



Rapport annuel de gestion
2018-2019

CHSLD BUSSEY (QC) INC
2069, boul. St-Joseph
Lachine, Québec, H8S 4B7

Là où la vie a un sens

Marie-Hélène Girard
Directrice générale



CHSLD BUSSEY (QC) INC.

Table des matières

| | |
|--|--------|
| Message des autorités | 2 |
| Déclaration et fiabilité des données | 3 |
| Rapport de la direction..... | 4 |
| Présentation de l'établissement | 5 |
| Mission | |
| Structure organisationnelle | |
| Comités de l'établissement | |
| - Comité de gestion des risques..... | 7 |
| Contexte et faits saillants | 11 |
| Réalisations en regard du plan stratégique | 12 |
| a) Principales modifications apportées durant l'exercice | 12 |
| b) Enjeux, Orientations stratégiques et objectifs | 12 |
| c) Les résultats obtenus par rapport aux objectifs priorisés..... | 13 |
| - Suites aux recommandations d'Agrément Canada et du MSSS..... | 15, 26 |
| - Application de la politique portant sur les soins de fin de vie..... | 17 |
| - Service des ressources humaines..... | 20 |
| - Sécurité des soins et services | 25 |
| - L'examen des plaintes et la promotion des droits..... | 27 |
| - Protecteur des citoyen- Coroner-Autres instances..... | 27 |
| - Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs | 27 |
| États financiers, analyses des résultats | 27 |
| Code d'éthique et de déontologie | 28 |

Annexes :

1. Organigramme
2. Comités des usagers 2018-2019
3. Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
4. Code d'éthique et de déontologie

MESSAGE DES AUTORITÉS

Le CHSLD Bussey, *là où la vie a un sens...*

Madame, Monsieur,

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2018-2019. Vous y trouverez les principales réalisations, les faits saillants ainsi que les principaux résultats atteints au cours de l'année.

Le CHSLD Bussey est une entreprise familiale qui, depuis 1991, a su orienter ses choix de soins et services en priorisant une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Notre milieu de type familial se veut chaleureux et sécuritaire.

D'ailleurs, le 7 décembre 2017, Agrément Canada nous décernait le statut «*agrée avec mention d'honneur*» dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum.

Depuis avril 2015, nous sommes certifiés employeur de choix. Notre centre a déployé tous les efforts nécessaires au développement et au maintien d'un milieu de travail sain et par conséquent à l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à notre clientèle.

Depuis le 1^{er} novembre 2018, nous n'avons plus de médecin. Des efforts ont été déployés par la direction générale et des soins infirmiers afin de recruter un nouveau médecin et ce, malgré la pénurie de main d'œuvre. Les efforts se traduisent par de multiples échanges (appels téléphoniques, annonce dans la revue Profession Santé et sur le site Omni, envois postaux à tous les médecins, participation au comité couverture des effectifs médicaux de l'AEP, etc.) entre la direction générale et les partenaires du réseau soit le CIUSSS de l'Ouest de l'île de Montréal, le DRMG de Montréal et le Ministère de la Santé. L'équipe médicale du regroupement des CHSLD de Lachine et Dorval a accepté d'assurer la garde téléphonique jusqu'à l'arrivée du nouveau médecin. De plus, nous avons créé un partenariat avec la clinique Mednam.

Bien que nous n'ayons toujours pas de médecin au 31 mars 2019, nous avons recruté un nouveau médecin qui devrait débiter à la mi-août 2019.

Évidemment, il nous a été possible d'atteindre des résultats très satisfaisants grâce à l'engagement et au dévouement des membres du conseil d'administration⁽¹⁾, des cadres, du personnel, du médecin, des bénévoles et de nos partenaires. Nous aimerions donc les remercier et souligner leur travail et leur implication à la réalisation de la mission de l'établissement.



Présidente-directrice générale

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies.

DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du CHSLD Bussey (Qc) inc. :

- 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.

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2018-2019 du CHSLD Bussey (Qc) inc., ainsi que les contrôles afférents sont fiables et ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marie-Hélène Girard', is positioned above the printed name.

Marie-Hélène Girard
Présidente-directrice générale

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du CHSLD Bussey inc. ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

La direction du CHSLD Bussey (Qc) inc. reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Les états financiers ont été audités par la firme *Bellemare, Aubut s.e.n.c.* dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion.



Marie-Hélène Girard
Présidente-directrice générale

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Notre Vision

Le CHSLD Bussey, *là où la vie a un sens...*

Notre Mission

Le CHSLD Bussey est un centre d'hébergement, privé conventionné, offrant des soins de longue durée à 35 adultes ou personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive dans un milieu de vie chaleureux, humain et sécuritaire. Il est situé au 2069 boul. Saint-Joseph à Lachine, sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et bénéficie d'une vue exceptionnelle sur le canal de Lachine. Il est désigné pour offrir tous ses services en français et en anglais.

Notre mission, telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, inclut des services d'hébergement, de soins infirmiers et d'assistance, de soutien et de surveillance, des services pharmaceutiques et médicaux ainsi que des services psychosociaux, de loisirs et de réadaptation. Les services sont personnalisés et adaptés aux besoins de chaque résident tout en s'assurant du respect de leur autonomie, de leur bien-être et de leur dignité.

Notre centre priorise une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Nous privilégions la participation des résidents et de leurs proches à l'élaboration des interventions et décisions les concernant. Nos employés, nos partenaires et nos bénévoles unissent leurs efforts et ont à cœur de placer les résidents en priorité au moment d'entreprendre toutes actions.

Les valeurs qui nous animent et qui sont le fondement de notre

- **Le Respect, *En tout temps au cœur de nos gestes...***En traitant toute personne avec dignité et sollicitude.
- **L'Engagement, *Ensemble pour aller plus loin...***En faisant converger nos compétences et talents individuels en projet collectif dont la réussite repose sur l'apport du chacun.
- **La Sécurité, *Au cœur de notre culture de qualité...*** axée sur nos résidents, leurs familles et notre personnel.
- **La Transparence, *Un savoir dire, un savoir-écouter et un savoir-être...*** Ouverture, franchise et authenticité créent un climat de confiance avec nos résidents, les familles et notre personnel.

L'organigramme de notre organisation au 31 mars 2019

L'organigramme de l'établissement au 31 mars 2019 est présenté à *l'annexe 1*.

Les comités de l'établissement en vertu de la Loi ou non

La direction s'assure que tous les comités qui sont en place soient actifs et collaborent à la poursuite de l'amélioration continue de la qualité des soins et services :

- ❖ Comité de vigilance et de la qualité des services;
- ❖ Comité des usagers;
- ❖ Comité des infirmiers et infirmières (CII);
- ❖ Comité de soins et d'accompagnement en fin de vie;
- ❖ Comité de gestion intégrée de la qualité (Milieu de vie, Agrément Canada, modèle *Planetree*);
- ❖ Comité de gestion des risques.

a) Comité de vigilance et de la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité des services a tenu une rencontre au cours de l'année. Celle-ci avait pour but de faire le suivi des recommandations données par :

- Le comité de gestion de risques;
- Agrément Canada;
- Visite Ministérielle;
- Coroner;
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de vigilance et de la qualité des services est satisfait des suivis donnés aux recommandations car ils témoignent de l'importance accordée à la qualité des soins et des services dans le respect des droits individuels et collectifs et s'inscrivent dans la logique d'une participation accrue des résidents et d'un meilleur suivi des services dispensés à la population.

b) Comité des usagers

Le comité est actif et a tenu 2 rencontres en 2018-2019. Il s'est impliqué dans plusieurs activités afin de faire la promotion de celui-ci et de faire prévaloir les droits et intérêts des usagers auprès des résidents et des familles. Les priorités de réalisations de l'année sont entre autres :

1. Produire et distribuer un calendrier avec des photos des résidents en y insérant des compléments d'informations sur les droits des usagers;
2. Organiser une rencontre informelle avec la direction générale;
3. Organiser un minimum de trois réunions par année;
4. Maintenir une bonne collaboration avec M. Denis Chaput, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
5. Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des usagers du CHSLD Bussey en évaluant leur niveau de satisfaction des services offerts;
6. Publiciser l'existence du comité des usagers afin de s'assurer que les usagers et membres de familles puissent nous rejoindre le plus facilement possible;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

7. Promouvoir les droits des résidents du CHSLD Bussey;
8. Collaborer avec la direction de l'établissement, au processus de maintien de la reconnaissance Bronze de Planetree Canada et préparation en vue de la visite Ministérielle qui pourrait avoir lieu durant la prochaine année;
9. Sondage lors des réunions du Comité des Usagers auprès des résidents, parents sur les menus et les services;
10. Organiser une assemblée générale annuelle afin de diffuser à l'ensemble des résidents et de leurs répondants le plus d'informations possibles sur notre raison d'être;
11. Publiciser les droits des résidents par la page Facebook du CHSLD Bussey.

