



# Rapport annuel de gestion 2021-2022

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

Établissement numéro : 1232 – 6849

Résidence Angelica  
3435, boul. Gouin Est  
Montréal (Québec) H1H  
[www.angelica-residence.com](http://www.angelica-residence.com)

Téléphone : 514 324-6110

Région 06

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.) privé-conventionné

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2021-2022

Juin 2022

## Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale .....	1
Déclaration de fiabilité .....	3
Présentation de la Résidence Angelica .....	4
Mission de la Résidence Angelica en tant que CHSLD .....	4
Mission du Centre de jour Angelica .....	4
Mission de la Résidence pour personnes âgées (RPA).....	5
Vision .....	5
Valeurs organisationnelles.....	5
Objectifs organisationnels .....	6
Structure organisationnelle .....	9
Liste des conseils et comités de l'établissement .....	10
Faits saillants de certains comités .....	10
Conseil d'administration.....	10
Comité de vérification .....	10
Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) .....	11
Comité des usagers.....	11
Comité de gestion des risques.....	13
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens .....	13
Comité de prévention et de contrôle des infections .....	14
Comité d'éthique clinique.....	15
Activités relatives à la gestion des risques et à la qualité.....	16
Agrément.....	16
Satisfaction de la clientèle .....	16
Sécurité et qualité des soins et services .....	16
Évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers.....	19
Recommandations du coroner .....	20
Examen des plaintes et promotion des droits des usagers.....	20
Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle.....	21
Service accueil, archives et communication .....	24
Service de pastorale.....	25
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel .....	26
Direction des services techniques .....	29
Mesures d'urgence .....	30
Direction des ressources financières et informationnelles .....	31
Direction des services professionnels, département de médecine générale et pharmacie.....	32
Rapport sur les soins de fin de vie .....	33
Divulgaration des actes répréhensibles .....	33
Répartition des charges brutes par programme.....	34
Annexe I .....	36
Structure organisationnelle .....	36
Annexe II .....	36
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (révisé en février 2020).....	36

---

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

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2021-2022 de la Résidence Angelica.

Ce rapport fait état de renseignements sur notre établissement, nos activités, notre clientèle, de même que de nos principales réalisations de l'année.

Ce rapport ne saurait présenter de façon exhaustive l'ampleur du travail accompli par l'ensemble du personnel, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles. Il est le fruit d'un travail de collaboration de toutes les personnes qui œuvrent au sein de la Résidence Angelica.

Tout comme l'année précédente, l'année 2021-2022 a été marquée par les aléas de la pandémie. Même si au cours de la dernière année, le nombre d'éclosions a été moindre que l'année précédente, il n'en demeure pas moins que le travail a été colossal pour veiller à la sécurité de tout un chacun et pour répondre aux exigences découlant des nombreuses directives et arrêtés ministériels. Malgré les différentes éclosions que nous avons connues, les équipes en place ont su unir leurs efforts et adapter leurs pratiques en conséquence.

L'année fut également teintée par la reprise graduelle des activités et des programmes de l'établissement qui avaient été mis en veilleuse en raison de la pandémie et des consignes sanitaires en vigueur : les admissions de nouveaux résidents, les activités du Centre de jour, les travaux d'aménagement de l'environnement.

L'exercice financier 2021-2022 aura également été marqué par plusieurs départs au sein de l'équipe de direction, dont celui de Sr Claire L. Croteau, directrice générale, qui a quitté pour la retraite, et de quelques acteurs occupant des postes clés au sein de l'organisation, sans compter le triste décès du Dr Jean-Louis Hausser, directeur des services professionnels et médecin à la Résidence Angelica depuis de nombreuses années.

Conséquemment, pour pallier ces départs, nous avons dû faire appel à des ressources temporaires afin d'assurer la continuité des affaires de l'établissement. Heureusement qu'en début d'année 2022, l'arrivée d'une directrice des ressources humaines et du développement organisationnel de même que d'un directeur intérimaire des services professionnels est venue donner un nouvel élan au sein de l'équipe de direction.

Malgré tous les efforts qui ont été déployés, la pandémie et la pénurie de gestionnaires et de personnel, tant clinique qu'administratif, ont été des contraintes importantes pour l'établissement, ce qui a eu des répercussions sur l'atteinte des objectifs organisationnels.

Néanmoins, plusieurs réalisations ont pu voir le jour tel que l'aménagement de la salle Snoezelen (approche sensorielle); la mise en place de murales colorées trompe l'œil sur les unités de vie; l'acquisition de matériel pour améliorer le bien-être et la sécurité de la clientèle; la consolidation des milieux d'accompagnement adaptés (MAA), l'intégration d'activités de musicothérapie, et plusieurs autres activités afin de briser l'isolement et d'éviter le déconditionnement de nos aînés.

En ce qui concerne les ressources humaines, la mise en place de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel, le recrutement de personnel, la mise en œuvre des différentes directives ministérielles liées à la pandémie, l'application de mesures découlant des nouvelles conventions collectives, de même que le traitement de l'équité salariale, sont autant de dossiers qui ont été traités au cours de l'année, parallèlement aux activités quotidiennes.

Par ailleurs, les services financiers ont aussi été sollicités par les multiples redditions de comptes et les suites à donner aux diverses mesures découlant des arrêtés ministériels, entre autres. Tout comme les ressources humaines, ces obligations se sont ajoutées au quotidien, sans compter les nombreux défis associés aux systèmes d'information qui n'étaient pas adaptés pour répondre à toutes ces obligations.

Au niveau informationnel, l'acquisition de nouveaux serveurs, le rehaussement de certaines applications, la mise en place progressive du réseau Wi-Fi ainsi que plusieurs autres améliorations du réseau informatique en lien avec la sécurité de l'information, figurent parmi les réalisations de l'année.

En terminant, nous profitons de l'occasion pour souligner le dévouement et le travail accompli par les différents intervenants œuvrant au sein de l'établissement, de même que nos partenaires, et pour les remercier de leur présence et collaboration à la réalisation de la mission de la Résidence Angelica.

Merci également à nos résidents et à leurs proches pour la confiance et la patience dont ils ont fait preuve tout au long de l'année.



**Sr Pierre Anne Mandato**  
Présidente du conseil d'administration



**Suzanne Lavallée**  
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 2021-2022 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 2022.



**Suzanne Lavallée**  
Directrice générale

---

## Présentation de la Résidence Angelica

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. Au cours de l'année 2018-2019, nous avons eu le plaisir de célébrer ses 50 ans.

Sise au 3435, boulevard Gouin Est, sur le bord de la Rivière-des-Prairies, 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 sont alors été intégrés au Centre de jour Angelica.

Depuis, d'importants travaux de réaménagement ont été réalisés sur des unités de vie pour y accueillir une clientèle en lourde perte d'autonomie, des chambres de deux (2) lits converties pour accueillir un seul résident et des locaux plus fonctionnels pour la clientèle ont été aménagés.

### 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 « 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 offre un milieu de vie agréable, stimulant et résolument axé sur les besoins biopsychosociaux et spirituels de sa clientèle. Prônant une approche humaine et chaleureuse, la Résidence évalue périodiquement les besoins de celle-ci 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 Résidence pour personnes âgées (RPA)

La Résidence Angelica a une section locative située du 18<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> étage s'adressant aux personnes âgées autonomes.

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

## 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.



---

## Objectifs organisationnels

Malgré la conjoncture peu propice à la réalisation d'une démarche de planification stratégique, la direction générale a voulu mobiliser les différents acteurs et a tenu, au début septembre 2021, une rencontre de planification des objectifs organisationnels en continuité avec les orientations découlant de la planification stratégique 2016-2021.

Ces objectifs s'échelonneront minimalement sur une période de deux ans et évolueront selon le contexte.

