurs facteurs soit : une meilleure déclaration des plaies, étant donné le suivi et le contrôle des ICASI, l'isolement en 1^{re} vague et les diminutions des activités, conséquence de la pandémie.

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Taux plaie de pression (%)	10,1 %	10,0 %	13,3 %

En ce qui a trait à l'application des mesures de contention, le travail interdisciplinaire se poursuit au sein des équipes et nos taux de contention sont toujours en diminution.

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Taux de contention (%)	5,47 %	3,0 %	2,0 %

Loisirs

Le service des loisirs a vécu de multiples chamboulements, causés par l'arrivée de la pandémie. Les modifications des unités en différentes zones ont perturbé la programmation d'activités offertes au quotidien.

L'équipe a été mobilisée auprès des unités de vie, de l'aide à l'alimentation, des activités individuelles, et comme agents de liaison.

Les bénévoles ont dû cesser leurs activités, à la suite de l'application des différentes recommandations formulées par le ministère et la Santé publique, en mars 2020.

Les principales réalisations :

- Création d'un cahier d'activités par les stagiaires: description des différents jeux;
- Création du cahier de chansons en italien et ses accompagnements musicaux;
- BBQ sur la terrasse du jardin pour l'ensemble des résidents, par bulle;
- Création des groupes d'activités en lien avec les différentes bulles par unité;
- Programmation multiple et diversifiée en lien avec chacun des MAA;
- Accueil de cinq stagiaires du niveau collégial en technique d'intervention en loisir tout au cours de l'année;
- Activités d'art collectives à l'unité d'errance.

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Participation (NB)	19 854	17 986	10 830
Temps (min)	962 781	917 323	417 708

Centre de jour

Le Centre de jour a repris ses activités le 8 septembre 2020, à la suite de la fermeture des activités le 17 mars 2020. L'ensemble de l'équipe a été délestée dans leurs activités cliniques lors de la 1^{re} vague afin de soutenir les besoins en hébergement.

Le soutien des intervenants du Centre de jour, jusqu'en septembre, a permis le maintien des activités essentielles, mais aussi le développement de nouvelles activités pour la Résidence Angelica. La formation et la mise en place des nouvelles fonctions telles que agents de liaison, animateurs d'activités sur les unités ou en individuel, aides à l'alimentation a été d'un grand soutien.

Le Centre de jour s'est doté d'une nouvelle gestion de paiements par prélèvement bancaire ainsi que d'un nouveau guide d'accueil afin d'aider nos usagers dans le retour aux activités de façon sécuritaire répondant aux normes sanitaires.

L'équipe a mis en place de nombreuses procédures en lien avec la pandémie, en collaboration avec le conseiller en PCI. Entre autres, la création des nouveaux groupes d'activités par bulle, le respect d'un minimum de croisements des usagers lors des arrivées et des départs, les repas en plateaux au début et à la réouverture de la salle à manger pour les aliments en vrac.

Malgré la fermeture du Centre, l'équipe a maintenu des liens avec les usagers de façon régulière. Des activités de soutien à distance ont été maintenues telles que l'envoi de cartes de Noël par les usagers aux membres de leurs familles et amis en guise de solidarité et de maintien des liens affectifs, la création d'une activité d'art collectif fait à domicile et retourné au centre pour fabrication d'une fresque collective ainsi qu'une collaboration des intervenants pivots du CSLSC dans certains dossiers.

Un financement provenant du MSSS a permis au Centre de jour de mettre en place une nouvelle salle multi sensorielle et l'arrivée d'une éducatrice spécialisée.

Objectifs spécifiques 2021-2022

La Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle poursuivra les objectifs suivants, au cours de l'année 2021-2022 :

- Revoir nos processus afin d'assurer une visite d'agrément reflétant l'excellence de nos services;
- Poursuivre la consolidation des objectifs d'amélioration des milieux d'accompagnements adaptés;
- Poursuivre la promotion de la PCI auprès de l'ensemble du personnel de la Résidence tout en offrant des formations complètes et adaptées aux différentes catégories professionnelles;
- Poursuivre les audits d'hygiène des mains afin d'atteindre la cible de 100 % en matière de conformité;
- Effectuer des mises à jour des protocoles internes de PCI;
- Assurer la visibilité du comité éthique et sensibiliser les intervenants à différents sujets d'ordre éthique;
- Développer un programme de formation et de sensibilisation en matière de principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).