Vous trouverez en *annexe 2* le rapport du comité des usagers.

c) Comité de gestion des risques

Il y a eu quatre (4) rencontres du comité de gestion des risques au cours de l'année.

Tous les AH-223 ont été saisis au registre national du SSISS. Des rapports trimestriels ont été remis à la direction générale, portant principalement sur la prévention des infections, le nombre d'incidents et accidents ainsi que sur le nombre de contention (ridelles).

Au CHSLD Bussey, la santé et la sécurité des résidents demeure une priorité organisationnelle reposant sur des valeurs solides pour le bien être de toute notre clientèle. La direction, les employés et les familles unissent leurs efforts dans un but ultime : promouvoir et maintenir une culture de sécurité dans le continuum de la prestation de soins et des services offerts. Cette réalité comporte de grands défis qui imposent l'utilisation d'une grande rigueur et se traduit quotidiennement dans tous les faits et gestes. Le comité de la gestion des risques possède une grande part de responsabilité dans cette démarche.

Changements et améliorations apportés durant l'année 2018-2019

Tout le personnel infirmier en place a reçu la formation pour inscrire les déclarations AH-223 dans le site du SSISS (version électronique). Notre objectif est d'éliminer presque totalement la version papier qui sera toujours disponible pour le personnel si le besoin se présente.

BILAN DE LA GRAVITÉ DES ÉVÈNEMENTS 2018-2019

| Gravité | Description | Nb. | % |
|----------------|---|------------|--------------|
| A | Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur. | 2 | 1,1% |
| B | Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle). | 50 | 28,7% |
| 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). | 45 | 25,9% |
| 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. | 30 | 17,2% |
| 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. | 41 | 23,6% |
| 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. | 5 | 2,9% |
| 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. | 1 | 0,6% |
| 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. | 0 | 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. | 0 | 0,0% |

Bilan des conséquences

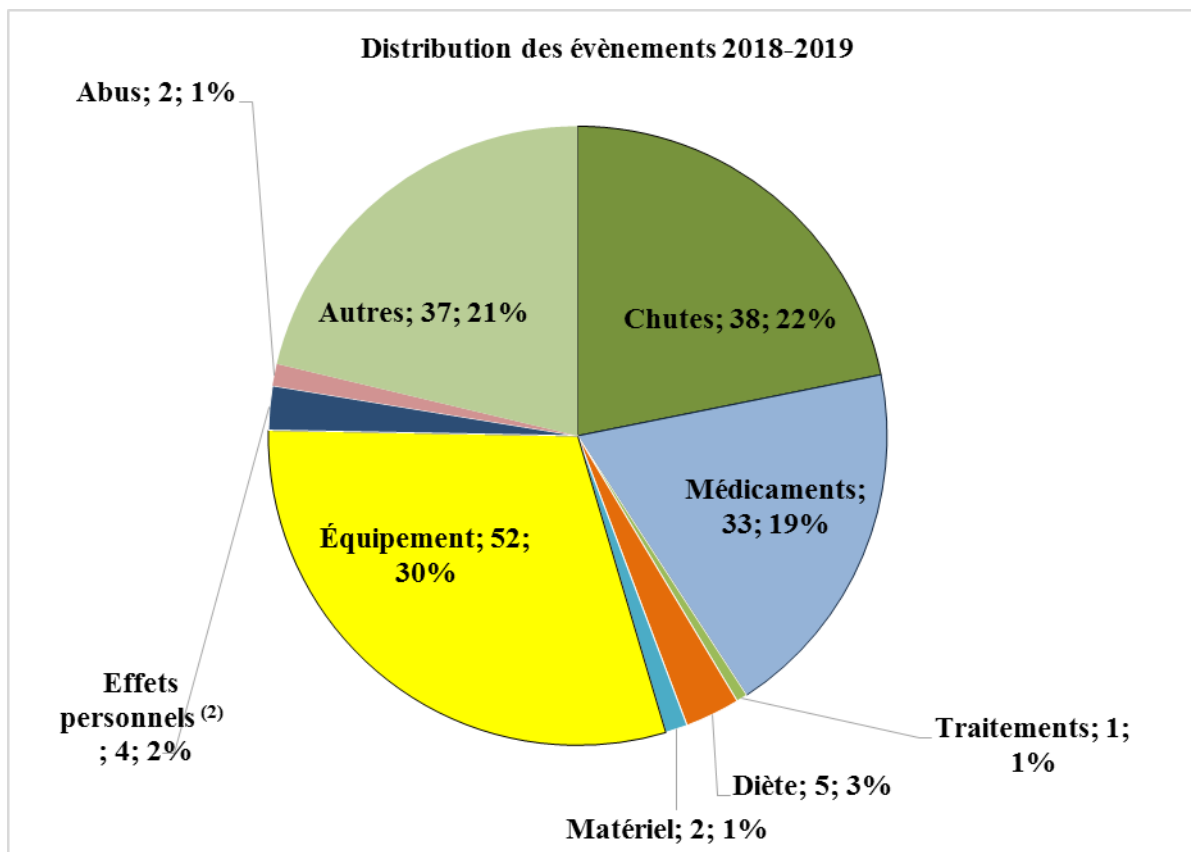
- Aucune conséquence : 121 (69,5 %)
- Conséquences physiques : 44 (25,3%)
- Psychologiques (colère, détresse) : 4 (2,3%)
- Psychologique et physiques : 1 (0,6%)
- Autres conséquences : 4 (2,3 %)

Bilan de l'année 2018-2019

Nous obtenons, pour l'année 2018-2019 un nombre total de 174 déclarations AH223 représentant ainsi une augmentation de 24,3% comparativement à l'année 2017-2018 (140 événements).

Une augmentation du nombre de chutes, d'erreurs de médicaments ainsi que d'incidents liés aux équipements expliquent cette hausse.

Bilan de l'année 2018-2019 – Total des déclarations : 174



Total des événements sentinelles pour l'année 2018-2019 : 25

| Type d'évènement sentinelle | 2017-2018 | 2018-2019 |
|---|-----------|-----------|
| Mesures de contrôle/équipement/matériel | 10 | 8 |
| Chutes | 4 | 4 |
| Diète | 5 | 3 |
| Bâtiment | 1 | 0 |
| Autre | 1 | 4 |
| Médication | 2 | 5 |
| Matériel | 1 | 0 |
| Agression | 0 | 1 |
| Total | 24 | 25 |

Mesures de contrôle et des mesures alternatives

Conformément à notre protocole d'application des mesures de contrôles, les mesures de contrôle doivent être appliquées en dernier recours chez nos résidents. En collaboration avec la conseillère en soins infirmiers, l'ergothérapeute effectue des audits de qualité concernant l'application adéquate et sécuritaire des mesures alternatives. Afin de sensibiliser les nouveaux employés de l'importance de positionner adéquatement les tapis sonores au lit et au fauteuil, notre programme d'orientation a été revu en conséquence par la conseillère en soins infirmiers.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

La campagne de vaccination pour l'Influenza s'est déroulée le 31 octobre et pour les employés, le 5 novembre 2018. Des vaccins supplémentaires ont été administrés par la suite.

Campagne de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque 2018-2019

| Couverture vaccinale antigrippale | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Résidents | | | Employés | |
| Année | Nombre de vaccinés | Couverture vaccinale | Nombre de vaccinés | Couverture vaccinale |
| 2018/2019 | 32 sur 35 résidents | 91,4 % | 33 sur 55 employés | 60.0 % |

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

| Couverture vaccinale Pneumocoque | | | | |
|---|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Année | Nombre de vaccinés | Résidents vaccinés | Nombre de vaccinés antérieurement | Couverture vaccinale |
| 2018/2019 | 10 sur 35 résidents vaccinés | | 28 sur 35 résidents | 80% |

Les infections respiratoires au CHSLD Bussey ont connu une hausse importante passant de 16 en 2017-2018 à 32 en 2018-2019. Une éclosion d'Influenza qui a débuté à la fin décembre 2018 explique cette hausse importante.