ENJEUX ET OBJECTIFS	PRINCIPALES RÉALISATIONS 2021-2022
<p><b>ATTRACTION, INTÉGRATION ET RÉTENTION DU PERSONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mettre en place une démarche intégrée de recrutement;</li><li>▪ Amorcer la révision des processus « ressources humaines » en collaboration avec les différentes directions.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Création d'une page facebook;</li><li>▪ Adhésion à des plateformes de recrutement de personnel;</li><li>▪ Révision des affichages de postes afin de faire ressortir des éléments attractifs;</li><li>▪ Participation à des journées carrières;</li><li>▪ Rehaussement des postes d'infirmières et d'infirmières-auxiliaires;</li><li>▪ Sollicitation et embauche de personnel provenant des agences de main-d'œuvre indépendante (MOI);</li><li>▪ Révision des cahiers de postes;</li><li>▪ Élaboration d'un programme de référencement du personnel</li><li>▪ Révision du processus de gestion de la MOI;</li><li>▪ Poursuite de l'appréciation du rendement du personnel;</li><li>▪ Sondage sur la qualité de vie au travail;</li><li>▪ Tenue d'activités de reconnaissance du personnel.</li></ul>

ENJEUX ET OBJECTIFS	PRINCIPALES RÉALISATIONS 2021-2022
<p><b>COMMUNICATION ORGANISATIONNELLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réviser le plan de communication;</li> <li>▪ Mettre à jour le site web;</li> <li>▪ Créer un intranet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise à jour du site web et création d'un intranet en cours de réalisation;</li> <li>▪ Publication des bulletins de la DG;</li> <li>▪ Publication du bulletin « <i>Flash Agrément</i> »;</li> <li>▪ Élaboration de gabarits permettant de standardiser les communications;</li> <li>▪ Publication de la gestion des risques « <i>Saviez-vous que</i> ».</li> </ul>
<p><b>QUALITÉ DES SERVICES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les travaux préparatoires à la visite d'Agrément Canada;</li> <li>▪ Revoir le plan de gestion intégrée de la qualité;</li> <li>▪ Établir des indicateurs de qualité pour tous les services;</li> <li>▪ Réviser le tableau de bord de l'établissement;</li> <li>▪ Documenter et réviser les processus cliniques et administratifs selon les priorités établies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuite des travaux relatifs à la démarche d'amélioration continue de la qualité incluant les travaux préparatoires à la visite d'Agrément Canada;</li> <li>▪ Projet de sondage de l'expérience résident en cours d'élaboration;</li> <li>▪ Évaluation de la satisfaction des résidents (représentants) post admission et fin de vie, en continu;</li> <li>▪ Sondage de satisfaction de la clientèle réalisé en décembre 2021;</li> <li>▪ Réalisation de plusieurs activités en gestion des risques, prévention et contrôle des infections (audits, tenue de kiosques, élaboration, révision de politiques, procédures, programmes, sensibilisation et formation);</li> <li>▪ Révision du tableau de bord organisationnel en cours.</li> </ul>

ENJEUX ET OBJECTIFS	PRINCIPALES RÉALISATIONS 2021-2022
<p><b>VÉTUSTÉ DES INSTALLATIONS ET DE L'ÉQUIPEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier et prioriser les réparations afin de s'assurer de la sécurité des lieux et des personnes;</li> <li>▪ Mettre à jour le programme d'entretien préventif (bâtiment et équipements);</li> <li>▪ Identifier les rénovations fonctionnelles prioritaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation de l'enveloppe du bâtiment;</li> <li>▪ Inspection du stationnement intérieur et extérieur;</li> <li>▪ Mise à jour du système de ventilation du Centre de jour;</li> <li>▪ Projet de réfection de la toiture (20<sup>e</sup> et 21<sup>e</sup> étage) mis en priorité;</li> <li>▪ Installation de portes pour les salles de toilette des chambres des unités 2A, 3A et du 6<sup>e</sup> étage;</li> <li>▪ Inspection des lève-personnes et corrections apportées, le cas échéant;</li> <li>▪ Inspection des lits et leur remplacement lorsque désuets.</li> </ul>
<p><b>TECHNOLOGIE / RESSOURCES INFORMATIONNELLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se doter d'un plan de relève des technologies de l'information;</li> <li>▪ Rehausser la structure informationnelle afin d'assurer la sécurité des actifs informationnels et l'efficacité organisationnelle (remplacement des serveurs, mise à jour et acquisition de logiciels, système téléphonique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remplacement complet de la solution serveur de la Résidence qui datait de plus de 10 ans;</li> <li>▪ Mise en place d'une solution de batterie de secours (UPS) de grande capacité;</li> <li>▪ Mise à niveau de la salle serveur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rénovation physique;</li> <li>- Mise en place d'une solution anti-feu homologuée pour les salles électroniques;</li> <li>- Ajout de circuits électriques de plus grande capacité;</li> </ul> </li> <li>▪ Mise en place d'un appareil de filtrage et de contrôle de sécurité informatique (Fortigate) pour l'ensemble du réseau de la Résidence;</li> <li>▪ Mise en place d'une solution de requêtes informatiques centralisées.</li> </ul>

---

## Structure organisationnelle

La structure organisationnelle de la Résidence est composée de six directions, soit la direction générale, la direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle, la direction des ressources humaines et du développement organisationnel, la direction des ressources financières et informationnelles, la direction des services techniques. L'organigramme de l'établissement se retrouve à l'annexe I.

### Principales modifications apportées à la structure organisationnelle

La Résidence Angelica a vécu de nombreux bouleversements au cours des deux dernières années. Outre la pandémie, des modifications ont été apportées à la structure organisationnelle. En effet, le poste de directeur général adjoint a été remplacé par la création et la dotation de deux postes de cadres supérieurs : directeur des ressources financières et informationnelles, et directeur des ressources humaines, accueil, archives et communication. Parallèlement à ces changements, plusieurs personnes de ces deux secteurs d'activités ont quitté leurs fonctions pour la retraite ou pour relever de nouveaux défis dans d'autres organisations. Ces départs ont eu un impact important pour ces directions qui se sont retrouvés avec plusieurs postes à pourvoir, mais aussi avec de nouvelles ressources à intégrer au sein des équipes.

En septembre 2021, à la suite du départ de la directrice des ressources humaines, accueil, archives et communication, nous avons eu recours aux services d'une firme externe jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle directrice en février 2022. Il est à noter qu'une autre modification a été apportée à la structure organisationnelle puisque le poste de directrice des ressources humaines, accueil, archives et communication créé en 2020 a été transformé en 2021-2022 pour celui de directrice des ressources humaines et du développement organisationnel. Par ailleurs, au cours de l'année, l'établissement a accueilli de nouvelles personnes au sein de son équipe de direction et de gestion dont la directrice générale, la directrice des ressources humaines et du développement organisationnel, ainsi que de nouveaux gestionnaires pour pourvoir des postes vacants ou ceux qui ont été créés en cours d'année à la suite de budgets accordés en CHSLD par le ministère de la Santé et des Services sociaux dont deux postes de chefs d'unités de vie.

---

## Liste des conseils et comités de l'établissement

Conseil d'administration  
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 infirmières et infirmiers  
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens  
Comité de prévention et contrôle des infections

### Faits saillants de certains comités

#### Conseil d'administration

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration se sont réunis à cinq (5) reprises.

Au 31 mars 2022, le conseil d'administration de la Résidence Angelica est constitué de :

Sr Pierre Anne Mandato, présidente  
Sr Martine Côté, vice-présidente  
Mme Suzanne Lavallée, directrice générale et secrétaire du CA  
Sr Claire L. Croteau, membre  
Sr Marie-Josée Marcoux, membre  
M. Gabriel Groulx, membre  
Mme Sylvie Lacombe, membre

Au cours de l'exercice financier 2021-2022, 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 (annexe II).

#### Comité de vérification

Le comité de vérification est composé des personnes suivantes :

M. Louis De Grandmont, président (démission en février 2022)  
Sr Claire L. Croteau, vice-présidente  
Mme Suzanne Lavallée, directrice générale

Au cours de la dernière année, les membres du comité se sont réunis à une seule reprise, soit le 21 juillet 2021.

