



RAPPORT ANNUEL 2014-2015

Version finale remise le 21 juillet 2015

Déclaration du directeur-général	2
Présentation de l'établissement.....	3
Résultats au regard du plan stratégique	14
Rapport d'activités Gestion des risques, Amélioration de la qualité, Processus d'Agrément	37
Conseils et comités de l'établissement	55
Ressources humaines.....	60
Déclaration de fiabilité.....	64
Rapport de la direction	65
Rapport d'activités du service des finances	66
Code d'éthique.....	85

Bonjour aux lecteurs,

L'exercice financier 2014-2015 s'est avéré un exercice de consolidation pour notre organisation qui a vécu plusieurs changements tout au cours de l'année.

Avec maintenant trois CHSLD au sein du Groupe Santé Arbec et deux ouvertures dans l'exercice visé par ce rapport, l'emphase a été mis sur la mise à jour de toutes nos politiques et procédures avec également comme priorité l'atteinte des pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada.

Les exigences des visites ministérielles et une conformité avec l'ensemble des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité ont également conduit nos travaux dans le but d'offrir un milieu de vie agréable, confortable, stimulant et animé à l'ensemble de nos résidents.

Au moment de la rédaction de ce rapport, nous pouvons confirmer que les visites ministérielles autant que la visite d'Agrément Canada dans nos trois CHSLD se sont très bien déroulés et je suis très fier de notre équipe. Nous avons tous le sentiment du devoir bien accompli.

Cette année, nous avons aussi misé sur le développement et le maintien des compétences et ce, à tous les niveaux dans l'organisation. Nous avons consciemment dépassé nos budgets annuels de formation et d'orientation dans le but de garantir que nos trois CHSLD soient au même niveau de professionnalisme et de compétence afin de permettre une harmonisation de nos services dans les trois centres. Cet investissement en ressources financières et humaines s'est traduit rapidement en améliorations extraordinaires pour la qualité et la sécurité des services offerts à la clientèle.

Nous vivons toujours une situation financière préoccupante au CH Heather depuis plusieurs années maintenant. Les autorités concernées sont bien avisées de ce fait et des travaux et discussions sont en cours avec notre CISSS de Lanaudière et le MSSS pour améliorer la situation. La pérennité de la qualité des services est en jeu si ensemble, nous ne trouvons pas de solutions à court terme pour régulariser ce problème flagrant. Nous ne sommes pas financés sur les mêmes bases que nos pairs de Lanaudière ni les établissements publics du territoire, alors il est urgent de rectifier cette iniquité intra régionale.

En terminant, j'aimerais remercier l'ensemble de l'équipe pour les efforts consentis aux réalisations et à l'obtention de notre accréditation d'Agrément Canada pour 2015 à 2019.

Cordialement,



Paul Arbec, Pdg

MISSION

Assurer des services personnalisés dans un milieu de vie adapté aux besoins des résidents en perte d'autonomie.

VISION

Nous voulons assurer une prestation de services axés sur le résident qui est au cœur de notre intervention. Notre approche, en constante amélioration, est empreinte d'humanité et de sécurité tant pour les résidents que pour notre personnel qui rend notre vision possible.

Nous voulons développer notre leadership en cette matière et être reconnu comme tel par tous ceux qui seront en relation avec nous.

PHILOSOPHIE DE GESTION

- Gestion participative misant sur la responsabilisation
- Développement des compétences
- Reconnaissance de notre personnel
- Créativité et prise de décisions
- Transparence et efficacité dans nos communications

VALEURS

Respect : Le respect de notre clientèle et de notre personnel dans l'écoute de leurs besoins et dans une réponse qui démontre cette écoute.

Confiance : Dans la volonté de nos résidents et leur famille à améliorer la situation du résident.
Dans la compétence de notre personnel à améliorer leur pratique et en assurer la continuité et l'intensité.