Pour le Centre de jour,

- Poursuivre l'application du programme et l'outil d'évaluation sur les troubles de comportement;
- Bonifier l'offre de programmation des activités en lien avec les intérêts personnels et les besoins de la clientèle;
- Augmenter le nombre de groupes par jour afin d'optimiser les présences et répondre le mieux possible aux besoins des personnes âgées tout en respectant les mesures sanitaires;
- Maintenir un service de qualité et sécuritaire pour l'ensemble des usagers et des intervenants
- Réviser certaines des procédures internes.

En conclusion, la Direction de soins infirmiers et des programmes à la clientèle (DSIPC) maintient sa mobilisation dans l'évolution des normes de pratique et dans sa volonté d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés à la clientèle du Centre de Jour ainsi qu'aux résidents en milieu de vie. La réalisation des objectifs portés au plan d'action intégré de la DSIPC reste une priorité et assure une vigie des différents travaux en chantier.

Nancy Tavares
Directrice

Direction des services techniques

Au cours de la dernière année, la subvention octroyée par le MSSS a permis de finaliser les travaux de climatisation au sein de la Résidence. Par ailleurs, à la suite d'un contrôle de la qualité de l'air, les résultats ont démontré que le système d'aération fonctionne adéquatement, mais que le taux d'humidité de l'air était très bas. Pour remédier à cette situation, nous avons installé un nouvel humidificateur central. Nous avons aussi procédé au nettoyage de toutes les conduites d'air après la première vague du COVID-19.

Projets de rénovations fonctionnelles

Plusieurs travaux furent effectués au cours de l'année :

- Travaux d'installation des climatiseurs dans les corridors des unités de vie, dans la salle des résidents et la cafétéria au 4^e;
- Installation de 20 portes coulissantes dans les toilettes des chambres au 7^e et 3A;
- Peinture du 2^e étage au Centre de jour, 12^e et 3A côté tour;
- Mise à niveau de plusieurs logements de la Résidence pour personnes âgées (RPA);
- Installation de trois laveuses-sécheuses dans la lingerie pour augmenter la capacité de lavage et répondre aux besoins.

Service alimentaire

- Un nombre total de 390 449 repas furent servis cette année, comparativement à 496 378 en 2019-2020. Ce nombre s'explique par un taux d'occupation de 74 % et par l'absence des visiteurs et des usagers du Centre de jour durant la période de la COVID -19;
- 320 résidents ont reçu des services nutritionnels par l'équipe de nutritionnistes, au moins à une occasion au cours de l'année.

Buanderie lingerie

- Durant la pandémie, la buanderie lingerie a fonctionné 24 h/24 et 7 jours/7 afin de procéder au lavage de 267 579 kg comparativement à 269 309 kg l'an dernier;
- La lingerie a joué un rôle important, durant cette période, pour le lavage des éléments suivants :
 - Vêtements personnels des locataires et des résidents;
 - Uniformes des employés;
 - Jaquettes jaunes.

Service des installations matérielles

- L'entretien préventif du bâtiment et des équipements se fait en continu.

Entretien ménager

- Pour répondre aux besoins de désinfection, de prévention et de contrôle des infections (PCI) sur les unités de vie, nous avons fait appel aux services d'une firme externe pour renforcer l'équipe de l'entretien ménager;
- Nous avons augmenté le nombre d'employés sur les étages pour répondre aux besoins de désinfection et éviter la contamination croisée, durant la pandémie.

Objectifs spécifiques 2021-2022

- Compléter le plan des mesures d'urgence en élaborant toutes les procédures qui s'y rattachent;
- Mettre en place un programme d'audits en hygiène salubrité;
- Préparer la visite d'agrément;
- Réaliser le projet d'amélioration du service alimentaire selon les recommandations du MSSS;
- Entamer le projet de remplacement des portes-fenêtres.