### **Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)**

À la suite de l'entrée en vigueur du projet de Loi 52 visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux des établissements de santé, des modifications ont été apportées à la composition du comité de vigilance et de la qualité. À ce titre, deux nouveaux membres se sont joints au comité dont la commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM), ainsi qu'un représentant du CIUSSS NIM désigné par son président-directeur général.

En plus de ces deux nouveaux membres, le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est composé de la directrice générale et de deux membres désignés par le conseil d'administration.

Au 31 mars 2022, les membres sont les suivants :

Mme Maryse Binette, présidente

Mme Sylvie Lacombe, membre du CA

Mme Suzanne Lavallée, directrice générale

Mme Véronique Lemieux, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services CIUSSS NIM

M. Nicolas Agbazé, représentant du CIUSSS NIM

### **Principales réalisations de l'année**

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

En 2021-2022, le comité s'est réuni à deux reprises, soit les 10 juin et 13 octobre 2021. La rencontre prévue en février 2022 a dû être reportée en mai 2022.

Au cours de ces rencontres, le comité a assuré les suivis découlant :

- Des rapports sur le traitement des plaintes et la promotion des droits des usagers présentés par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Des rapports de la gestion des risques et de la prévention et contrôle des infections;
- Des informations en lien avec les mesures sanitaires de la COVID-19 et de la situation de l'établissement;
- Des rapports provenant d'autres instances.

Aucune recommandation n'a été formulée par le comité de vigilance et de la qualité au conseil d'administration.

### **Comité des usagers**

Le comité a tenu huit rencontres, au cours de l'année 2021-2022 et a rencontré la direction générale à deux reprises.

Au 31 mars 2022, le comité des usagers est composé des membres suivants :

Mme Carmela Contrino, présidente  
M. Pacino Vittulano, vice-président  
M. Georges Bastien, trésorier  
Mme Maria Guarneri, membre  
Mme Antoinette Ciotti, membre  
M. Marc Décarie, membre

### **Priorités et principales réalisations de l'année**

- Promouvoir l'existence du comité des usagers, dont une meilleure accessibilité au local pour la clientèle;
- Afficher la liste des membres à la réception, au Centre de jour et sur tous les étages du CHSLD;
- Distribuer le dépliant du comité des usagers aux résidents du centre d'hébergement de soins de longue durée et du Centre de jour lors de l'admission et s'assurer qu'il soit bien affiché sur tous les tableaux spécifiques à cet effet;
- 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 pour s'assurer de la qualité des repas. Un plan d'action a été présenté;
- Participer avec la direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle à la recherche de solutions aux différents irritants vécus par les résidents;
- Rechercher des activités amenant un plus grand lien entre les résidents, leur famille et le personnel de l'établissement.

Cette année, tout comme l'an dernier, plusieurs réalisations ou implications ont été vécues différemment en raison de la pandémie de la COVID 19. Ainsi :

- 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;
- Depuis mars 2020, les visites aux résidents dans leurs unités de vie ont été annulées;
- Aucune participation à la fête mensuelle de bienvenue des nouveaux résidents;
- Au cours de la semaine des droits des usagers, trois journées kiosques ont été organisées;
- La distribution d'articles promotionnels afin de promouvoir l'existence du comité des usagers a été mise de côté, considérant le contexte.
- La participation de la représentante du comité des usagers au comité de gestion des risques a été possible par rencontre virtuelle;
- Un sondage de la satisfaction des résidents a été réalisé en cours d'année par une firme indépendante.

## Comité de gestion des risques

Au 31 mars 2022, le comité de gestion des risques (CGR) est composé des membres suivants :

Mme Nancy Tavares Directrice des soins et programmes à la clientèle	Mme Lynne Pelland Médecin
Mme Suzanne Lavallée Directrice générale	Mme Christine Lanoix Conseillère en soins
Mme Lydia Maurin Conseillère en gestion des risques et milieu de vie	M. Michel Tritt Pharmacien
Mme Nathalie René Chef de service – Centre de jour	Mme Neelam Tohan Ergothérapeute
Mme Francine Laurier Chef de service – Hygiène-salubrité	Mme Carmela Contrino Présidente du comité des usagers

## Principales réalisations de l'année

Les membres du comité de gestion des risques se sont réunis à quatre reprises au cours de la dernière année. À chacune de leurs rencontres, plusieurs sujets ont fait l'objet de discussion, à savoir :

- Les statistiques relatives aux incidents et accidents;
- Le suivi des événements sentinelles;
- Les rapports du coroner dont les recommandations sont pertinentes pour la mission CHSLD;
- Les avis, alertes et rappels émanant des instances externes (fournisseurs et partenaires);
- La conformité des pratiques de l'établissement en matière de prestation sécuritaire des soins et des services au regard des normes et critères d'Agrément Canada;
- etc.

## Principaux objectifs 2022-2023

- Réviser et documenter les indicateurs du tableau de bord de gestion des risques;
- Peaufiner l'analyse des statistiques relatives à la gestion des risques afin d'avoir un portrait plus juste des situations;
- Inclure tous les représentants des différentes directions dans le processus de sécurité des usagers afin d'améliorer le suivi global et la présentation des informations à fournir au comité de gestion des risques et au conseil d'administration;
- Améliorer les délais de suivi des événements sentinelles afin d'optimiser le temps de mise en place des mécanismes de prévention en lien avec les processus organisationnels défaillants.

## 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 de deux (2) rencontres au cours de l'année 2021-2022;
- Octroi de privilèges aux pharmaciens de l'Hôpital Marie-Clarac (HMC) à titre de membres du CMDP de la Résidence Angelica;
- Travaux préparatoires à la remise sur pied du comité de pharmacologie et recrutement de nouveaux membres à la suite de la nomination de la chef du département de pharmacie de l'Hôpital Marie-Clarac.

### Comité de prévention et de contrôle des infections

Lors de la dernière année, les activités relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI) se sont concentrées sur la gestion de la COVID-19 avec les rencontres régulières de la cellule de crise.

De plus, le comité de prévention et de contrôle des infections a tenu deux (2) rencontres régulières au cours de l'année.

Au 31 mars 2022, le comité de prévention et de contrôle des infections est composé des membres suivants :

Mme Djamila Benmebarek, médecin  
M. Daniel Boucher, chef d'unités de vie  
M. Philippe Duhamel, infirmier soutien à la prévention et au contrôle des infections  
Mme Christine Lanoix, conseillère en soins infirmiers  
Mme Suzanne Lavallée, directrice générale  
Mme Francine Laurier, chef de service – hygiène salubrité, buanderie-lingerie  
Mme Lydia Maurin, conseillère en milieu de vie  
Mme Myrtha Rabel, infirmière  
Mme Nancy Tavares, directrice des soins infirmiers et des programmes à la clientèle  
M. Michel Tritt, pharmacien.

### Principales réalisations de l'année

- Suivi des statistiques relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI);
- Bilan des éclosions COVID-19;
- Adoption de l'outil RADAR – Algorithme en cas de suspicion de COVID-19;
- Ajustement de politiques et procédures afin de respecter les mesures de prévention recommandées par l'Institut national de santé publique et les directives ministérielles;
- Adoption de politiques et de trois ordonnances collectives PCI;
- Suivi des audits d'hygiène des mains;
- Suivi des indicateurs PCI.