Les cas d'Influenza ont pu être détectés grâce à un dépistage rapide (moins de 72 heures après le début des symptômes).

Le nombre de SAG a diminué car tous les cas de SAG qui apparaissent après une confirmation d'éclosion sont considérés Influenza même s'il n'y a pas de dépistage de fait.

Bilan des infections 2018-2019 : 70

- Infections respiratoires : 32
- Infections urinaires : 14
- Infection des tissus mous et de la peau : 17
- Infection tractus gastro-intestinal : 3 (récidives de C. Difficile chez un résident connu).
- Autres infections : 4

Contexte et faits saillants

Sans contredit, l'année 2018-2019 aura été marquante à plusieurs égards :

- Le départ de notre seul médecin traitant est très préoccupant, des efforts ont été déployés par la direction afin d'assurer la sécurité des résidents et leur bien-être ;
- La pénurie de main-d'œuvre est très préoccupante, il est vraiment difficile d'assurer pleinement les services à notre clientèle, particulièrement durant la période estivale;
- Nonobstant ce qui précède, l'ajout d'heures soins par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de bonifier les services d'hygiène aux résidents en CHSLD, a permis le rehaussement des services d'hygiène, et ce, en collaboration avec nos résidents, leurs familles, notre personnel et nos syndicats. En date du 31 mars 2019, 60% de nos résidents désirent recevoir un 2^e bain (soit 21 résidents sur 35). 100% de ces 21 résidents reçoivent un 2^e bain par semaine. Il est important de souligner que 34% des résidents (12 résidents sur 35) ne désirent pas recevoir de 2^e bain alors que 2 résidents présentent une condition particulière ne leur permettant pas de bénéficier de ce 2^e bain;
- La mise à jour de la formation des infirmières, infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires (PAB) en soins palliatifs de fin de vie a permis d'outiller le personnel

soignant et de bonifier l'accompagnement des résidents et de leur famille en situation de fin de vie;

- Toutes les infirmières et infirmiers ont reçu la formation sur l'évaluation de la condition physique et mentale;
- La direction et la responsable des ressources humaines ont travaillées de concert afin maintenir des relations de travail harmonieuses, un climat de travail positif et serein;
- *Le Plan d'action pour le développement du personnel 2018-2021* a été entériné par le Comité du plan d'action pour le développement du personnel et a été diffusé à l'ensemble des employés.

LES RÉALISATIONS EN REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE

a) Principales modifications apportées durant l'exercice

Les principales modifications apportées au cours de l'année ont contribué à l'amélioration de l'offre de soins et de services de qualité pour les résidents et leurs proches de même qu'au développement d'un milieu de travail sain et dynamique. Il s'agit de :

- L'équipe médicale du regroupement des CHSLD de Lachine et Dorval a accepté d'assurer la garde téléphonique jusqu'à l'arrivée du nouveau médecin. De plus, nous avons créé un partenariat avec la clinique Mednam située à Lachine. Afin d'éviter un transfert à l'urgence, un résident nécessitant une évaluation médicale sans hospitalisation était dirigé vers cette clinique ;
- *Le Plan d'action pour le développement du personnel 2018-2021* a été entériné par le Comité du plan d'action pour le développement du personnel et a été diffusé à l'ensemble des employés ;
- Nous avons finalisé le déploiement la formation pour les infirmières – *Évaluation de la condition physique et mentale*.
- Mise en place du bain à la serviette dans un contexte de SCPD ;

Statistiques clientèle

| | |
|------------------------|--------|
| • Taux d'occupation: | 98.60% |
| • Nombre d'admissions: | 21 |
| • Nombre de départs | 5 |
| • Nombre de décès | 16 |

b) Enjeux, Orientations stratégiques et objectifs du Plan stratégique 2016-2020

La planification stratégique 2016-2020 est issue d'une démarche concertée des trois CHSLD détenus par les propriétaires soit les CHSLD Bussey, Bourget et St-François. Trois centres avec des entités légales distinctes mais qui travaillent en partenariat afin d'optimiser et faciliter les opérations des trois centres.

Le Plan stratégique 2016-2020 guidera nos actions au cours des quatre prochaines années. Ces enjeux et orientations sont fondés sur la vision, la mission et les valeurs organisationnelles. Chaque objectif est défini par des indicateurs de résultats; ceux-ci nous permettent de mesurer l'avancement du plan. Vous trouverez sur notre site web le plan stratégique 2016-2020.

Nous vous présentons ici les enjeux, les orientations stratégiques et les principaux objectifs généraux qui se veulent une source d'inspiration pour la mobilisation de tous nos acteurs afin d'assurer la continuité, la consolidation et l'optimisation de nos programmes de soins et de services.

Planification stratégique et opérationnelle 2016-2020

Enjeux :

- ✓ Arrimer nos standards aux meilleurs pratiques et normes reconnues;
- ✓ Maintenir une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité et des services où l'humanisme prime;
- ✓ Maintenir un milieu de travail positif et stimulant qui agit sur la mobilisation, la communication et l'engagement de tout notre personnel.

Orientations stratégiques :

- Promouvoir une gestion inspirante, responsable et performante ;
- Intégrer la culture de sécurité tout en valorisant la mise en œuvre d'un milieu de vie humain pour nos résidents et leurs proches;
- Œuvrer à la création d'un milieu de travail faisant place à l'autonomie, aux initiatives et au partage des responsabilités afin d'assurer la pérennité de service de qualité.

Objectifs spécifiques :

- Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres;
- Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante;
- Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leur proche en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire;
- S'assurer, conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des événements indésirables, sentinelles ou erreurs liés aux médicaments, aux infections et autres préjudices;
- Créer des environnements pratiques et propices au bien-être où l'on se sent comme chez soi;
 - Tirer parti de nos environnements extérieurs exceptionnels.
- Demeurer un employeur de choix ;
 - Actualiser le plan triennal pour le développement des compétences du personnel.

c) Les résultats obtenus par rapport aux objectifs priorisés pour l'année 2018-2019

Nous présentons ici les principaux résultats obtenus au cours de cette dernière année:

Objectifs spécifiques:

- ***Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres.***

La direction du CHSLD Bussey collaborent avec les directions de nos deux autres centres afin d'élaborer et d'échanger les meilleures pratiques et diverses documentations. Les directions et les comités de travail de nos trois centres collaborent en continue, en voici quelques exemples :

- Révision du formulaire de la démarche clinique;
 - Développement et partage du programme PAB accompagnateur;
 - Officialiser une démarche intégrée des trois centres en vue du prochain Agrément en avril 2020;
 - Standardiser et diffuser, selon les données probantes et les meilleures pratiques, les politiques, procédures et programmes.
- ***Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante***

Volet approvisionnement

- Nous nous sommes assuré que notre processus d'achat de fournitures soit efficace en privilégiant notamment le centre d'approvisionnement en commun Sigma-Santé.

Volet Service informatique

- Un technicien en informatique s'est assuré des différents suivis demandés : mise à jour des anti-virus, mise à jour de Windows, bon fonctionnement de tous les appareils et prises de sécurité.
- Le comité du service informatique s'est réuni une fois au cours de l'année;
- La migration du programme de messagerie électronique pour tous les employés soit de Lotus Notes vers Outlook a été réalisé;
- Des formations sont données aux besoins aux membres du personnel et chaque nouvel employé reçoit une formation flash sur l'utilisation approprié et sécuritaire du courrier électronique.
- Le Dossier Santé Québec(DSQ) toujours en place et fonctionnel;

Volet budget et ressources

- Un processus structuré de gestion des ressources budgétaires est en place et les budgets ont été respectés par tous les services de notre centre.
- Pour les équipements un plan de maintien des actifs techniques est en place et permet le suivi dans le cadre d'un programme d'entretien préventif.