En conclusion, le personnel de la Direction des services techniques ne ménage aucun effort pour donner un bon service aux résidents et aux membres du personnel qui servent les résidents, dans le but de répondre à leurs besoins.

Nasreddine Benalem
Directeur

Direction des ressources humaines

Cette année, la gestion de la pandémie a totalement changé les objectifs et a fait ressortir certains enjeux au sein de l'équipe de la Direction des ressources humaines. Une surcharge de travail a dû être gérée en ce qui a trait aux volets suivants : la gestion des absences, la planification de la main-d'œuvre, le recrutement et l'application des arrêtés ministériels en lien avec le respect des conventions collectives.

Nous avons procédé à l'embauche de plusieurs titres d'emploi pour rehausser la stabilité de notre personnel. Nous sommes fiers des résultats concernant les cibles identifiées.

La pandémie ayant créé un urgent besoin de main-d'œuvre, nous avons dû avoir recours à des aides de service. Ces employés avaient comme mandat de faire respecter les règles sanitaires, d'accompagner les résidents dans leurs déplacements et d'assister les préposés aux bénéficiaires dans certaines de leurs tâches.

TITRES D'EMPLOI	31 MARS 2021 NOMBRE D'EMBAUCHES	31 MARS 2020 NOMBRE D'EMBAUCHES
Infirmier	13	10
Infirmier auxiliaire	9	18
Préposé aux bénéficiaires	60	44
Thérapeute en réadaptation physique	3	0
Psychoéducateur	1	0
Éducateur	1	0
Mécanicien en orthèse et/ou prothèse	1	0
Personnel des services techniques	31	21
Personnel du service alimentaire	19	27
Personnel de bureau	18	7
Aide de service	28	0
Loisirs	0	1
Personnel d'encadrement	6	5

À l'été 2020, le ministère a fait l'annonce de deux changements importants. Le premier étant la *création d'une cohorte de boursiers*, à savoir la possibilité pour les gens intéressés à suivre un cours intensif d'une durée d'un été dans le but de devenir préposé aux bénéficiaires. De cette cohorte, 22 boursiers ont été embauchés à titre de préposés aux bénéficiaires.

Le second changement concernait une promesse d'engagement, à temps complet, pour les personnes de la cohorte de boursiers ayant réussi avec succès leur formation. Il prévoyait également le rehaussement de tous les postes à temps partiel pour les préposés aux bénéficiaires désirant devenir titulaires d'un poste à temps complet. Au total, quatre-vingt-douze (92) postes à temps partiel ont été rehaussés à temps complet.

Au cours de l'année, la Direction des ressources humaines a élaboré un plan d'action ciblant l'attraction, la rétention du personnel et l'augmentation de la présence au travail, ainsi que la disponibilité de la main-d'œuvre.

Malgré les actions effectuées au niveau du recrutement et tenant compte des budgets de développement reçus, nous avons dû avoir recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire.

	2020-2021	2019-2020
Infirmier	16 833 heures	11 657 heures
Infirmier auxiliaire	14 623 heures	8 840 heures
Préposé aux bénéficiaires	29 390 heures	23 455 heures

Dotation

Au 31 mars 2021, les effectifs en ressources humaines se répartissaient comme suit :

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTE	Exercice courant 2020-2021	Exercice précédent 2019-2020	Variation (C1-C2)
Personnel-cadre (en date du 31 mars)			
Temps complet, nombre de personnes	16	16	0
Temps partiel, nombre de personnes	4	5	(1)
Équivalents temps complet	2,46	1,46	1
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0	0	
Personnel régulier (en date du 31 mars)			
Temps complet, nombre de personnes	327	246	81
Temps partiel, nombre de personnes	93	164	(71)
Équivalents temps complet	42,42	94,44	(52,02)
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0	0	0
Personnel non-détenteur de poste (occasionnel)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	65 833	223 061	(157 228)
Équivalents temps complet	33,87	122,09	(88,22)