TYPE D'INFECTION	2021-2022	2020-2021
Syndrome d'allure grippale (SAG)	1 %	0 %
Infections respiratoires (pneumonie, bronchite, infection des voies respiratoires supérieures)	23 %	24 %
Covid-19	22 %	ND
Infections urinaires avec sonde	3 %	ND
Infections de la peau (dermatite, cellulite, mycose)	14 %	17 %
Plaies de pression	9 %	8 %
C-Difficile	0 %	3 %
Autres : infection urinaire sans sonde, gastro-entérite, conjonctivite, zona	37 %	ND

### Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique (CÉC) de la Résidence Angelica a repris ses activités au cours de l'année 2021-2022. Au 31 mars 2022, le comité est composé des membres suivants :

Père Jean-Claude Bergeron, intervenant spirituel  
Mme Carmela Contrino, présidente du comité des usagers  
Mme Maria Gallo, travailleuse sociale  
Mme Mélanie Ouimet, chef d'unités de vie  
Mme Suzanne Lavallée, directrice générale  
Mme Nancy Tavares, directrice intérimaire des soins infirmiers et des programmes à la clientèle

### Principales réalisations de l'année

En collaboration avec le Centre d'éthique du CISSS de Laval avec lequel la Résidence Angelica a conclu une entente de services professionnels, les membres du comité ont eu l'occasion de participer à trois séances de formation.

C'est à partir du mois de janvier 2022 que les activités ont repris et que les membres ont eu l'occasion de participer aux séances de formation suivantes :

Objet de la formation	Date
Initiation à l'éthique clinique	Janvier 2022
Structures et modalités de consultation en éthique clinique	Février 2022
Grille d'analyse de cas	
Consentement aux soins	Mars 2022

Pour la prochaine année, les membres du comité prévoient poursuivre les formations en éthique clinique, réviser les règles de fonctionnement du comité, réviser le cadre conceptuel en éthique et promouvoir les activités du comité.

---

## Activités relatives à la gestion des risques et à la qualité

### Agrément

La dernière visite d'Agrément Canada a eu lieu en 2017. Selon le cycle d'agrément, une visite doit avoir lieu tous les cinq ans. Toutefois, en raison de la pandémie et du contexte organisationnel, l'établissement a obtenu deux reports de visite. Finalement, celle-ci aura lieu en décembre 2022.

Dans le cadre des travaux d'amélioration continue de la qualité, l'établissement a procédé aux sondages portant sur la qualité de vie au travail, la culture de sécurité et la satisfaction de la clientèle, à l'automne 2021. De plus, les équipes ont réalisé les auto-évaluations en fonction des différentes normes d'agrément, à savoir : gouvernance, leadership, soins de longue durée, prévention et contrôle des infections, gestion des médicaments. Les résultats ainsi obtenus ont fait l'objet d'analyses et les actions à mettre en œuvre ont été identifiées et sont en cours de réalisation, en fonction de leurs échéanciers respectifs.

### Satisfaction de la clientèle

Dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux résidents, des sondages d'évaluation de la satisfaction des résidents post admission, de même qu'au regard des soins de fin de vie sont réalisés en continu.

De plus, en décembre 2021, une démarche d'évaluation de la satisfaction des résidents a été réalisée. Les résultats de ce sondage révèlent un taux de satisfaction globale de près de 80 %. Des améliorations ont été ciblées en vue d'améliorer la satisfaction de la clientèle.

Par ailleurs, un projet d'évaluation de la qualité de vie offerte aux résidents dans leur milieu d'accompagnement adapté est en cours de préparation. Ce projet devrait voir le jour au cours de l'année 2023.

### Sécurité et qualité des soins et services

#### Promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents

Les actions visant à promouvoir la déclaration et la divulgation des événements se sont effectuées de diverses façons, dont :

- L'orientation de tous les nouveaux employés depuis août 2020;
- La tenue d'un kiosque d'information sur la gestion des risques lors de la prestation de soins et de services au résident dans son milieu de vie;

- La collaboration aux séances d'information lors de la campagne de sensibilisation aux mesures de PCI renforcée en période de pandémie de COVID-19;
- La diffusion d'informations relatives à la prévention des risques identifiés dans la prestation des soins et des services aux résidents (affichages sur les unités, rencontres individuelles et d'équipes et des chefs d'unités);
- La formation du personnel sur la gestion des incidents et des accidents selon les nouvelles lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux.

### Mise en évidence des principaux risques d'incidents/accidents au moyen du système local de surveillance par :

- Le suivi d'indicateurs de gestion des événements indésirables à l'aide du tableau de bord de la gestion des risques;
- La mise à jour et la diffusion aux équipes, aux gestionnaires et au comité de gestion des risques du tableau de suivi des données statistiques concernant les événements indésirables et sentinelles permettant ainsi d'avoir un portrait à jour des événements sentinelles déclarés et divulgués;
- L'analyse systématique des événements avec conséquences majeures à présenter au Comité de gestion des risques;
- La préparation des différents outils de prévention des chutes et autres événements indésirables ayant eu ou risquant d'avoir un impact sur la santé et le bien-être des résidents;
- La programmation de diffusion du programme de prévention des chutes et du protocole d'utilisation des mesures de contrôle ainsi que la formation des équipes aux nouveaux outils;
- La saisie des formulaires de déclaration des incidents et des accidents (AH-223) qui est effectuée quotidiennement dans le registre local des incidents et des accidents.

### Données relatives à la déclaration des incidents et accidents

2021-2022	2020-2021	2019-2020
1 522	1058	1 401

Pour l'année 2021-2022, on note une augmentation du nombre de déclarations des incidents et des accidents comparativement aux années précédentes. La diminution du nombre de déclarations entre 2019-2021 est notamment attribuable à un taux d'occupation des lits à la baisse en raison de la pandémie.

### Nombre de déclarations par type d'évènement

TYPE D'ÉVÈNEMENT	2021-2022	2020-2021	2019-2020
Chutes	821	558	713
Médication	146	108	147
Agression (résident)	38	13	15
Traitement et intervention	27	28	28
Diète	8	6	20
Équipement/matériel/bâtiment	38	24	17
Effets personnels	46	33	35
Autres	369	333	422

### Total des événements déclarés par indice de gravité

GRAVITÉ	DESCRIPTION	2021-2022	2020-2021	2019-2020
A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur.	44	79	54
B	Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).	115	100	108
C	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière -ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention-.	259	128	240
D	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles -surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement - ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence.	914	508	721
E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées.	166	218	222
E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.	11	3	15
F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.	9	7	1
G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques.	2	0	0
H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie. (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).	0	0	0
I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.	2	0	0

### Nature des deux principaux types incidents

Les incidents réfèrent à des situations qui n'entraînent pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont leur résultat est inhabituel et pourrait, en d'autres occasions, entraîner des conséquences (indice de gravité A et B).

PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (Gravité A et B)	NOMBRE	PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÈNEMENTS
Évènements en lien avec la médication	46	29 %	3 %
Chutes	8	5 %	0,5 %

### Nature des deux principaux accidents

Les accidents réfèrent à une action ou une situation survenue au cours de la prestation de services à un usager où le risque se réalise et qui est ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de cet usager (indice de gravité C à I).

PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (Gravité C à I)	NOMBRE	PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ACCIDENTS	PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÈNEMENTS
Chutes	823	60 %	54 %
Évènements en lien avec la médication	108	8 %	7 %

### Évènements sentinelles

Pour la période 2021-2022, six (6) évènements sentinelles ont été déclarés pour un total de 338 résidents et de 1522 déclarations, ce qui représente 0,4 % du nombre de déclarations annuelles et 2 % du nombre total de résidents.

Les évènements sentinelles rapportés sont majoritairement en lien avec la condition clinique des résidents ou le bris de matériel.

### Évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'application des mesures de contrôle chez des usagers est une mesure exceptionnelle et de dernier recours, lorsque les mesures alternatives ont été utilisées, et ce, sans succès. Elles sont appliquées uniquement comme mesure de sécurité dans un contexte de risque imminent.

Dans toutes situations, le choix d'utiliser une mesure de contrôle fait l'objet d'une réflexion sérieuse favorisant les échanges entre les intervenants, le résident ou son représentant légal de sorte à obtenir un consentement libre et éclairé.

Les données 2021-2022 démontrent une réduction significative du nombre de contentions comparativement aux deux dernières années.

MESURES DE CONTRÔLE	2021-2022	2020-2021	2019-2020
Ridelles	33	60	149
Autres	34	44	73
Total	67	104	222

### Recommandations du coroner

Aucune recommandation du coroner n'a été adressée à la Résidence Angelica en cours d'année.

### Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

Le 1<sup>er</sup> juin 2021 marquait l'entrée en vigueur de la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés. En fonction de cette Loi, la responsabilité du traitement des plaintes et du signalement de maltraitance des établissements privés et privés conventionnés a été confiée à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

BILAN DES ACTIVITÉS DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL AU 31 MAI 2021	Nombre de dossiers
Plaintes	0
Interventions	0
Assistances *	2
Consultations	0
Plaintes médicales	0
Plaintes adressées au Protecteur du citoyen	0
Déclaration relative à l'application de la Loi 115 Maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité	0

\*Les deux demandes d'assistance portaient sur l'organisation du milieu et les ressources matérielles, de même que sur les soins et services dispensés. Parmi celles-ci, une demande a été formulée verbalement par un résident, et l'autre, par écrit, par son représentant. Le délai de traitement de ces assistances a été de moins de 45 jours.

## Promotion du régime et respect des droits des usagers

- Participation au comité des usagers et au comité de vigilance et de la qualité et au comité sur la maltraitance;
- Rencontres ou consultations du personnel et des membres de la direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle sur le mandat de la commissaire et sa philosophie d'intervention;
- Réalisation d'activités 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.

Le *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits* pour l'exercice 2021-2022 (1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mars 2022) sera transmis à la direction générale de la Résidence Angelica après son adoption par le conseil d'administration du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, prévue en septembre 2022.

---

## Direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle

La direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle (DSIPC) encadre la gestion et la prestation des soins et des services offerts aux résidents du CHSLD ainsi qu'aux usagers du Centre de jour. La direction est soutenue par sept chefs d'unités, quatre chefs d'activités et une chef du Centre de jour qui veillent à assurer la qualité des soins et des services et du milieu de vie dans les douze unités de la Résidence.

Encore une fois cette année, les objectifs de la DSIPC ont été orientés majoritairement pour assurer la sécurité des résidents, des familles et des employés par le maintien des mesures sanitaires adéquates et ainsi contenir le taux d'éclousions lié à la COVID-19 au minimum. Diverses mesures ont été mises en place : surveillance quotidienne des symptômes à l'entrée et sur l'unité des employés, point de contrôle de surveillance des symptômes pour les visiteurs à l'entrée, activités et repas par système de résidents-bulles et vaccination massive de nos résidents et employés.

Les déplacements de la clientèle vers le bon milieu d'accompagnement adapté (MAA) se sont poursuivis afin d'atteindre un taux de plus de 75% d'occupation. Notons que la mission des unités mixtes 2A et 3A sera revue, considérant que le taux d'occupation des lits est pratiquement de 100%.

ÉTAGES	2A (MIX)	3A (MIX)	2B (ERR)	3B (GLO)	5E (COG)	6E (PHY)	7E (COG)	8E (PHY)	9E (UNI)	10E (PHY)	11E (PHY)	12E (COG)
Nombre de lits	42	46	33	31	19	28	28	24	24	24	24	24
Résidents sur le bon MAA	60%	42%	97%	76%	82%	93%	81%	100%	83%	75%	88%	100%



Au cours de l'année, des rencontres virtuelles de MAA de vie se sont maintenues à une fréquence mensuelle ou bimensuelle dans les différentes unités de vie. Ainsi, plusieurs projets ont vu le jour. Notons par exemple, l'installation de murales colorées et de trompe-l'œil, la création d'un espace bibliothèque et d'une salle Snoezelen et l'acquisition d'une perruche qui égaie la vie des résidents. À cela s'ajoute un système d'échange de courrier avec les étudiants du primaire de l'École Marie-Clarac et l'ajout de jeux et d'un gymnase.

Nous avons connu plusieurs éclosions au cours de la dernière année dans les différentes unités de vie, mais nous sommes parvenus à adapter notre offre de services afin de prévenir le déconditionnement physique et psychologique de nos résidents.

Nous avons également réalisé un grand nombre de formations. En effet, grâce à la collaboration de quatre instructeurs sur les *Principes pour le déplacement sécuritaire de personnes* (PDSP), nous avons pu former plus de 85% du personnel infirmier et leur donner du soutien afin d'assurer leur sécurité et celle de nos résidents.

Nous avons aussi formé la majorité de nos infirmières et infirmières auxiliaires avec des formateurs de l'Université de Montréal sur l'approche à préconiser avec les personnes qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et avons débuté les formations pour le déploiement de notre propre programme.

Plusieurs autres formations ont eu lieu dont les nouvelles lignes directrices pour les rapports d'incidents-accidents, les soins bucco-dentaires en collaboration avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, qui doivent être mis en place à l'automne 2022, la vaccination des résidents, des employés et le fonctionnement de la salle multisensorielle Snoezelen qui a apporté des bienfaits chez certains résidents.

De plus, en collaboration avec la direction des ressources humaines, tous nos employés ont fait les essais d'ajustement des masques N-95 afin de pouvoir en bénéficier au besoin.

Outre la recherche de nouvelle main-d'œuvre tant chez les préposés aux bénéficiaires que les infirmières ou infirmières auxiliaires, l'an prochain, nous souhaitons réaliser divers objectifs, dont une réattribution des équipes afin d'équilibrer davantage les charges de travail et de mieux soutenir les résidents; finaliser le programme d'exercices pour les résidents des unités physiques et mettre en place des programmes cliniques : maladie pulmonaire obstructive (MPOC), diabète, douleurs et activités sensorielles.

En conclusion, la direction des soins infirmiers et des programmes à la clientèle désire maintenir son niveau d'excellence dans la dispensation de ses soins et de ses services à la clientèle. La mobilisation de toutes les équipes qui gravitent autour du résident, avec l'apport de sa famille et du proche aidant comme partenaire essentiel, nous permet de poursuivre nos objectifs d'un milieu de vie agréable.

## Loisirs

Le service des loisirs a repris graduellement l'ensemble de ses activités de groupe sur les unités de vie. Après avoir vécu de longs mois d'isolement, les résidents ont démontré, dès l'ouverture des activités, de l'intérêt à renouer avec celles-ci. Par ailleurs, le service des loisirs a eu l'opportunité de compter sur des aides de service durant le printemps et de trois étudiants d'Emploi été Canada durant la période estivale.

Les bénévoles ont recommencé leurs activités à partir du mois juin 2021. En plus d'une écoute active auprès des usagers, les bénévoles offrent un service de raccompagnement et de transport qui est grandement apprécié.

La pandémie a aussi été difficile pour plusieurs d'entre eux et certains nous ont quittés au cours de l'année. Nous avons toutefois maintenu entre huit et seize bénévoles actifs par mois et ils ont offert 1 850 heures de bénévolat.

Nous tenons à remercier tous ces bénévoles qui ont participé à la vie des résidents et à souligner de façon plus particulière la grande générosité et le dévouement de tous ceux qui sont demeurés avec nous.

## Principales réalisations

- Mise en place d'activités de type milieux d'accompagnement adapté (MAA), accompagnement de nos aides de service et étudiants dans les activités auprès de la clientèle;
- Accueil d'une stagiaire en musicothérapie de l'Université Concordia, de septembre à décembre 2021;
- Plusieurs activités, dont trente de zoothérapie et certaines avec le lapin du Centre de jour;
- Visites de la Fondation Dr Clown à dix reprises des mois d'octobre à décembre 2021 avec son programme « *La Belle visite pour nos aînés* ». Une quarantaine de résidents en moyenne, ont pu bénéficier de ce programme. Ce fut un franc succès;
- Création de groupes d'activités en lien avec les différentes mesures d'isolement durant l'année.