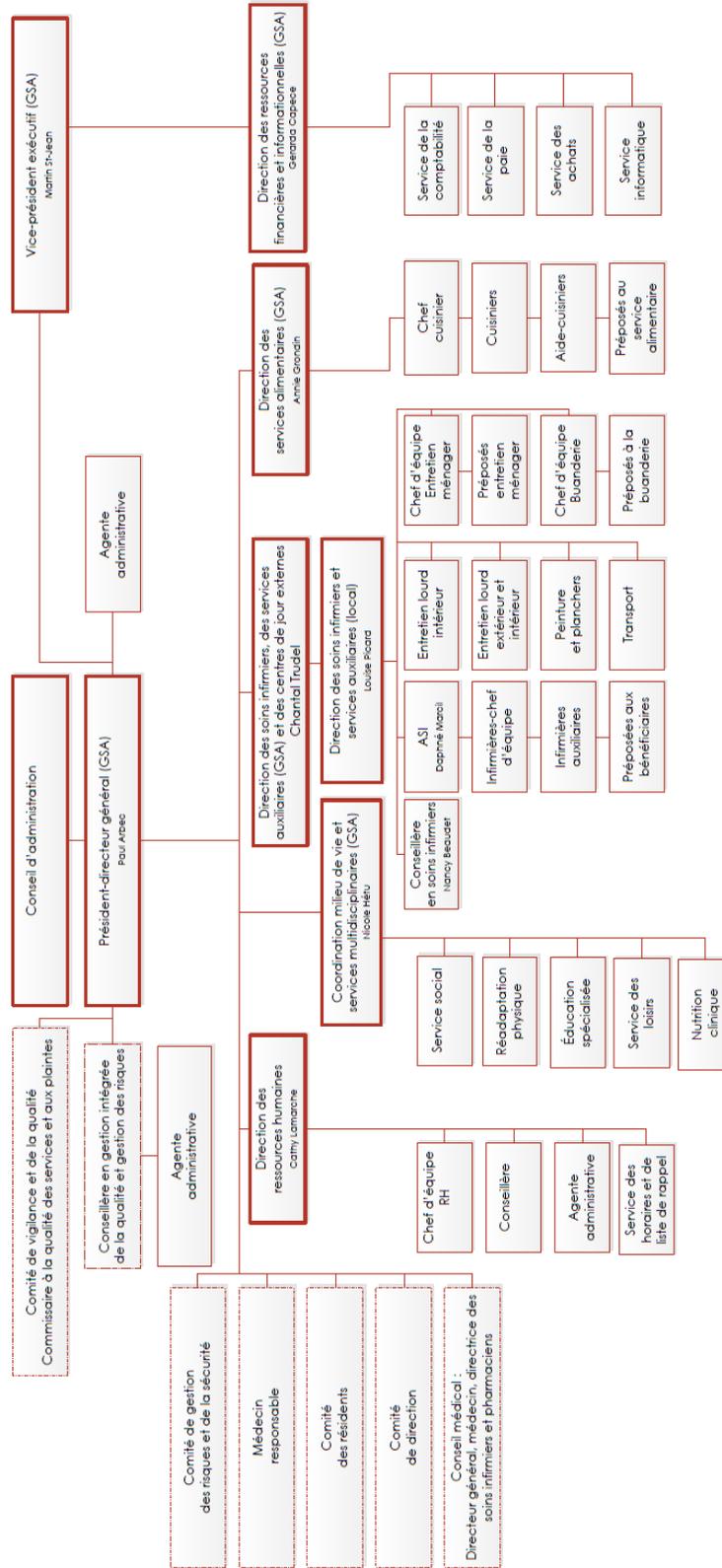
Engagement : Demeurer une organisation apprenante où la qualité des services est un incontournable dans notre volonté ferme de participer à la réponse régionale aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Rigueur : Offrir une pratique professionnelle et de gestion basée sur les données probantes applicables à notre réalité organisationnelle.

Collaboration : À tous les niveaux de l'organisation, entre les différents services, entre les personnes. Cela implique également le même type de relation avec les partenaires externes.

Fierté : De nos résultats et de notre personnel, clinique et administratif, à qui nous les devons.

Structure organisationnelle
 Adoptée le 23 avril 2015





Les services

Un service de garde est assuré jour et nuit, sept jours sur sept. Un médecin est également disponible.