Formation

INDICATEURS	2020-2021	2019-2020
Formation du personnel syndiqué et non syndiqué	154 379 \$	131 886 \$
Formation du personnel d'encadrement	10 458 \$	34 434 \$
Total en formation	164 837 \$	166 320 \$

Reconnaissance / Valorisation

En plus de la reconnaissance du travail effectué au quotidien, la Résidence Angelica a souligné et reconnu la contribution de son personnel par plusieurs activités, dont en voici quelques-unes :

- Dîner de la rentrée en septembre;
- Fête de Noël : remise d'une boîte de chocolats à tous les employés;
- Saint-Valentin : les directeurs du Comité de régie ont servi à tous les employés un repas gratuit;
- Journée spécifique pour chaque catégorie d'emploi. Tous les titres d'emploi sont visés dans le cadre d'une journée spécifique.

Griefs et arbitrages

Nous entretenons de bonnes relations avec l'ensemble des accréditations syndicales. Des rencontres régulières (CRT) ont lieu et, en cas de besoin particulier, des rencontres sont tenues ponctuellement.

SYNDICATS	NOMBRE DE GRIEFS DÉPOSÉS EN 2020-2021	GRIEFS ACTIFS 31 MARS 2021	NOMBRE DE GRIEFS RÉGLÉS	NOMBRE ARBITRAGES/DOSSIERS RÉFÉRÉS EN CRT
APTS	5	5	0	0
SQEES (FTQ)	55	54	1	54
AIM (FIQP)	9	9	0	9

Politique pour prévenir et contrer la violence et le harcèlement en milieu de travail

La Résidence Angelica s'assure que le milieu de travail soit sain, et ce, pour l'ensemble des employés. Pour ce faire, une politique a été adoptée et diffusée auprès du personnel, ainsi qu'à toutes les personnes ayant un lien avec la Résidence Angelica (familles, bénévoles, fournisseurs, etc.).

Au cours de l'exercice 2020-2021, la Direction des ressources humaines a eu à traiter les plaintes suivantes :

PLAINTES DÉPOSÉES	PLAINTES RECEVABLES	MESURES DISCIPLINAIRES PRISES
10	4	4

MESURES APPLIQUÉES AU REGARD DES PLAINTES DÉPOSÉES	NOMBRE
Avis verbal	1
Congédiement	1
Déplacement de l'employé	1
Lettre disciplinaire	1
Rencontre de mise au point	5
Suspension	1

Objectifs 2021-2022

La Direction des ressources humaines verra à :

- Réviser certaines des politiques et procédures relevant de son secteur d'activités;
- Collaborer à la préparation de la visite d'Agrément Canada;
- Collaborer, avec la Direction des ressources financières et informationnelles, au déploiement du guichet Virtuo Web pour l'accès aux informations et documents produits par le service de la paie et notre direction;
- Réviser et optimiser plusieurs processus internes dont :
 - Activités de remplacement;
 - Programme de développement des compétences;
 - Reconnaissance;
 - Civilité au travail.

En conclusion, plusieurs opportunités de changement s'offrent à la Direction des ressources humaines pour l'année à venir. Nous sommes persuadés qu'en travaillant en étroite collaboration avec les autres directions de la Résidence, nous saurons faire en sorte que notre personnel puisse s'épanouir dans notre milieu exceptionnel.

Caroline Nadeau
Chef de service

Service accueil, archives et communication

Le service accueil, archives et communication a vécu la pandémie COVID-19 de plein fouet. Le rapport annuel reflète bien l'année qui s'est déroulée de façon bien différente notamment par :

- L'arrêt des admissions pendant un peu plus de 2 mois en avril, mai et début juin 2020 et en février 2021;
- La reprise des admissions incluant des adaptations majeures aux procédures;
- La communication, le suivi et le réconfort apporté aux familles et aux proches en souffrance et en détresse, notamment pendant la première vague en avril 2020;
- L'adaptation des lieux physiques de la réception aux mesures de prévention et contrôle des infections;
- L'adaptation des procédures du service aux mesures du MSSS.