ANIMATION LOISIRS	2021-2022	2020-2021	2019-2020
Participation (nb)	19 383	10 830	17 986
Temps (min)	825 864	417 708	917 323

## Centre de jour

Le Centre de jour a maintenu ses activités durant toute l'année, malgré les différentes vagues de la pandémie à la COVID-19. Heureusement, nous n'avons pas connu de contamination à l'interne. La vigilance et le travail de surveillance des symptômes de nos usagers ont donné les résultats escomptés. Une évaluation de la Direction de la santé publique, réalisée en cours d'année, a d'ailleurs validé nos pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections relativement à la COVID-19. À ce titre, nous étions heureux d'entendre leurs commentaires positifs concernant les mesures que nous avons mises en place.

Outre notre clientèle régulière, les nouvelles demandes d'admission sont moins nombreuses que les années antérieures, conséquence de la pandémie. Nous continuons toutefois nos démarches auprès des futurs usagers afin de venir combler les places disponibles et permettre à un plus grand nombre de

personnes de participer aux activités du Centre de jour en fonction de leurs besoins de plus en plus spécifiques.

### Principales réalisations de l'année

- Augmentation mensuelle du nombre d'utilisateurs;
- Rehaussement de l'offre de services aux usagers en répit : reprise de plus d'une journée par usager afin de maintenir et de favoriser le maintien à domicile pour les usagers avec troubles neurocognitifs (TNC);
- Recherche d'un éducateur spécialisé;
- Reprise de l'ensemble des activités de grands groupes et de quelques sorties : Jardin botanique, pique-niques aux Îles de Boucherville, sortie aux pommes; dîner cabane à sucre et fête de Noël avec la clientèle;
- Préparation de la fête du 25<sup>e</sup> anniversaire du Centre de jour avec la clientèle et les partenaires.

---

### Service accueil, archives et communication

Tout comme les autres secteurs d'activités, le service accueil, archives et communication s'est remis de la pandémie COVID-19 pendant l'année 2021-2022. Des difficultés importantes ont teinté les admissions tout au long de l'année et en ont augmenté les délais.

### Principaux constats

- Le taux d'occupation des lits n'a pas été atteint pour une deuxième année consécutive, majoritairement en raison des délais d'admission hors de notre contrôle. Pour l'année 2021-2022, le taux d'occupation se situe à 92,03 %, une augmentation de près de 20 % comparativement à l'année dernière;
- Le nombre d'admissions, environ 200 pour l'année, a augmenté de 45 % par rapport à 2020-2021;
- Le nombre important de transferts de lit est notamment attribuable au transfert de résidents vers le bon milieu d'accompagnement adapté (MAA) après leur évaluation par l'équipe clinique;
- Le nombre de décès a diminué de près de 50 % comparativement à l'année antérieure;
- Le taux de roulement des résidents se situe à 47,53 %.

Au 31 mars 2022, le portrait des admissions, décès et départs est le suivant :

Nombre d'admissions	Nombre de décès	Nombre de départs
199	92	35

Outre les activités annuelles régulières du service, notons également la production de plusieurs bulletins d'information; la mise à jour du site internet et la création d'un intranet dont les travaux se poursuivront au cours de l'année 2022-2023.

---

## Service de pastorale

### Principales réalisations de l'année

- Plusieurs modalités de rencontres ont eu lieu afin de favoriser tant les locataires de la résidence pour personnes âgées (RPA) que les résidents pour des échanges spirituels, recevoir la communion, assister à une célébration liturgique toutes les fins de semaine, le sacrement des malades, et plus encore.
- Des visites spirituelles ont eu lieu sur les unités de vie selon le calendrier proposé par le service d'animation. Ces visites se font individuellement dans les chambres selon la disponibilité des personnes. Ces dernières en profitent fréquemment pour recevoir les sacrements du pardon ou des malades. Des célébrations liturgiques sont aussi offertes à divers moments dans la semaine et la fin de semaine en fonction des demandes des divers secteurs.
- Au cours des fins de semaine, avant ou après les messes, des résidents en profitent pour rencontrer l'intervenant spirituel et communier s'ils le désirent.
- Tous les résidents qui l'ont souhaité ont reçu le sacrement des malades, sauf durant quelques mois où la situation pandémique ne le permettait pas.
- L'intervenant spirituel est toujours disponible pour la célébration des malades, peu importe l'heure, et même la nuit pour un résident en fin de vie, à la demande de la famille.
- Quelques cérémonies de funérailles ont aussi été célébrées au cours de l'année tout en respectant le nombre maximum de personnes (15) et les consignes sanitaires. Ces célébrations sont appréciées et fréquemment demandées par les familles.
- Outre la participation de l'intervenant en soins spirituels, notons la collaboration de Sr Claire L. Croteau et de Sr Sonia, ainsi que des membres du service des loisirs.

---

## Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

Pour l'année 2021-2022, la gestion de la pandémie s'est poursuivie avec tous ses enjeux. La surcharge de travail est demeurée et s'est même intensifiée en raison de nombreux départs à la direction des ressources humaines.

Malgré la pénurie de main-d'œuvre, nous avons procédé à l'embauche de plusieurs titres d'emploi pour rehausser la stabilité de notre personnel.

TITRES D'EMPLOI	31 MARS 2022 NOMBRE D'EMBAUCHES	31 MARS 2021 NOMBRE D'EMBAUCHES
Infirmier	2	13
Infirmier auxiliaire	9	9
Préposé aux bénéficiaires	35	60
Personnel des services techniques	16	31
Personnel du service alimentaire	20	19
Personnel de bureau / professionnels	23	14
Aide de service	7	28
Loisirs	3	0
Personnel d'encadrement	10	6

Malgré les nombreuses actions effectuées au niveau du recrutement et tenant compte des budgets de développement reçus en cours d'année, nous avons dû recourir à de la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires. Par ailleurs, même s'il y a eu un rehaussement de 92 postes de préposés aux bénéficiaires, cela n'a pas suffi à combler les besoins pour cette catégorie d'emploi.

INDICATEURS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES						
	INFIRMIERS		INFIRMIERS AUXILIAIRES		PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Heures travaillées	53 386	50 491	92 127	90 622	318 086	306 399
Heures supplémentaires	2 100	2 681	10 246	11 544	26 614	25 322
Ratio hres supp/hres travaillées	3,93 %	5,31 %	11,12 %	12,74 %	8,37 %	8,26 %
Heures MOI	19 329	13 982	3 103	2 955	21 981	4 417
Ratio MOI/hres travaillées	36,21 %	27,69 %	3,37 %	3,26 %	6,91 %	1,44 %
Heures assurance salaire	3 768,5	4 379,34	4 303,31	5 654,20	18 366,86	17 135,67
Ratio ass. salaire/hres travaillées	7,1 %	8,7 %	4,7 %	6,2 %	5,8 %	5,6 %

RÉPARTITION DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2022			
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTE	EXERCICE COURANT 2021-2022	EXERCICE PRÉCÉDENT 2020-2021	VARIATION
<b>PERSONNEL-CADRE (EN DATE DU 31 MARS)</b>			
Temps complet, nombre de personnes	17	16	1
Temps partiel, nombre de personnes	3	4	(1)
Équivalents temps complet	16,20	12,46	3,74
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0	0	0
<b>PERSONNEL RÉGULIER (EN DATE DU 31 MARS)</b>			
Temps complet, nombre de postes	406	327	79
Temps partiel, nombre de postes	81	93	(12)
Équivalents temps complet	352,16	ND	ND
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0	0	0
<b>PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTE (OCCASIONNEL)</b>			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	63 646	65 833	(2 187)

## Reconnaissance / Valorisation

En plus de la reconnaissance du travail effectué au quotidien, la Résidence Angelica a souligné et reconnu la contribution de son personnel lors d'un dîner de la rentrée en septembre 2021, d'un repas à l'occasion de la période des Fêtes, et d'une journée spécifique pour chaque catégorie d'emploi. Tous les titres d'emploi sont visés dans le cadre de cette journée.

## Griefs et arbitrages

Malgré le nombre de griefs toujours actifs cette année, nous entretenons de bonnes relations avec l'ensemble des accréditations syndicales. Des rencontres régulières (comités de relations de travail) ont lieu et, en cas de besoin particulier, des rencontres sont tenues ponctuellement.