- **Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leur proche en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire;**

Les services ont priorisé la poursuite des objectifs généraux suivants :

- Assurer le suivi des recommandations émises par les différentes instances et assurer l'atteinte des résultats attendus;
- Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services;
- Assurer une culture d'amélioration continue de sécurité à tous les niveaux de l'organisation avec la participation des résidents, familles, employés et partenaires;

Direction générale

Suivi aux recommandations aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree

Visite ministérielle

Cette visite s'est déroulée sur une journée et s'inscrit dans le 2^e cycle des visites ministérielles.

Lors de la visite du ministère le 25 août 2015, l'évaluateur soulignait :

- La qualité des interventions de l'équipe soignante;
- Les divers moyens utilisés pour promouvoir les droits des résidents;
- Les pratiques structurées conformes aux orientations ministérielles;
- Le temps que le personnel prend pour bien positionner chaque résident et s'assure d'établir un contact visuel avec lui durant le repas;
- L'utilisation de contentions physiques uniquement en dernier recours;
- L'implication des proches ou des autres membres de personnel pour participer à l'animation du milieu de vie;
- La propreté et la sécurité des lieux.

Une reddition de compte, concernant un suivi des activités inscrites à même le plan d'amélioration, a été effectuée en août 2017. Au 31 mars 2019 toutes les recommandations étaient réalisées. Le rapport et suivi au plan sont disponibles sur notre site web.

Visite d'agrément

C'est avec une grande fierté que le CHSLD Bussey s'est vu octroyer sa première mention d'honneur suite à la visite d'Agrément Canada du 6 au 8 novembre 2017. En effet, notre organisation en est à sa quatrième visite depuis 2006 et cette récompense est le fruit d'efforts soutenus provenant de tous les membres de l'équipe animés par les valeurs chères de l'établissement (respect, engagement, sécurité, transparence) et partageant tous une vision commune d'offrir des soins et des services de qualités.

Le processus d'accréditation d'Agrément implique que l'organisme visant l'excellence dans la qualité des soins, se conforme à plusieurs normes établies à partir de données probantes. Le CHSLD Bussey n'a ménagé aucun effort pour atteindre les exigences élevées du processus d'amélioration de la qualité, jusqu'à repousser ses propres limites dans son engagement

d'atteindre, voire dépasser les attentes de l'agrément via les pratiques organisationnelles requises (POR).

Les visiteurs ont soulevé la présence d'une équipe « **profondément engagée et dédiée** ». Ce constat n'est pas étranger à la vision que s'est dotée notre établissement de se démarquer et conserver une réputation exemplaire en regard de la qualité des soins. L'utilisation des forces de chacun et la reconnaissance des efforts déployés ont su mobiliser les équipes dans l'atteinte de cette reconnaissance ultime se soldant en un profond engagement de tous et chacun.

La prochaine visite d'Agrément Canada sera une visite intégrée avec le CHSLD Bourget et le CH St-François et aura lieu en avril 2020. En février 2019, le comité de direction s'est rencontré afin de définir un plan d'action pour tout mettre en œuvre et prioriser les actions à prendre en vue de la prochaine visite.

Vous pourrez consulter le rapport de cette visite d'évaluation sur notre site web.

Planetree

Dès la planification stratégique 2010-2015, nous avons comme objectif d'obtenir une certification d'employeur de choix. Nous voulions un modèle où l'humanisme prime, un modèle global et intégré à notre programme d'amélioration continue de la qualité. Nous avons opté pour le modèle *Planetree* reconnu pour son approche globale centrée sur la personne, qu'elle soit résident, employé, famille ou bénévole. En avril 2015, *Planetree* nous décernait, de même qu'à nos centres le CHSL Bussey et le Centre Hospitalier St-François, une *Reconnaissance Bronze* d'employeur de choix.

Nous sommes fiers de l'ensemble de ces résultats qui démontrent la mobilisation et l'engagement remarquable de notre personnel afin d'offrir des services de la plus haute qualité. Ces réussites témoignent de leur dévouement à cette quête de la qualité, de la sécurité et à l'implantation d'une démarche centrée sur la personne.

Direction des soins infirmiers

Plusieurs activités ont été mises de l'avant afin de réaliser l'excellence dans l'offre de service entre autres :

Les soins infirmiers et d'assistances

Processus d'admission

- La visite pré admission est de mise avant tout hébergement. Lors de cette visite, une pochette d'accueil est remise à la famille ce qui leur permettra de se familiariser avec l'établissement. La directrice des soins infirmiers initie l'histoire pharmacologique avec la famille. Seize (16) pré-visites ont été effectuées par la directrice des soins infirmiers.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

| 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 | |
|--|---------|
| Nombre pré-visite | 16 |
| Nombre d'admissions | 21 |
| Nombre de décès au CHSLD Bussey | 16 |
| Nombre de décès à l'hôpital | 3 |
| Nombre de transfert inter-établissement | 2 |
| Taux d'occupation | 98.60 % |

Rencontres interdisciplinaires

- Le comité interdisciplinaire respecte la norme ministérielle en matière de délais concernant les rencontres interdisciplinaires, 100% des résidents admis ont été rencontrés dans les quatre à six semaines post-admission.
- En tenant compte des valeurs, des habitudes et du contexte propre à la situation, les membres de l'équipe, en accord avec la famille, établissent un plan d'intervention en tenant compte des risques potentiels qui peuvent être assumé.

Accompagnement de fin de vie

- Notre approche en fin de vie se traduit par une philosophie de soins palliatifs axée sur la gestion de la douleur et des symptômes. Un programme de soins et d'accompagnement en fin de vie répond aux normes ministérielles et d'Agrément Canada. En temps opportun, les dépliants relatifs à l'accompagnement en fin de vie sont offerts aux familles francophones et anglophones. Le tableau « *in memoriam* » permettra d'informer le personnel, les résidents et les familles de la perte d'être cher.

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

- Une politique de soins en fin de vie, directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir a été élaboré en conformité avec la Loi;
- Aucune demande de sédations palliatives continues n'a été administrée depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

| Activité | Information demandée | Total |
|-----------------------------|---|-----------|
| Soins de fin de vie | Nombre de personnes ayant reçus des soins de fin de vie et décédées au CHSLD Bussey | 16 |
| Sédation palliatif continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 0 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulée | 0 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrée | 0 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs | 0 |

BONIFICATION DES SOINS D'HYGIÈNE CORPORELLE

Au 31 mars 2019

| Activité | Information demandée | Total |
|--|--|--------------------|
| Soins d'hygiène corporelle (980 heures allouées) | Nombre de résidents qui souhaite un deuxième bain | 21 sur 35 (60%) |
| | Nombre de résidents qui refuse un deuxième bain | 12 (34%) |
| | Nombre de résidents qui nécessite une réévaluation | 2 (1%) |
| | Nombre de résidents qui reçoive un deuxième bain | 21 (100%) |
| | Nombre d'heures dépensé | 948.25 |

Le service des loisirs

Le service des loisirs s'est fait un point d'honneur d'offrir des activités stimulantes et adaptées aux divers besoins des résidents, le total du temps vécu en loisirs cette année a été de 289 461 minutes. La programmation artistique et récréative est établie mensuellement et en fonction des capacités et des goûts des résidents. Ces activités se retrouvent sur un calendrier, sept jours sur sept, en format papier affiché sur chaque étage à de multiples endroits accessibles et bien visibles. Le calendrier mensuel d'activités de loisirs est disponible sur notre site web. De plus, nous favorisons l'implication des proches, des bénévoles pour participer à l'animation du milieu de vie.

Les bénévoles

Pour l'année 2018-2019, l'Association des Bénévoles a présenté et obtenu une subvention dans le cadre du *Programme Placement Carrière été 2018*. Cette subvention gouvernementale nous a permis d'obtenir la collaboration de trois (3) étudiantes à temps complet pour 10 semaines. De plus, huit (8) bénévoles se sont impliqués pour les activités extérieures (sorties) et pour des activités de loisirs; leur implication est grandement appréciée et leur présence permet aux résidents de maintenir un lien avec la communauté, ils contribuent pleinement à l'amélioration continue de la qualité.