Les conséquences ont été :

- Le taux d'occupation (73,98 %) qui n'a pas été atteint pour la première fois depuis la création de la Résidence Angelica;
- Un taux d'augmentation des décès de 59 %, soit 83 comparativement à 140 pour l'année 2020-2021;
- Le nombre d'admissions en dessous de 90 pour l'année, soit une diminution de 244 % par rapport à l'an dernier;
- Le nombre de transferts de lits très élevés, passant de 82 pour l'année précédente à 687 pour l'année 2020-2021, soit une augmentation de 838 %;
- Les jours de délais de carences anormalement élevés et le nombre de lits non comblés pour une durée inhabituelle;
- Le taux de roulement (décès et départs) des résidents de près de 50 %.

Au 31 mars 2021, le nombre d'admissions, décès et départs était de :

Type de programme	Nombre d'admissions	Nombre de décès	Nombre de départs
Hébergement permanent	89	140	29
Hébergement temporaire	0	0	0
Total	89	140	29

Les programmes sont répartis comme suit :

Programme	Description	Nombre de résidents (lits occupés)	Nombre de lits (lits dressés)
Programme 31	<i>Hébergement permanent</i> <i>Profil IsoSmaf 10 et plus</i>	266	343
Programme 32	<i>Hébergement temporaire</i> <i>Tous les profils</i>	0	4
Total		266	347

Le service accueil, archives et communication a tout de même maintenu les activités annuelles suivantes :

- Coordination des admissions en hébergement permanent selon la disponibilité des dossiers par le guichet MAH du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et selon la disponibilité des lits en zone tampon;
- Co-coordination du comité d'orientation, incluant formation et soutien;
- Gestion des listes d'attente des milieux d'accompagnement adaptés (MAA) et chambres privées;
- Coordination de la gestion documentaire clinique et administrative ainsi que de l'épuration des archives cliniques et administratives;
- Coordination des demandes d'accès à l'information administrative et soutien concernant les demandes d'accès cliniques;
- Coordination des demandes médiatiques;
- Coordination du comité de gestion des communications et de l'information;
- Participation aux différents comités;
- Coordination et pilotage de l'utilisation du dispositif santé Québec (DSQ);
- Coordination et rôle-conseil des demandes d'ouverture de régime de protection, d'homologation de mandat et de toute autre protection des biens et de la personne des résidents;
- Coordination de la mise à jour et maintien du site internet de la Résidence;
- Coordination et validation des statistiques périodiques et annuelles propres au service, incluant notamment le taux d'occupation et les jours présences.

Objectifs spécifiques 2021-2022

Le service accueil, archives et communication, pour l'année 2021-2022, prévoit :

- Collaborer à l'atteinte et au maintien du taux d'occupation prescrit par le MSSS;
- Superviser et coordonner les admissions dans les délais exigés par le MAH du Nord-de-l'Île-de-Montréal;
- Tenir à jour les statistiques du service et le tableau de bord;
- Poursuivre la coordination de la logistique et de la préparation à la visite d'Agrément Canada prévue en mars 2022, selon le calendrier établi;
- Poursuivre la coordination de l'application de la politique du majeur inapte et des demandes de protection des biens et de la personne;
- Co-coordonner le comité d'orientation ainsi que les listes d'attente reliées à la gestion des lits;
- Coordonner les activités de gestion documentaire, de l'épuration des archives cliniques et administratives et les autres tâches reliées aux archives;
- Élaborer le mandat en communication.

En conclusion, comme la majorité des services et unités de l'établissement, le service accueil, archives et communication a été sorti de sa zone de confort et a fait preuve de résilience et d'engagement tout au long de cette année particulièrement difficile.

De l'entraide et du soutien entre services ont été nécessaires pour permettre à l'établissement de fonctionner de façon relativement normale. Un énorme merci à l'équipe, mais également aux collègues et à la direction pour ce soutien sans précédent.