SYNDICATS	NOMBRE DE GRIEFS DÉPOSÉS EN 2021-2022	GRIEFS ACTIFS 31 MARS 2022	NOMBRE DE GRIEFS RÉGLÉS	NOMBRE ARBITRAGES/DOSSIERS RÉFÉRÉS EN CRT
APTS	22	18	6	0
SQEEES (FTQ)	90	127	4	90
AIM (FIQP)	15	27	1	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 est 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.

Au cours de l'exercice 2021-2022, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel a eu à traiter les plaintes suivantes :

PLAINTES DÉPOSÉES	PLAINTES RECEVABLES	MESURES DISCIPLINAIRES PRISES
2	1	1

MESURES APPLIQUÉES AU REGARD DES PLAINTES DÉPOSÉES	NOMBRE
Congédiement	1

## Objectifs 2022-2023

La Direction des ressources humaines et du développement organisationnel reprend les mêmes objectifs qu'en 2021-2022, ceux-ci n'ayant pu être réalisés en raison du haut taux de roulement :

- Réviser certaines des politiques et procédures relevant de son secteur d'activités;
- Collaborer à la préparation de la visite d'Agrément Canada;
- Réviser et optimiser plusieurs processus internes dont :
  - Révision du processus accueil-orientation;
  - 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 et du développement organisationnel avec une toute nouvelle équipe en place.

---

## Direction des services techniques

L'année en cours nous a permis de poursuivre et de finaliser des travaux débutés l'an dernier et de continuer l'entretien préventif du bâtiment et des équipements qui s'est fait en continu. Nous avons également été mobilisés de façon importante afin de relocaliser les résidents vers leur milieu respectif d'accompagnement adapté. Ces déménagements, de même que les travaux de préparation des chambres en vue de la reprise des admissions, ont grandement sollicité les équipes de tous les services et ont nécessité des ajouts de ressources.

Tout comme l'an dernier, les mesures de prévention reliées à la pandémie ont nécessité plusieurs heures de travail venant impacter sur des projets prévus cette année.

À la suite d'une injection d'argent de la part du MSSS, nous avons demandé à des firmes externes des devis afin de procéder aux rénovations des unités de vie du 2A et 3A, ainsi que pour la salle à manger de l'unité de vie du 7<sup>e</sup> étage. Ces projets devraient se concrétiser au cours de la prochaine année.

## Principales réalisations de l'année

- Évaluation de l'enveloppe du bâtiment réalisée à l'hiver 2022;
- Inspection du stationnement intérieur et extérieur;
- Mise à jour du système de ventilation du Centre de jour;
- Projet de réfection de la toiture (20<sup>e</sup> et 21<sup>e</sup> étage) mis en priorité;
- Installation de portes pour les salles de toilette des chambres des unités 2A, 3A et du 6<sup>e</sup> étage;
- Inspection des lève-personnes et corrections apportées lorsque requis;
- Inspection des lits et leur remplacement lorsque désuets.



## Buanderie-lingerie

Le service de la buanderie-lingerie a fonctionné à temps complet afin de procéder au lavage des vêtements personnels des locataires et des résidents, des uniformes des employés ainsi que des jaquettes jaunes spécifiques, utilisées pour les mesures de prévention des infections.

## Hygiène-salubrité

Quant au service d'hygiène-salubrité, nous avons dû faire appel aux services d'une firme externe pour renforcer l'équipe et ainsi augmenter le nombre d'employés sur les étages afin de répondre aux besoins de désinfection sur les unités de vie et éviter les contaminations croisées.

## Service alimentaire

Le service alimentaire a connu une année plutôt difficile reliée à son manque de main-d'œuvre (préposés au service alimentaire, techniciens en diététique, nutritionnistes). Malgré ce contexte, tout a été mis en œuvre pour offrir le meilleur service possible aux résidents.

Au cours de l'année, une importante réflexion sur le fonctionnement actuel du service alimentaire a permis de mettre en place un projet d'optimisation de tout le processus alimentaire selon les meilleures pratiques. L'an prochain, ce projet sera fonctionnel et toute l'équipe sera formée à cet effet. Une formation générale sera également offerte aux membres de l'équipe sur les principes de restauration en institution. De plus, dans le cadre du projet Stratégie nationale d'achat d'aliments québécois (SNAAQ) organisé par l'ITHQ, l'équipe du service alimentaire souhaite favoriser les achats locaux.

Notons également que dans le contexte de la pandémie et de la pénurie de ressources, les projets d'amélioration de l'environnement de la cuisine et de la cafétéria ont dû être reportés.

---

## Mesures d'urgence

### Principales réalisations de l'année

- Poursuite des travaux du comité de planification des mesures d'urgence;
- Cartable des mesures d'urgence déposé sur tous les postes de travail du personnel;
- Révision du plan des mesures d'urgence;
- Formation du personnel amorcée en avril 2021;
- Tenue d'activités dans le cadre de la semaine de la sécurité civile afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière de mesures d'urgence.

---

## Direction des ressources financières et informationnelles

La direction des ressources financières et informationnelles est responsable des services financiers, de la paie, de l'approvisionnement, de la téléphonie et de l'informatique.

### Ressources financières

Tout comme l'ensemble des directions, la direction des ressources financières et informationnelles a été grandement impactée par l'application des directives et des arrêtés ministériels, de même que par les autres dossiers reliés à l'équité salariale et à l'application de nouvelles conventions collectives.

Les nombreuses redditions de comptes demandées par les instances externes ont aussi alourdi la charge de travail de l'équipe des ressources financières qui a dû composer avec des systèmes d'information plus ou moins adaptés à ses besoins.

Heureusement, avec la mise à jour graduelle des systèmes d'information faisant suite à l'acquisition de nouveaux serveurs, l'équipe a pu bénéficier d'outils répondant davantage aux différents impératifs.

Vers la fin de l'année financière 2021-2022, la direction des ressources financières et informationnelles a fait face à une pénurie de personnel à la suite de départs temporaires ou définitifs. Le recrutement du personnel administratif a également posé un grand défi, et a occasionné une surcharge de travail pour l'équipe en place.

Au niveau des approvisionnements, l'équipe a dû aussi composer avec de nombreux défis. Parmi ceux-ci, les difficultés d'approvisionnements liés aux ruptures de stocks ont généré une charge de travail supplémentaire et l'équipe a dû multiplier ses recherches pour trouver des produits de remplacement.

### Ressources informationnelles

Le secteur des ressources informationnelles a connu une année bien remplie avec l'acquisition de nouveaux serveurs et la mise à jour de systèmes d'information. De plus, à la suite du départ de notre analyste informatique en cours d'année, l'établissement a rehaussé le nombre d'heures de soutien-conseil avec une firme externe, laquelle a pris en charge le soutien technique aux utilisateurs et les différents projets informationnels.

### Principales réalisations

- Remplacement complet de la solution serveur de la Résidence qui datait de plus de 10 ans;
- Mise en place d'une solution de batterie de secours (UPS) de grande capacité;
- Mise à niveau de la salle des serveurs :
  - Rénovation physique;
  - Mise en place d'une solution anti-feu homologuée pour les salles électroniques;
  - Ajout de circuits électriques de plus grande capacité;
- Mise en place d'un appareil de filtrage et de contrôle de sécurité informatique (Fortigate) pour l'ensemble du réseau de la Résidence et d'une solution de requêtes informatiques centralisées.

---

## **Direction des services professionnels, département de médecine générale et pharmacie**

L'établissement a été touché cette année par le décès subit du Docteur Jean-Louis Hausser, médecin traitant et président du CMDP. Nous avons tous été ébranlés par ce décès et nous souhaitons réitérer nos plus sincères condoléances aux membres de sa famille, à ses proches et à ses confrères. Docteur Hausser était un homme et un médecin apprécié et respecté de tous.

Des recherches ont été mises de l'avant afin de pourvoir ce poste vacant. Rapidement, l'intérim fut assuré par Dr Georges Dadour. Les médecins de la Résidence ont pris en charge les patients du Dr Hausser et veillé ainsi à la qualité des soins médicaux.