Lors de la visite médicale, le médecin pourra répondre aux questions et les résidents pourront aussi obtenir des informations sur leur état de santé. C'est le résident ou son représentant qui doit se charger d'informer les autres membres de la famille.

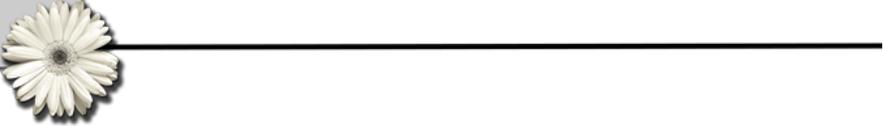


Le service de pharmacie

L'établissement offre également un service de pharmacie. La majorité des médicaments prescrits et inscrits au formulaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec sont fournis sans frais, à l'exception de la personne hébergée en privé qui doit payer ses médicaments.

Pour la sécurité des résidents, nous leur conseillons de se limiter aux prescriptions médicales et de discuter avec le médecin avant de prendre d'autres médicaments sans ordonnance afin d'éviter des effets indésirables et des interactions médicamenteuses.

Les soins infirmiers



L'assistante au supérieur immédiat (ASI) et l'infirmière conseillère en soins infirmiers assurent la coordination des activités et dirigent l'équipe de soins composée des professionnels de la santé suivants : infirmières chef d'équipe, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. L'infirmière chef d'équipe a la responsabilité de déterminer les besoins de santé et de planifier les interventions requises par l'état de santé du résident.

Ces professionnels de la santé assurent une présence continue de 24 heures sur les unités de vie. Ensemble, ils sauront répondre aux besoins pour la santé et l'autonomie du résident. Ceux-ci peuvent en tout temps s'adresser à l'infirmière de l'unité s'ils ont des questions ou des problèmes. Celle-ci se chargera de bien les informer et, si nécessaire, elle peut cédule une rencontre avec l'ASI, l'infirmière conseillère en soins infirmiers ou la directrice des soins.

La communication entre les intervenants et les proches est très importante. Une personne responsable dans l'entourage du résident devrait être identifiée comme étant l'intermédiaire entre les intervenants et les proches, ceci afin d'éviter la répétition des informations transmises.

À l'admission, l'infirmière demandera de choisir un niveau de soins. Ceci nous permettra de faire respecter les volontés concernant l'état de santé et l'intensité de nos interventions.

L'équipe des préposés aux bénéficiaires (PAB) est présente 24 heures sur 24. Cette équipe vous assiste à l'hygiène, à la toilette partielle quotidienne, au bain et à la douche, à l'habillement, etc.



Les services de réadaptation

Les services de réadaptation sont assurés par une éducatrice spécialisée et une thérapeute en réadaptation physique. Ces professionnelles sont en mesure d'aider à maintenir et maximiser l'autonomie fonctionnelle et de faciliter l'adaptation et l'implication à la vie de l'établissement.

Le rôle de la thérapeute en réadaptation physique est d'évaluer les capacités physiques actuelles du résident en terme de déplacement, d'équilibre, de mobilité, de force et d'endurance. L'analyse de cette évaluation permet d'élaborer un plan de traitement tenant compte du comportement du milieu de vie, des capacités, du potentiel et de la motivation du résident.



Le service social

Tous les résidents et leur représentant légal peuvent bénéficier des services d'une travailleuse sociale. Elle supporte et accompagne les personnes dans leur cheminement d'adaptation.

Elle intervient au niveau du fonctionnement social, notamment au niveau des interactions et de l'environnement dans le but d'assurer le développement optimal des capacités affectives, sociales et spirituelles. Ainsi, elle aidera à maintenir ou améliorer la qualité de vie des résidents.

Durant l'hébergement, elle pourra conseiller si le résident éprouve des difficultés d'ordre psychosocial, familial ou financier et également guider sur la pertinence d'ouvrir un régime de protection, d'homologuer un mandat d'inaptitude, de remplir une demande de transfert vers une autre résidence ou une demande de réévaluation pour la curatelle.



Les services multidisciplinaires et milieu de vie

La coordonnatrice des services multidisciplinaires et milieu de vie voit au développement et à la coordination des activités propres au milieu de vie. Elle voit également à l'entraînement et à la coordination des activités du groupe de professionnels responsables des services psychosociaux et des services de réadaptation des résidents : loisirs, éducation spécialisée, réadaptation physique, services sociaux, nutrition.