Le service de réadaptation

Quant à lui, le service de réadaptation s'assure de faire une évaluation du résident afin que sa sécurité soit une priorité et que la connaissance de son état physique n'occasionne pas un risque élevé de blessure grave. D'autre part, le service a organisé deux (2) cliniques de positionnement en collaboration avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge pour l'attribution de fauteuils roulants, de bases roulantes et pour la révision du positionnement des bases roulantes plus anciennes. De plus, le service de réadaptation est responsable de l'installation et des audits hebdomadaires des appareils de mesures alternatives à la contention : moniteurs sonores "Smart" avec cordon et les tapis sonores "Smart". Finalement, il joue un rôle important dans le programme de prévention des chutes par l'évaluation des capacités et limitations physiques du résident à l'admission. Des programmes d'exercices personnalisés ont été créés et remis aux familles qui le souhaitaient.

Le service de diététique

La nutritionniste procède à une évaluation annuelle pour tous les résidents. Son rôle est principalement d'évaluer l'état nutritionnel de la personne, de déterminer un plan de traitement et d'en assurer le suivi. Par ailleurs, elle effectue des audits au service alimentaire et dénote toute les irrégularités en regard des diètes, du service et de la présentation des aliments.

Un outil visuel (affiches plastifiées) des différentes diètes avec les aliments permis et interdits est disponible dans chaque salle à manger et au poste des infirmières pour consultation par le

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

personnel ou les familles. En outre, les affiches sont présentées aux nouveaux employés lors de l'orientation / probation.

Les services psychosociaux

Après avoir travaillé au CHSLD Bussey pendant plusieurs années, notre travailleuse sociale nous a quittés pour une retraite bien méritée. Remplacer par une technicienne en service sociale, cette dernière est supportée par un travailleur sociale lorsque requis.

La technicienne en service social a établi le calendrier relatif aux rencontres interdisciplinaires. De plus, elle est mandatée pour relancer les familles après les trois (3) premières semaines d'hébergement de leur proche dans le but d'assurer leur accueil et intégration au sein de notre établissement. Des guides préparatoires destinés aux résidents et aux familles sont acheminés avant la rencontre interdisciplinaire, en vue de la réalisation du plan d'intervention (PI).

Services des ressources humaines

Au cours de l'année 2018-2019 nous avons ressenti les effets de la pénurie de personnel dans le réseau de la santé, particulièrement pour les préposées aux bénéficiaires (PAB), et nous avons dû recourir davantage au temps supplémentaire et aux agences de main-d'œuvre indépendantes.

Bien que la proportion de résidents qui présentent une perte ou une réduction importante de leurs capacités cognitives atteigne 70% à 80% de la clientèle, une bonne connaissance de cette clientèle ainsi qu'une équipe stable constituent des éléments de première importance.

Le Plan d'action pour le développement du personnel 2018-2021 a été entériné par le Comité du plan d'action pour le développement du personnel et a été diffusé à l'ensemble des employés.

La direction et la responsable des ressources humaines ont travaillées de concert afin de maintenir des relations de travail harmonieuses, un climat de travail positif et serein. Suites à des plaintes et dénonciations reçues, elles ont procédé à quelques enquêtes pour comportements inappropriés. Lorsque les faits révélés lors de l'enquête confirmaient ces comportements, des mesures disciplinaires ou fin d'emploi ont été appliquées.

| LES RESSOURCES HUMAINES DU CHSLD BUSSEY(QC) INC. AU 31 MARS 2018 | |
|---|---------------|
| Cadre à temps complet | 2 |
| Personnel régulier à temps complet | 16 |
| Personnel régulier à temps partiel (nombre ETC) (a) | 10,86 |
| Les occasionnels | |
| Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 19 441 |
| Équivalent temps complet (b) | 10,64 |

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

(a) **L'équivalence temps complet se calcul de la façon suivante :**

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même titre d'emploi.

(b) **L'équivalence temps complet se calcul de la façon suivante pour les occasionnels :** Nombre d'heures rémunérées divisé par 1827 heures

Direction des services techniques

Hygiène et salubrité

Un programme d'hygiène salubrité assure la standardisation des activités du service au processus de la gestion intégrée des risques de l'établissement et contribue à l'accroissement de la qualité des soins et services dispensés aux résidents. L'évaluateur ministériel a noté que *les lieux sont propres, bien entretenus et les produits dangereux sont rangés de façon sécuritaire.*

Afin de répondre à une recommandation d'une visite du MAPAQ, nous utilisons, depuis novembre 2017, les produits d'entretien de la Compagnie Choisy car cette dernière offre des produits d'assainissement et de nettoyage appropriés au service alimentaire.

Alimentation

Tous les responsables du service alimentaire [cuisinier(ère)] possèdent les qualifications demandées par le MAPAQ en ce qui concerne l'hygiène et salubrité en service alimentaire. Cette formation assure la connaissance des intervenants et permet de maximiser la conformité dans le service alimentaire et d'éviter ainsi la propagation des bactéries ou tout autre problème relié à l'alimentation.

Plusieurs audits sont effectués tels que la température des aliments, tests de goût et texture afin d'assurer la qualité, la sécurité et le plaisir gustatif de nos résidents.

Les heures de repas des résidents sont normalisées et la distribution des repas est présentée plat par plat. La présence de notre personnel est optimisée au moment des repas et celui-ci assure une vigilance envers l'ensemble de nos résidents.

Nous remercions le personnel du service alimentaire qui contribue aux activités thématiques en collaboration avec le service des loisirs, entre autres pour nos résidents lors de la Fête de Noël des résidents, les pique-nique, BBQ et lors d'activités de reconnaissance de personnel.

Installation entretien et réparation

Par le biais de notre programme d'entretien préventif des équipements, l'établissement s'assure que toutes les vérifications sont adéquates afin que les services se donnent de manière sécuritaire. L'évaluateur du ministère soulignait dans son rapport que *«les lieux sont propres, bien entretenus et sécuritaire»*.

Des exercices pratiques d'évacuation en cas d'incendie sont faits régulièrement. Pour toutes les interventions, le personnel connaît les différentes étapes, leur rôle et est prêt à réagir en situation d'urgence.

Enfin, nous avons diffusé auprès des familles que notre centre est conforme en matière de sécurité incendie par ses gicleurs, par son système d'alarme incendie, par les inspections faites selon les normes par des firmes reconnues et finalement que notre bâtiment a une structure de béton et d'acier.

➤ ***S'assurer conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des évènements indésirables, sentinelles ou erreurs liés aux médicaments, aux infections et autres préjudices;***

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, la direction des soins infirmiers s'assure que tous les résidents reçoivent des soins et services personnalisés et sécuritaires et que les suivis de ceux-ci soient faits selon les normes. Les activités mises de l'avant :

- Tous les résidents ont un bilan comparatif des médicaments à l'admission et au transfert dans le but de réduire le risque d'omission et de double prescription par inadvertance ou médicaments prescrits par erreur aux points de transition des soins;
- Tous les résidents sont évalués de façon régulière: risque de fugue, gestion de la douleur, échelle de Braden, risque de chute, mesure de contrôle etc.

De plus, notre centre bénéficie d'un partenariat avec l'INSPQ, pour mettre à jour nos politiques, procédures, protocoles et outils d'évaluation en matière de prévention des infections. Des audits sont effectués régulièrement afin de valider la prestation sécuritaires des soins et services soit :

- ✓ Observation sur l'hygiène des mains et le port de gants;
- ✓ Respect de la procédure d'administration du timbre cutané;
- ✓ Respect de la procédure sur les deux identifiants;
- ✓ Rapport de vérification des critères de conservation des médicaments
- ✓ La procédure de nettoyage et désinfection du bain et de la douche avec les produits de la Cie Choisy;
- ✓ Épisodes activité repas;
- ✓ L'installation des moyens alternatifs;
- ✓ La concentration des désinfectants (PPM);
- ✓ Procédure de commande et réception des stupéfiants;
- ✓ Surface de glissement;
- ✓ Affichage des données nominatives;
- ✓ Cloche d'appel;
- ✓ Coupe des ongles;
- ✓ Inscription des activités individuelles.

- **Créer des environnements pratiques et propices au bien être où l'on se sent comme chez soi**

Mise en place de plusieurs pratiques de développement durable

Mise en place d'un plan d'action dans le cadre de la Stratégie gouvernementale.

- ***Demeurer un employeur de choix***

Le développement des ressources humaines

Les activités mises de l'avant au maintien d'un bon climat de travail :

- Tenue de journées de reconnaissance du personnel;
- Réunion du comité du plan de développement du personnel ;
- Diffusion du plan de développement du personnel 2018-2021 ;
- Maintien d'activités de sensibilisation en lien avec le harcèlement et la violence dans le milieu de travail ;
- Comité de relations de travail.