À la suite d'une entente conclue entre la Résidence Angelica et l'Hôpital Marie-Clarac, les services pharmaceutiques de la Résidence sont désormais assurés par le département de pharmacie de l'Hôpital Marie-Clarac. En cours d'année, nous avons eu le plaisir d'accueillir Mme Anh Nguyen comme chef du département de pharmacie et membre actif du CMDP de la Résidence Angelica. L'organisation est heureuse de l'ajout de ce nouveau membre qui possède une belle expertise dans son domaine.

Par ailleurs, dû à des circonstances exceptionnelles survenues au cours de l'année 2021-2022, aucune rencontre du comité d'évaluation de l'acte médical n'a eu lieu. L'an prochain, les rencontres reprendront. Les membres de la direction des services professionnels ont toutefois poursuivi leurs travaux préparatoires en vue de la prochaine visite d'Agrément Canada.

Afin d'assurer une présence constante à la Résidence (24/7), la poursuite de la garde conjointe entre la Résidence Angelica et la Résidence Berthiaume-du-Tremblay s'est maintenue. Notons que les unités de vie bénéficient d'un médecin traitant en permanence. Par ailleurs, l'équipe médicale a été présente à la Résidence lors de moments importants malgré la pandémie.

### **Objectifs 2022-2023**

Concernant les projets pour l'an prochain, une attention particulière sera portée au nombre de prescriptions de psychotropes afin de les réduire, de même qu'au nombre de médicaments prescrits.

L'évaluation de la qualité de l'acte médical et pharmaceutique sera reprise en continu ainsi que l'étude par critères objectifs, selon les recommandations du Collège des Médecins du Québec, et ce, dans le but de se comparer avec les meilleures pratiques et ainsi améliorer le suivi clinique des résidents.

---

## Rapport sur les soins de fin de vie

La Résidence Angelica offre des soins de fin de vie de façon à ce que tout résident ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. Ces soins incluent la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

La Résidence s'est également dotée d'une politique en conformité avec la Loi 2 sur les soins de fin de vie et les orientations ministérielles en la matière. Cette politique a pour but d'assurer aux résidents en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.

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

---

## Divulgence des actes répréhensibles

En vertu de l'article 25 de La Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles, l'établissement est tenu de rendre compte de la divulgation d'actes répréhensibles par les employés dans son rapport annuel.

À cet effet, aucun acte répréhensible n'a été divulgué au cours de l'année 2021-2022.

## Répartition des charges brutes par programme

PROGRAMMES	EXERCICE COURANT 2021-2022		EXERCICE PRÉCÉDENT 2020-2021		VARIATION DES DÉPENSES	
	DÉPENSES	%	DÉPENSES	%	\$	%
<b>PROGRAMMES SERVICES</b>						
Santé publique	108 540\$	0,2%	226 089\$	0,5%	↓ 117 549\$	108,3%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	29 696 831\$	59%	24 888 734\$	60,7%	↑ 4 808 097\$	16,1 %
Santé physique	4 232 367\$	8,4%	329 528\$	0,8%	↑ 3 902 839\$	92,2%
<b>PROGRAMMES SOUTIEN</b>						
Administration	3 755 787\$	7,4	3 756 858 \$	9,2%	↓ 1 071\$	0,03%
Soutien aux services	7 449 846\$	14,7	6 765 575 \$	16,5%	↑ 648 271\$	0,87%
Gestion des bâtiments et des équipements	5 205 605\$	10,3	5 041 138\$	12,3%	↑ 164 467\$	3,16%
<b>TOTAL</b>	<b>50 448 975\$</b>		<b>41 007 922\$</b>		<b>↑ 9 441 053\$</b>	

### Résultat du fonds d'exploitation

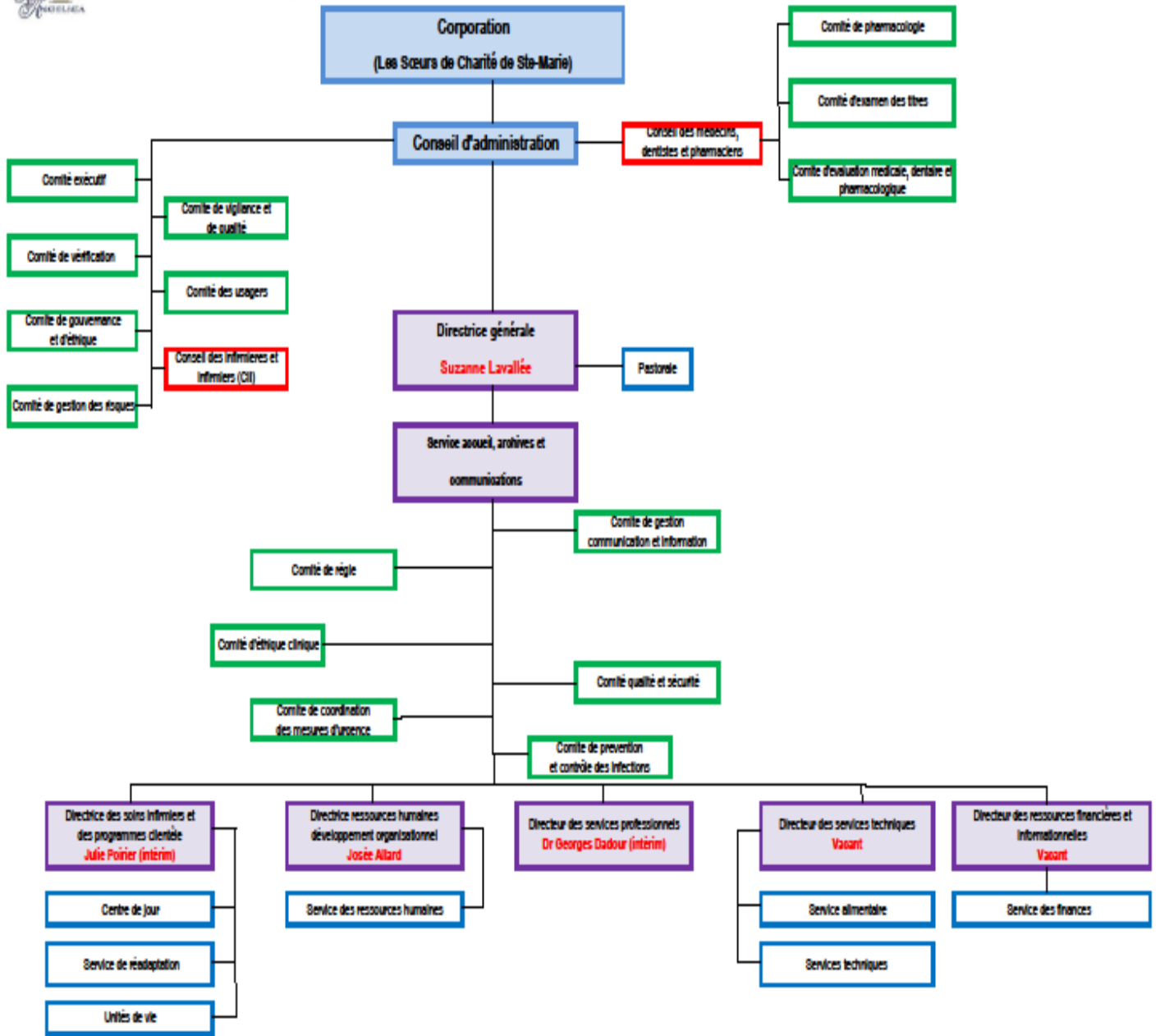
Le résultat du fonds d'exploitation pour l'exercice se terminant le 31 mars 2022 se solde par un déficit de 1 265 289 \$.

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



# ORGANIGRAMME

Titulaire    Vacant    Comité    Service



## Annexe I

### Structure organisationnelle

## Annexe II

### 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.

### *Discrétion 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 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.