Le service alimentaire



La nutritionniste prévoit une alimentation correspondant aux besoins en cours offrant des menus équilibrés et variés. Le résident a la possibilité de faire des choix adaptés à ses goûts et à sa condition de santé dans le menu disponible.

L'horaire des repas est le suivant :

Déjeuner :	7 h 30
Dîner :	12 h
Collation :	14 h
Souper :	17 h
Collation :	19 h

Les déjeuners sont servis aux chambres. Les dîners et les soupers sont servis dans les salles à manger. Dès l'arrivée, l'infirmière de l'unité déterminera avec le résident l'endroit qui lui convient le mieux pour la prise des repas. Elle s'informera des goûts et des besoins spécifiques.

Si le résident ne peut se rendre à la salle à manger, les repas seront servis à votre chambre ou dans une des salles de séjour.

Les visiteurs peuvent prendre un repas à la salle à manger avec le résident. Des tables sont réservées à cet effet. Les visiteurs doivent réserver et payer leur repas en s'adressant à la réception.

Il y a des machines distributrices au rez-de-chaussée, près de la réception.

Pour une occasion spéciale, il est possible de réserver un local en s'adressant au service des loisirs, au poste 1015.

Saine alimentation

Les aliments offerts aux repas et aux collations répondent aux normes du cadre de référence « Miser sur une saine alimentation; une question de qualité! ». Le service alimentaire prépare et distribue des aliments sains et nutritifs tout en permettant des gâteries à l'occasion.

La nutritionniste prévoit une alimentation correspondant aux besoins tout en offrant des menus équilibrés et variés. Elle s'assure que les résidents reçoivent des mets qui conviennent à leur état de santé si ceux-ci ont des besoins particuliers. Nous conseillons de ne pas hésiter à lui communiquer toute demande de modification à votre régime.

Certains résidents ont des problèmes de santé particuliers comme des allergies, des risques d'étouffement, etc. Nous demandons à tous les résidents ainsi qu'aux visiteurs de ne pas donner d'aliments à un autre résident sans l'accord préalable des soins infirmiers.



Le service d'hygiène et salubrité



Le service d'hygiène et salubrité a pour principales fonctions le nettoyage, la désinfection et le maintien de la propreté de l'environnement. L'équipe entretient les surfaces en observant les techniques, les normes et les fréquences prescrites. Elle doit aussi respecter les activités des autres services et préserver la qualité du milieu de vie.

Le personnel du service d'hygiène et salubrité effectue régulièrement l'entretien des chambres.

Le service de pastorale



L'aumonier, à l'aide de bénévoles, assure la célébration liturgique et dispense les services de pastorale selon les besoins. La communion est offerte par le ministre de la communion, une fois pas semaine, pour ceux qui le désire.

Le Centre d'hébergement Heather respecte les croyances religieuses et les valeurs spirituelles de chacun.

Le service de coiffure



Un service de coiffure est à la disposition sur rendez-vous. Ce service est aux frais du résident et ajouté sur leur compte. Pour obtenir un rendez-vous, ceux-ci peuvent laisser un message dans la boîte vocale du service de coiffure au poste 1004 ou s'adresser à la réception.

Les soins de pieds



Une professionnelle en soins de pieds visite régulièrement le centre d'hébergement. Des honoraires sont exigés pour ce service. Pour un rendez-vous, les résidents ou leur famille peuvent s'adresser à l'infirmière de leur unité de vie.

Le service des loisirs



Le loisir, un droit pour tous, se doit d'être exercé librement. L'environnement physique, la communication et les activités sont des éléments importants qui influencent la qualité de vie et le bien-être de tous.

Le loisir s'inscrit dans une approche globale. La programmation est basée à partir de ces secteurs d'intérêts: physique, intellectuel, social, divertissement, spirituel, expression et de création dans des activités de groupe ou individuel. L'horaire des activités est affiché à chaque unité de vie et sur le calendrier mensuel que l'on retrouve dans chaque chambre. Tout au long de l'année des activités ponctuelles sont offertes: carnaval, épluchette, cabane à sucre, cinéma, bazar, etc. Les membres de famille et amis qui seraient intéressés à accompagner les résidents lors des activités sont les bienvenus.