Mélanie Aussant
Chef de service

Direction des ressources financières et informationnelles

Auparavant sous la responsabilité de la Direction générale adjointe, les services financiers, l'approvisionnement et les ressources informationnelles font désormais partie de la Direction des ressources financières et informationnelles (DRFTI), à la suite de la modification de la structure organisationnelle de l'établissement adoptée par le conseil d'administration à l'automne 2020. Découlant de cette modification, un directeur a été nommé pour assumer les différentes responsabilités de cette direction.

La Direction des ressources financières et informationnelles a connu une année fort mouvementée, à la suite des départs de la majorité de son personnel, soit pour la retraite ou pour relever de nouveaux projets. De ce fait, la DRFTI a dû composer avec les nombreux défis qu'engendrent le recrutement et l'apprentissage d'une nouvelle équipe, dans un contexte de pandémie où les redditions de comptes ministérielles se multiplient et que les attentes sont élevées.

Les principales réalisations de l'année ont été celles de la prise en charge d'une nouvelle direction avec toutes les implications que cela suppose au niveau de la prise de connaissance des processus en place tant au niveau financier, de l'approvisionnement que de l'informatique et de la dotation des postes dépourvus de titulaires pour assurer la poursuite des activités.

De plus, à travers cette prise en charge des dossiers, la DRFTI a introduit plusieurs changements dans les pratiques, notamment aux comptes payables où la constitution d'une documentation informatisée exhaustive de tous les fournisseurs et de toutes les dépenses qui y sont associées permet, à la fois, la traçabilité de l'information et évite les pertes de temps consacrées à ces recherches.

Objectifs spécifiques 2021-2022

Pour l'année 2021-2022, la DRFTI poursuivra les objectifs suivants :

- Mettre en place les modalités nécessaires pour assurer le respect du budget et l'équilibre budgétaire;
- Poursuivre l'amélioration des pratiques par la documentation informatisée des activités de la DRFTI;
- Revoir le processus d'approvisionnement;
- Déployer, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, le guichet Virtuo Web (paie et RH).

Au niveau des ressources informationnelles, les objectifs sont les suivants :

- Élaboration d'un plan directeur des technologies de l'information pour les cinq prochaines années;
- Acquisition de nouveaux serveurs permettant la mise à jour de nos systèmes et assurant une meilleure performance;
- Rehaussement des postes informatiques;
- Mise à niveau et rehaussement de la sécurité informationnelle;
- Implantation d'un système de billetterie pour les services de soutien.

Michel Côté
Directeur

Direction des services professionnels

Activités 2020-2021

- Participation active aux comités médico-pharmaco-nursing, CMDP et de pharmacologie :
 - Le comité médico-pharmaco-nursing : aucune rencontre n'a eu lieu en 2020-2021;
 - Le comité de pharmacologie : aucune rencontre n'a été tenue en 2020-2021;
- Supervision de la qualité des services médicaux sur les unités de vie via le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmacologique;
- Poursuite de la garde conjointe entre la Résidence Angelica et la Résidence Berthiaume-du-Tremblay;
- Préparation en vue de la visite d'Agrément en 2022.

Département de médecine générale

- Maintien de nos effectifs et de la qualité des soins médicaux;
- Toutes les unités de vie bénéficient d'un médecin traitant en permanence;
- La Résidence a accès à un soutien médical constant;
- Tous les médecins étaient bien présents pour les moments importants de la crise covidienne. Ainsi, en facilitant une pratique intéressante et stimulante, il y a une meilleure rétention du personnel médical.

Département de la pharmacie

- Transfert et prise en charge de la pharmacie de la Résidence Angelica par l'Hôpital Marie-Clarac.

Consommation de médicaments

375 prescriptions d'antipsychotiques pour 152 résidents pour une moyenne de 2,4/bénéficiaire :
Coût total : 5 895,94 \$

6 639 prescriptions pour 433 résidents pour une moyenne de 15,3/bénéficiaire
Grand total : 280 418,28 \$

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- Participation active aux travaux du CMDP selon la description figurant à la section précédente.