Pour maintenir les expertises et les compétences de nos employés nous leur avons offert diverses formations qui sont, à notre avis, de bons outils pour maintenir un bon climat de travail et faire en sorte que l'amélioration continue fasse partie de notre quotidien. Ces formations ont été sélectionnées à même le *Plan d'action pour le développement du personnel* entériné par le Comité du plan d'action pour le développement du personnel. Ce plan est un outil privilégié pour structurer les mesures de développement des ressources humaines en tenant compte des besoins du personnel et des besoins de l'organisation par l'adoption d'objectifs communs dont le but ultime est la qualité des services.

Les principales formations données :

Au personnel des soins et d'assistance:

- Évaluation de la condition physique et mentale;
- Poly médication et personnes âgées : le rôle indispensable de l'infirmière Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier;
- Soins d'assistance gériatrique pour les PAB;
- Soins palliatif – volet 2 et volet 3;

Au personnel des services et cadres :

- Formation gestion financière AS-471;
- Polymédication et personnes âgées - le rôle indispensable de l'infirmière
- Partage d'expertises en CHSLD
- Soins palliatif – volet 2 et volet 3;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

De plus, sous forme de formation « flash », les capsules suivantes : formation sur les 4 moments du lavage des mains, formation sur les indications du port des gants et la protection des mains, formation sur le lavage du bain et de la douche avec le nouveau produit de nettoyage et de désinfection, bonbonne d'oxygène, pompe à aspiration Invacare, position des tapis sonores, Glucomètre FSPP.

Valorisé la présence au travail / Assiduité au travail et suivi de l'entente de gestion Main d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire

L'établissement considère que la communication est l'un des ingrédients essentiel pour le développement d'un milieu de travail sain; en précisant clairement et fréquemment nos attentes auprès de nos employés nous œuvrons à la création d'un milieu stimulant et valorisant qui fait place à l'autonomie et au partage des responsabilités.

Au CHSLD Bussey, nous poursuivons nos suivis en Santé et Sécurité du travail de façon hebdomadaire et un suivi clinico-administratif est réalisé selon les besoins, afin de minimiser le temps d'absence de nos employés.

Nous sommes heureux d'avoir atteint nos cibles concernant le recours à la main d'œuvre indépendante. Nous tenons à rappeler que nous avons seulement 7 postes d'infirmières aussi lorsque 2 postes sont à découvert notre taux de main-d'œuvre indépendante grimpe rapidement (effet du petit nombre).

L'utilisation des agences de placement a été révisée en conformité avec le processus d'appel d'offres auprès de SIGMA Santé. Nous avons fait des recherches actives de personnel en plaçant des annonces sur les sites d'emploi des ordres professionnels, sur le site Emploi Santé Montréal et nous avons contacté certains CEGEP et écoles. Nous utilisons une approche coaching lors de l'embauche du nouvel employé. Nous soulignons les forces des nouvelles recrues en faisant régulièrement de la rétroaction. Le travail d'équipe est préconisé et nous mettons l'accent sur la qualité et la sécurité des soins dans l'établissement.

Pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendant (MOI)

| Description | Résultats 2018-2019 | Cibles 2014-2015 | Résultats 2017-2018 | Résultats 2016-2017 |
|----------------------------|---------------------|------------------|---------------------|---------------------|
| Infirmières | 6,16% | ≤8,63% | 3,67% | 10,96% |
| Infirmières auxiliaires | 1,22% | ≤1,95% | 2,03% | 3,0% |
| Préposés aux bénéficiaires | 1,83% | ≤4,70% | 1,94% | 2,9% |

Pourcentage des heures supplémentaires travaillées

| Description | Résultats 2018-2019 | Cibles 2014-2015 | Résultats 2017-2018 | Résultats 2016-2017 |
|-----------------------|---------------------|------------------|---------------------|---------------------|
| Personnel infirmier | 12,5% | ≤10,34% | 10,0% | 11,85% |
| Ensemble du personnel | 8,81% | ≤5,80% | 7,78% | 7,79% |

Au 31 mars, nous étions toujours à la recherche, d'une (1) ASI sur la liste de rappel, de trois (3) PAB pour la liste de rappel et d'une infirmière auxiliaire pour la liste de rappel.

Nous allons poursuivre nos efforts afin de stabiliser nos équipes de travail et d'offrir une belle qualité de soins et de services à nos résidents.

Programme d'aide aux employés (PAE)/ Politique de violence et harcèlement au travail

Depuis avril 2005 le Groupe Renaud est responsable des services d'évaluation et de consultation du programme d'aide aux employés. Aussi, après leur période de probation, tous les employés du CHSLD Bussey peuvent bénéficier de cinq (5) visites d'une heure chacune par année de contrat incluant une heure de services-conseils téléphoniques pour des questions d'ordre psychologique, juridique ou financier. Selon les statistiques d'utilisation du programme, le taux de consultation annuel demeure selon la moyenne normale d'utilisation d'un tel programme au sein des organisations.

Nous n'avons pas reçu de plaintes verbales ni écrites relatives au harcèlement et la violence au travail. Malgré ces bons résultats nous nous assurons que notre personnel connaît bien nos attentes quant à la prévention de la violence et le harcèlement au travail, qu'il connaît la procédure à suivre s'il est témoin ou victime de violence ou de harcèlement au travail. Un dépliant pour comprendre et prévenir le harcèlement et la violence en milieu du travail est disponible à plusieurs endroits dans le centre.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES DE LA QUALITÉ

La Sécurité des soins et services et prévention des infections

Nous obtenons, pour l'année 2018-2019 un nombre total de 174 déclarations AH223 représentant ainsi une augmentation de 24,3% comparativement à l'année 2017-2018 (140 événements).

Au cours du mois de novembre avait lieu notre campagne de sensibilisation sur la vaccination saisonnière. Le taux de vaccination de nos résidents a dépassé la cible demandée et atteint 91,4%. Nous poursuivons nos efforts en vue d'atteindre la cible attendue pour la vaccination du personnel; la couverture vaccinale pour le personnel soignant se chiffre à 60%.

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

La vaccination pour contrer le pneumocoque chez la clientèle atteint la cible de 80%.

Les infections respiratoires au CHSLD Bussey ont connu une hausse importante passant de 16 en 2017-2018 à 32 en 2018-2019. Une éclosion d'Influenza qui a débuté à la fin décembre 2018 explique cette hausse importante.

Les cas d'Influenza ont pu être détectés grâce à un dépistage rapide (moins de 72 heures après le début des symptômes).

Les mesures de contrôle et d'isolement

Conformément à notre protocole d'application des mesures de contrôle, les mesures de contrôle doivent être appliquées en dernier recours chez nos résidents. En collaboration avec la conseillère en soins infirmiers, l'ergothérapeute effectue des audits de qualité concernant l'application adéquate et sécuritaire des mesures alternatives. Afin de sensibiliser les nouveaux employés de l'importance de positionner adéquatement les tapis sonores au lit et au fauteuil, notre programme d'orientation a été revu en conséquence par la conseillère en soins infirmiers.

L'Agrément

Afin de s'assurer du suivi de l'amélioration continue de la qualité selon les normes d'Agrément Canada, un comité de la gestion intégrée de la qualité planifie et évalue la mise en place des normes et processus.

Au cours de l'année 2017-2018, le comité de gestion intégrée de la qualité s'est rencontré à trois (3) occasions afin de répondre aux diverses normes et pratiques organisationnelles.

C'est avec une grande fierté que le CHSLD Bussey s'est vu octroyer sa première mention d'honneur suite à la visite d'Agrément Canada du 6 au 8 novembre 2017.

Le processus d'accréditation d'Agrément implique que l'organisme visant l'excellence dans la qualité des soins, se conforme à plusieurs normes établies à partir de données probantes. Le CHSLD Bussey n'a ménagé aucun effort pour atteindre les exigences élevées du processus d'amélioration de la qualité, jusqu'à repousser ses propres limites dans son engagement d'atteindre, voire dépasser les attentes de l'agrément via les pratiques organisationnelles requises (POR).