Diverses salles, situées au rez-de-chaussée, offre du matériel ludique. Il y a également un accès à l'Internet dans la salle Oasis. Ces salles peuvent être réservées pour une rencontre familiale. Pour réserver, les gens peuvent s'adresser à la réception (poste 1000) ou au service des loisirs (poste 1015).

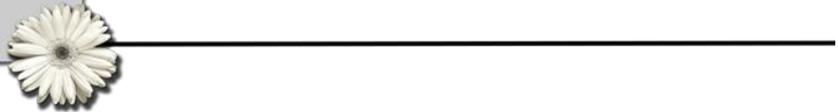
Notre équipe est composée de deux techniciennes en loisirs et de bénévoles qui offrent des activités variées et adaptées aux pratiques et intérêts en loisir.

Nos rôles en tant que professionnel en animation-loisir sont très diversifiés, nous sommes: des *personnes-ressource*, *animatrices de milieu*, *intervenantes cliniciennes*, *multiplicateurs* et *gestionnaires*.

Ensemble, avec l'équipe de travail, pour créer un milieu de vie animé, où il fait bon vivre!



Le service de buanderie



Le service de buanderie offre deux choix :

1. La famille ou la personne responsable du résident s'occupe de l'entretien de la lingerie du résident.
2. Le résident ou la personne responsable choisit le service d'entretien du linge personnel par l'établissement.

Il n'y a aucun frais pour le lavage et l'entretien normal de la lingerie et des vêtements personnels des résidents.

Cependant, les services suivants sont exclus :

- Le nettoyage à sec,
- Le séchage à plat,
- Le repassage,
- L'utilisation de produits spéciaux autres que ceux employés par le service de buanderie,
- Le lavage délicat ou à la main, et
- L'entreposage du linge.

Le linge personnel comprend les vêtements utilisés couramment dans la vie quotidienne du résident : chaussettes, sous-vêtements, pantalons, robes, jupes, blouses, chemises, chandails, vestes, etc. Le linge personnel exclut les couvre-lits et rideaux personnalisés utilisés dans la chambre du résident.

En période d'éclosion, les couvre-lits et rideaux doivent être nettoyés par mesure préventive afin d'éviter toute propagation. Par mesure de précaution et dans le but de protéger le résident, la politique cadre de la prévention des infections, suite à une éclosion, exige que tout ce qui est dans la chambre soit lavé et désinfecté incluant douillette, couvre-lit, rideaux, coussins, animaux de peluche, etc. Tout ce qui est dans la chambre devra donc être retiré et désinfecté.