Application de la politique sur les soins de fin de vie

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	137
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées	0
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir non administrées et les motifs	0

Service de pastorale

Fonctions ou responsabilités spécifiques

- Identifie les besoins et désirs des résidents sur le plan spirituel;
- Fournit aux résidents l'assistance spirituelle requise selon les besoins et désirs identifiés;
- Organise et anime les cérémonies religieuses, et administre les sacrements selon les rites prescrits;
- Suscite l'intérêt et la participation des résidents aux diverses activités prévues;
- Apporte un soutien spirituel aux résidents, à leur famille et au personnel, sur une base individuelle ou communautaire;
- Visite les résidents qui en font la demande ou ne peuvent se déplacer;
- Assiste les malades qui le désirent;
- Assure un service de garde hors des heures régulières de travail afin de répondre aux besoins urgents de la clientèle;
- Collabore avec l'équipe interdisciplinaire en vue d'offrir de meilleurs services aux résidents sur le plan spirituel;
- Collabore à l'atteinte des objectifs organisationnels dans son champ d'activité;
- Assiste aux réunions de comités où sa présence est requise;
- Offre aussi du soutien spirituel aux locataires de la Résidence.

Activités

- À la chapelle de la Résidence Angelica, célébration quotidienne de la messe, à 10h30. En semaine, moyenne de 6 à 10 personnes, le dimanche, entre 8 et 12 personnes;
- Sur les étages, la messe est dite selon le calendrier proposé par le service d'animation, soit trois fois/semaine;
- Depuis fin janvier 2021, 17 rencontres individuelles avec les locataires de la Résidence ont eu lieu;
- Visites spirituelles individuelles dans les chambres, les résidents en profitent pour recevoir le sacrement du pardon;
- Rencontres spontanées suite aux appels des responsables de l'étage; elles ont lieu dans le vestibule de l'unité. Les résidents n'ayant pu être rencontrés sont vus le samedi ou le dimanche;
- Fin janvier 2021, prière et administration du sacrement des malades sans communion avec le résident atteint de la COVID-19 et deux personnes de la famille;
- Pendant les jours saints, marathon de visites sur presque tous les étages, en 3 jours, pour offrir le sacrement du pardon et souhaiter de joyeuses Pâques.

Les messes quotidiennes, l'accompagnement spirituel, la visite aux malades et le sacrement du pardon sont les activités prioritaires du service.

Les visites sur les étages ont été appréciées lors de la période de confinement, surtout pour les résidents ne recevant pas de visiteurs.

Ressources financières

Répartition des charges brutes par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes services						
Santé publique	4 459 \$	0,0	226 089 \$	0,6	221 630 \$	4970,4
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	20 303 235 \$	61,1	24 888 734 \$	60,7	4 585 499 \$	22,6
Santé physique	333 634 \$	1,0	329 528 \$	0,8	(4 106) \$	(1,2)
Programmes soutien						
Administration	2 586 617 \$	7,8	3 756 858 \$	9,2	1 170 241 \$	45,2
Soutien aux services	6 325 335 \$	19,0	6 765 575 \$	16,5	440 240 \$	7,0
Gestion des bâtiments et des équipements	3 683 559 \$	11,1	5 041 138 \$	12,3	1 357 579 \$	36,9
TOTAL	33 236 839 \$		41 007 922 \$		7 771 083 \$	

Équilibre budgétaire

Le résultat du fonds d'exploitation pour l'exercice se terminant le 31 mars 2021 se solde par un excédent des revenus sur les charges de 553 312\$.

Pour plus d'information sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport annuel AS-471 publié sur le site internet de la Résidence Angelica.

Actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible n'a été commis à la Résidence Angelica pendant la période.