Les visiteurs ont soulevé la présence d'une équipe « **profondément engagée et dédiée** ». Ce constat n'est pas étranger à la vision que s'est dotée notre établissement de se démarquer et conserver une réputation exemplaire en regard de la qualité des soins. L'utilisation des forces de chacun et la reconnaissance des efforts déployés ont su mobiliser les équipes dans l'atteinte de cette reconnaissance ultime se soldant en un profond engagement de tous et chacun.

La prochaine visite d'Agrément Canada sera une visite intégrée avec le CHSLD Bourget et le CH St-François et aura lieu en avril 2020.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services participe au comité de vigilance de l'établissement et il transmet son bilan des activités à la direction ainsi qu'aux responsables concernés du Ministère.

Aucune plainte n'a été acheminée au commissaire local en 2018-2019 et une seule demande d'assistance lui a été adressée cette année. Aucun dossier de consultation n'a été ouvert et il n'y a pas eu d'intervention du commissaire pendant l'année.

De plus au cours de l'année 2018-2019, il a rencontré le comité des usagers et il a rédigé périodiquement, « *le mot du Commissaire* », à l'intention principalement des résidents et de leurs familles. Ces courts textes ont l'objectif de présenter et de faire connaître le rôle du commissaire local, de présenter son approche ainsi que la procédure et les objectifs du traitement des plaintes et finalement de contribuer à mieux faire connaître les droits et responsabilités des résidents. Ce *mot du Commissaire* est remis au comité des usagers et est affiché à différents endroits dans le centre accessible aux résidents et leurs visiteurs.

D'autre part, le commissaire a aussi été consulté, soit par la direction générale ou la direction des soins infirmiers, dans le cadre du respect des droits des résidents.

Vous trouverez en annexe 3 le bilan du commissaire.

Protecteur des citoyen- Coroner-Autres instances

Au cours de l'année 2018-2019 il n'y a pas un de recommandation du coroner et il n'y a pas eu de visite d'inspection professionnelle.

Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Nous rappelons que les modalités de financement des établissements privés conventionnés fixent les heures cliniques travaillées et que tout dépassement du nombre d'heures est à la charge de l'établissement. De plus, au niveau des effectifs de la composante fonctionnement, un per diem est établi et tout dépassement est aussi à la charge de l'établissement.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Les documents suivants ont été transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et sont inclus au rapport financier annuel 2018-2019 (AS-471). Ce dernier est publié sur le site internet du ministère et sur le site du CHSLD Bussey (Québec) Inc., conformément aux articles 295 et 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

- États des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2019;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2018-2019

- États de la situation financière au 31 mars 2019;
- Le rapport de l'auditeur.

Cependant, nous vous présentons ici la répartition des charges brutes par programmes.

Répartition des charges brutes par programmes

| Programmes | Exercice courant | | Exercice précédent | |
|---|------------------|--------|--------------------|--------|
| | Dépenses | % | Dépenses | % |
| Programmes-services | | | | |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 2 211 181 | 62,55% | 2 056 425 | 58.56% |
| Santé physique | 20 512 | 0.58% | 17 834 | 0.51% |
| Programme de soutien | | | | |
| Administration | 406 359 | 15.06% | 528 657 | 15.06% |
| Soutien aux services | 580 829 | 11.50% | 609 351 | 17.35% |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 316 345 | 8.95% | 299 019 | 8.52% |
| Total | 3 535 226 | | 3 511 286 | |

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

L'établissement a adopté un Code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et dirigeants de façon à éviter tout conflit d'intérêts. Au cours de l'année 2018-2019, il n'y a aucun cas de manquement constaté. Code d'éthique et de déontologie en *annexe 4*.

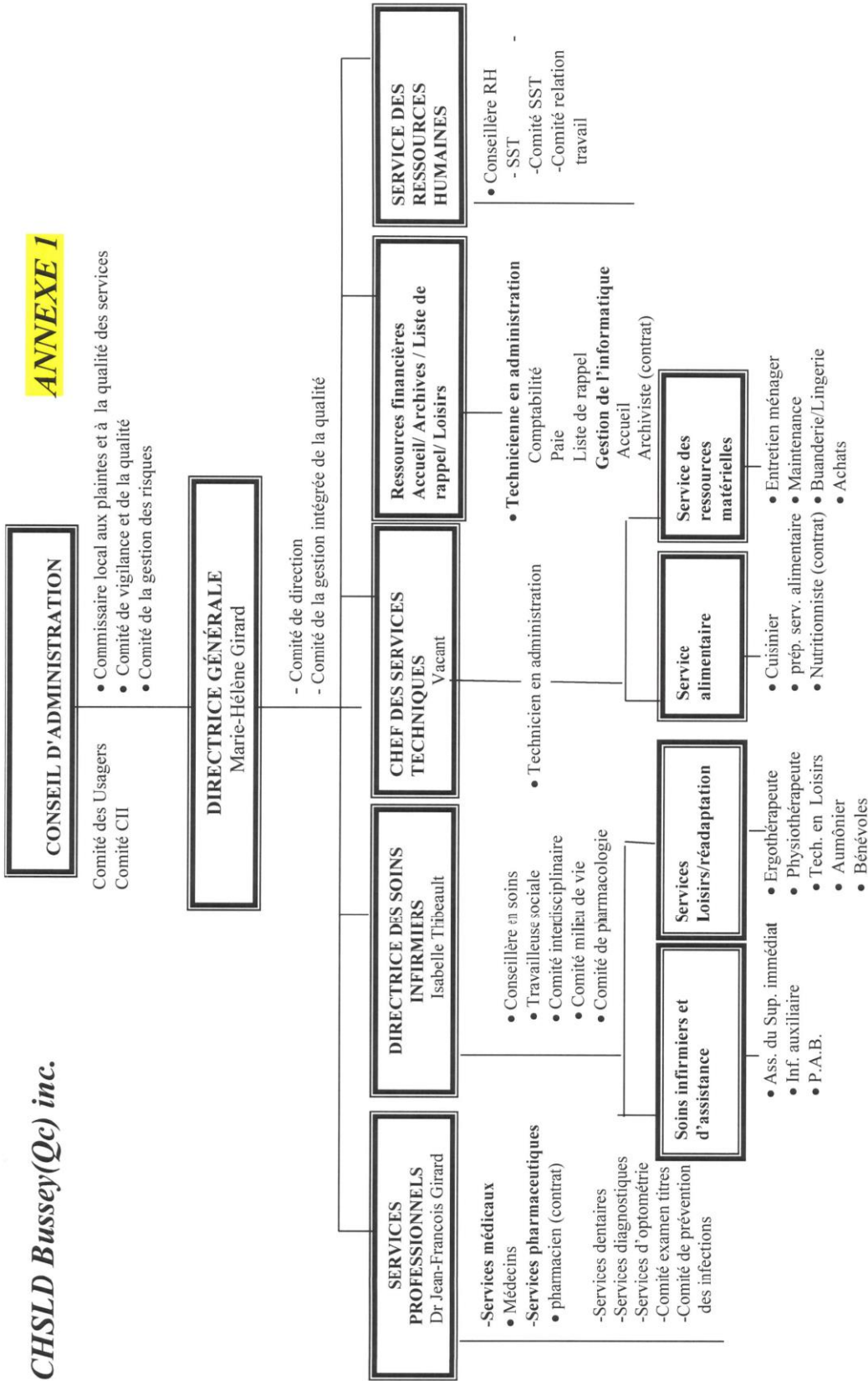


Marie-Hélène Girard,
Présidente-directrice générale

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies.