Annexe

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (révisé en février 2020)

1. Objet

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de la Résidence Angelica inc. s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficaces, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

En outre, la Résidence Angelica inc. est guidée par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, entre autres, le respect des personnes, l'engagement, la loyauté et l'intégrité, la responsabilisation ainsi qu'une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

2. Champ d'application

Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration de la Résidence Angelica inc., de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de la Résidence Angelica inc. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

3. Définitions

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- Administrateur : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement.
- Code : le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration.
- Comité de gouvernance et d'éthique : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application, le respect et la révision, au besoin, du présent Code ainsi que le traitement de toute situation de manquement ou d'omission à ce Code dont il a été saisi.
- Conflit d'intérêts : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.
- Conjoint : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16.
- Conseil d'administration : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement.

- Entreprise : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement.
- Établissement : désigne la Résidence Angelica inc.
- Famille immédiate : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.
- Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement.
- Intérêt : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.
- Loi : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents.
- Personne indépendante : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement.
- Proche : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif.
- Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.
 - Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

4. Énoncé du code

4.1 Principes d'éthique

- 4.1.1 L'administrateur agit 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 et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 4.1.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 4.1.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 4.1.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 4.1.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 4.1.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 4.1.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

4.2 Règles de déontologie

Disponibilité et participation active

- 4.2.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

- 4.2.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.2.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.2.4 L'administrateur 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.

Soin et compétence

- 4.2.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

- 4.2.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 4.2.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

- 4.2.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 4.2.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discretion et confidentialité

- 4.2.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.2.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.
- 4.2.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

- 4.2.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

Biens et services de l'Établissement

- 4.2.14 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.2.15 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine l'Établissement.

Avantages et cadeaux

- 4.2.16 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.2.17 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 4.2.18 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.
- 4.2.19 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

4.3 Administrateurs indépendants

- 4.3.1 L'administrateur nommé, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

4.4 Conflit d'intérêts

- 4.4.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 4.4.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 4.4.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 4.4.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 4.4.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 4.4.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).
- 4.4.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

- 4.4.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique procède alors à une étude sommaire de la situation, il peut soit clore le dossier, recommander l'application de mesures préventives ou tenir une enquête. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 4.4.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.
- 4.4.10 Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.
- 4.4.11 Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'Établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

4.5 Fin du mandat

- 4.5.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou nommé de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 4.5.2 4.5.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 4.5.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 4.5.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

4.6 Application du code

Adhésion au Code

- 4.6.1 Chaque administrateur 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.
- 4.6.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 4.6.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

Comité de gouvernance et d'éthique

- 4.6.4 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
- Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
 - Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
 - Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

Manquement au Code

Le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement est désigné pour assurer le traitement approprié à donner à un signalement de conflits d'intérêts ou à toute autre plainte lui ayant été transmise concernant un manquement ou une omission au présent Code.

- 4.6.1 De plus, dans le cadre d'une enquête, le Comité de gouvernance et d'éthique peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement.
- 4.6.2 Un membre du Comité de gouvernance et d'éthique ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 4.6.3 Lorsqu'un manquement au présent Code est signalé, le Comité de gouvernance et d'éthique a pour fonctions de :
 - Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
 - Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif;
 - Le Comité de gouvernance et d'éthique peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 4.6.4 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 4.6.5 Toute personne qui a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, transmet le formulaire rempli de l'Annexe V du présent Code au Comité de gouvernance et d'éthique.
- 4.6.6 Le Comité de gouvernance et d'éthique détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de gouvernance et d'éthique, et sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de gouvernance et d'éthique.
- 4.6.7 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 4.6.8 Le Comité de gouvernance et d'éthique peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. 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. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.
- 4.6.9 Tout membre du Comité de gouvernance et d'éthique qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 4.6.10 Le Comité de gouvernance et d'éthique doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales.
- 4.6.11 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire 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 ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 4.6.12 Le Comité de gouvernance et d'éthique transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - Un état des faits reprochés;
 - Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 4.6.13 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Toutefois, celui-ci ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

- 4.6.14 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
 - 4.6.15 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
 - 4.6.16 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension ou une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
 - 4.6.17 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).
- 4.7 Diffusion du Code
- 4.7.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel;
 - 4.7.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de gouvernance et d'éthique, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.