ANNEXES

ANNEXE 1



ANNEXE 2

COMITÉ DES USAGERS

Année 2018-2019

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Nom de l'établissement | Nombre d'usagers |
| CHSLD Bussey | 35 résidents |

| Composition du Comité | | |
|--|------------------|---------------|
| Nom | Fonction | Statut |
| John Coggi | présidente | bénévole |
| Juan Moquillaza | vice-président | résident |
| Bernard Gaulin | secrétaire | résidente |
| Francine Maisonneuve | trésorière | famille |
| Magalie Delisle | conseillère | bénévole |
| Marguerite Schanck | conseillère | résidente |
| Audrey Robertson | personne soutien | |
| Répondant : Audrey Robertson Titre : personne soutien tél : 514-637-1127 ext. 390 | | |

| |
|--|
| Réunions : Assemblée générale annuelle : 15 juin 2018 |
| Rencontre du comité : 2 rencontres en 2018-2019 |
| Rencontre avec la direction générale : 1 rencontre en 2018-2019 |

| Objectifs et activités réalisés en 2018-2019 |
|---|
| 1- Produire un calendrier avec des photos des résidents en y insérant des compléments d'informations sur les droits des usagers. |
| 2- Organiser un minimum de trois réunions par année. |
| 3- Organiser au moins une rencontre informelle avec la direction générale. |
| 4- Maintenir une bonne collaboration avec M Denis Chaput, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. |
| 5- Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des usagers du CHSLD Bussey en évaluant leur niveau de satisfaction des services offerts. |
| 6- Publiciser l'existence du comité des usagers afin de s'assurer que les usagers et les membres de familles puissent nous rejoindre le plus facilement possible. |
| 7- Promouvoir les droits des résidents du CHSLD Bussey |
| 8- Collaborer avec la direction de l'établissement, au processus de maintien |

| |
|---|
| de la reconnaissance de Bronze de Planetree Canada et préparation en vue de la visite Ministérielle qui pourrait avoir lieu durant la prochaine année. |
| 9- Sondage lors des réunions du Comité des Usagers auprès des résidents présents sur les menus et les services. |
| 10- Organiser une assemblée générale annuelle afin de diffuser à l'ensemble des résidents et de leurs répondants le plus d'informations possibles sur notre raison d'être. |
| 11- Publiciser les droits des résidents par la page Facebook du CHSLD Bussey |

Objectifs et activités prévues en 2019-2020

| |
|--|
| 1- Produire un calendrier avec des photos des résidents en y insérant des compléments d'informations sur les droits des usagers. |
| 2- Organiser un minimum de trois réunions par année. |
| 3- Organiser au moins une rencontre informelle avec la direction générale. |
| 4- Maintenir une bonne collaboration avec M Denis Chaput, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. |
| 5- Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des usagers du CHSLD Bussey en évaluant leur niveau de satisfaction des services offerts. |
| 6- Publiciser l'existence du comité des usagers afin de s'assurer que les usagers et les membres de familles puissent nous rejoindre le plus facilement possible. |
| 7- Promouvoir les droits des résidents du CHSLD Bussey |
| 8- Collaborer avec la direction de l'établissement, au processus de maintien de la reconnaissance de Bronze de Planetree Canada et préparation en vue de la visite Ministérielle qui pourrait avoir lieu durant la prochaine année. |
| 9- Publiciser les droits des résidents par la page Facebook du CHSLD Bussey |
| président : John Cologgi secrétaire : Bernard Gaulin |
| Fait le : 26 juin 2019 |
| Adresse : 2069 Boul.St-Joseph, Lachine, Qc H8S 4B7 Téléphone : 514-637-1127 ext.390 |

ANNEXE 3

Rapport 2018-2019

Bilan des plaintes et des autres activités

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

CHSLD Bussey

Introduction

Je vous présente ici le bilan des plaintes et des autres activités du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services pour l'année 2018-2019 au CHSLD Bussey.

Ce bilan s'ajoute au rapport annuel qui compile les plaintes et les autres activités du commissaire avec l'application SIGPAQS, le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Le bilan présenté ici résume les plaintes et les demandes d'assistance reçues par le commissaire durant l'année, ainsi que les mesures correctives et les améliorations apportées aux services concernés suite à leur traitement s'il y a lieu. Les demandes d'assistance sont des démarches faites auprès du commissaire par des usagers qui ne veulent pas porter plainte officiellement mais qui lui demandent de l'aide pour obtenir un service ou en améliorer la qualité. En plus de présenter les données quantitatives sur les différents dossiers, ce bilan permet à la direction une vision globale du traitement des plaintes et des recommandations émises par le commissaire pendant l'année.

Les consultations de gestionnaires, d'intervenants ou d'usagers en lien avec le traitement des plaintes auxquelles le commissaire a répondu pendant l'année sont également mentionnées au rapport ainsi que ses interventions dans le sens du pouvoir décrit dans la loi qui permet au commissaire local d'intervenir suite à ses propres observations ou à des informations qu'il a obtenues, soit par des usagers qui ne souhaitent pas que leur nom soit mentionné, soit par des personnes qui ne sont pas touchées directement par des services et qui ne peuvent pas être l'auteur d'une plainte officielle, comme un membre du comité des usagers, un bénévole ou un employé, par exemple.

Plaintes, demandes d'assistance, interventions et consultations

Nombre de dossiers traités

Aucune plainte n'a été acheminée au commissaire local en 2018-2019 et une seule demande d'assistance lui a été adressée cette année. Aucun dossier de consultation n'a été ouvert et il n'y a pas eu d'intervention du commissaire pendant l'année.

Auteur et mode de dépôt

La demande d'assistance a été communiquée verbalement par la représentante du résident concerné.

Demande d'assistance du 16 août 2018:

Objet: la conjointe d'un résident a demandé l'assistance du commissaire pour obtenir de l'aide au sujet de différents services qu'elle ne trouve pas satisfaisants.

Conclusion: après les vérifications requises auprès de la directrice des soins, je tente de rassurer madame et je lui confirme la disponibilité de la directrice des soins pour répondre rapidement à ses questionnements lorsqu'elle est insatisfaite d'un soin ou d'un service.

Autres activités et conclusion

Dans le but de communiquer de l'information sur les droits des résidents, de mieux se faire connaître, de présenter son approche ainsi que la procédure de traitement des plaintes, de courts textes rédigés par le commissaire sont affichés périodiquement dans l'établissement à l'intention des résidents et de leurs visiteurs. Pour remplir ces mêmes objectifs, il assiste à l'assemblée générale annuelle des résidents et des familles organisée par le comité des résidents.

Le commissaire participe au comité de vigilance de l'établissement et il s'assure aussi de transmettre son rapport annuel au comité de direction du CHSLD Bussey ainsi qu'aux responsables concernés du Ministère. De plus, il lit toute la documentation qui lui est destinée au sujet de la qualité des services et du traitement des plaintes.

Le respect des résidents et la qualité des services qui leur sont offerts est de toute évidence une préoccupation majeure de la direction du CHSLD Bussey et probablement de la grande majorité de ses employés. Malgré cela, lorsque des usagers expriment une insatisfaction, ils vivent le plus souvent un sentiment d'injustice et les explications qui leur sont apportées ne suffisent pas toujours à calmer leur émotion. Il est donc important de souligner l'approche privilégiée dans le traitement des plaintes, celle de toujours accueillir ces personnes avec le maximum d'attention, d'empathie et de délicatesse, ce qui est essentiel pour rétablir le lien de confiance avec l'établissement dans des situations d'insatisfaction. Cette écoute permet surtout à ces usagers de se sentir compris au sujet de leur expérience et de constater ensuite le sérieux des efforts fournis par les responsables de l'établissement à mettre en place, si possible, des mesures correctives pour que les écarts rapportés ne se reproduisent plus, ce qui est l'objectif principal des actions du commissaire.



Denis Chaput

ANNEXE 4

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DU CHSLD BUSSEY (QUÉBEC) INC.**

Devoirs et obligations des administrateurs

Prévenir et traiter les situations de conflits d'intérêts

- 1- L'administrateur respecte son contrat avec le MSSS suivant les usages, l'équité et la loi.
- 2- L'administrateur agit avec prudence et diligence dans l'accomplissement de son contrat.
- 3- L'administrateur agit avec loyauté et honnêteté et s'engage à déclarer par écrit tout intérêt susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.
- 4- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- 5- L'administrateur ne confond pas les biens de sa corporation avec ses biens personnels.

Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération

- 6- L'administrateur respecte les normes établies en terme de rémunération contenues au décret sur les conditions de travail des directeurs généraux.
- 7- L'administrateur ou les membres de sa famille n'acceptent aucun don ou legs d'un résidant alors qu'il reçoit des services dans son centre.
- 8- L'administrateur gère les particularités de son contrat dans les limites prévues aux différentes composantes.

Devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercé leurs fonctions.

- 9- L'administrateur qui vend son établissement ou qui cesse d'être actionnaire garantit le droit de propriété et la qualité.
- 10- L'administrateur garde confidentiel tout renseignement de nature commerciale ou de nature à impliquer les résidents, obtenu dans le cadre de son mandat.