Résultats au regard du plan stratégique

Adaptation des services

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
1. S'assurer que les moments clés sont de qualité i.e. admission, soins palliatifs, moment de vérité, activités de vie quotidienne (AVQ, comme les soins d'hygiène, les repas, les loisirs, etc.) AVD, fin de vie.	<ul style="list-style-type: none"> Soins et accompagnement en fin de vie. Comité mis en place, ainsi qu'un programme (en rédaction). Formation à venir pour l'ensemble des employés. Création d'une boîte de fin de vie (chapelet, image, musique douce). 		X		Coordonnatrice Milieu de vie	Juin 2015	Nombre de personnes formées.
	<ul style="list-style-type: none"> Politique alimentaire de la quiétude des lieux élaborée et adoptée. 			X	Direction des serv. auxiliaires	Février 2015	Politique élaborée et adoptée.
	<ul style="list-style-type: none"> Loisirs: plage horaire élargie. 			X		Juin 2014	Nombre de plages horaires.
	<ul style="list-style-type: none"> Unité 3 Rawdon: installation de musique dans la salle à manger. 			X	Direction des serv. auxiliaires	Hiver 2013	Installation complétée
	<ul style="list-style-type: none"> Sud: installation de musique dans chaque salle à manger et dans les salles de bain. 			X	Comité de direction	Décembre 2014	Installation complétée
	<ul style="list-style-type: none"> Les procédures d'admission ont été révisées. Nouveau guide pour le résident. Sondages de la clientèle à l'admission, en cours de soins et au départ ou au décès fait. 			X	Comité de direction	Mai 2014	Guide imprimé et distribué lors des admissions
2. Demeurer un établissement de choix.	<ul style="list-style-type: none"> Révision de toutes nos politiques et procédures en cours afin d'assurer les meilleures pratiques. Services offerts, ajout d'une TES, soins spirituels et conseillère milieu de vie. 		X		Comité de direction	Juin 2015	Nombre de politiques et procédures révisées
	<ul style="list-style-type: none"> Suivi du plan d'amélioration des visites ministérielles. 		X		Direction des soins	En continu	Nombre de recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> Adhésion au processus d'agrément. 		X		Comité de direction	En continu	Obtention du certificat
3. Adapter nos unités en fonction des besoins de la clientèle.	<ul style="list-style-type: none"> Manoir: aménagement d'une petite salle à manger à l'unité 3. 			X	Direction des serv. auxiliaires		Pièce aménagée
	<ul style="list-style-type: none"> CHSLD Heather: rénovation de chambres, lieux physiques sécuritaires avec portes codées. Installation de rails dans certaines chambres. 			X	Direction des serv. auxiliaires	Septembre 2011	
	<ul style="list-style-type: none"> Libérer les corridors: flèches sur les murs et affiches. 			X		Juin 2012	

Adaptation des services

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
4. Évaluer l'utilité d'une unité spécifique dans notre nouvelle aile au CHSLD Heather.	<ul style="list-style-type: none"> CHSLD Heather: Formation en 2013 (PAB et inf. aux.) Approche et communication auprès de la personne atteinte de déficit cognitif - Formateur: Amélie Gagnon (4 sessions de formation 20, 26, 30 septembre + 1 oct.2013) 53 personnes formées au CHSLD Heather et environ 50 au Manoir Heather + Formation 2014 AGIR pour protéger (PAB) - 3 sessions 11 février, 25 février 11 mars 2014 (26 PAB) Document remis et rencontre de sensibilisation faite auprès des infirmières et inf. aux. sur les notions d'approche prothétique élargie. (document La méthodologie des soins Gineste-Marescotti et Comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée- Approche élargie (AHQ). - Consultation de la littérature sur implantation et aménagement concernant le modèle Unité prothétique. Après réflexion adoptons philosophie et approche prothétique élargie avec ce type de clientèle. Donc la clientèle est répartit sur les 4 unités de soins 			X		Octobre 2013 et février-mars 2014	
	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'un système de son pour la musique sur unité 3 			X			
	<ul style="list-style-type: none"> Zoothérapie 			X			
5. Établir le portrait de l'importance de l'alourdissement de la clientèle et du rehaussement des heures soins requises pour admission en CHSLD. (Documenter les augmentations en heures soins, comportements perturbateurs, actes de violence, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration en cours des profils ISO-SMAF de notre clientèle. 		X		Direction des soins		Tableau complété des profils
	<ul style="list-style-type: none"> Grille de comportement élaborée. 			X	Direction des soins		Nombre de grilles de comportement
	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'incident/accident. 			X	Direction des soins		Nombre de rapports
	<ul style="list-style-type: none"> Grille Bertess 			X	Direction des soins		Nombre de grilles

Adaptation des services

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
6. Effectuer un bilan comparatif des effectifs, inter établissement, intra régionale et extra régionale afin de justifier, s'il y a lieu, l'ajout de ressources.	• Participation de la DSI à des tables régionales (AEPC, tables PALV).		X		Direction des soins	En continu	Nombre de rencontres
	• Participation du PDG à des tables régionales.		X		Directeur général	En continu	Nombre de rencontres
7. Améliorer notre système de pré-admission afin d'assurer un taux de réponse adéquat à notre mission avec les ressources disponibles.	• En collaboration avec le mécanisme d'accès, nous avons le dossier du résident suffisamment tôt pour en faire la lecture, s'assurer que nous avons les effectifs et l'équipement pour accueillir le résident.			X	Direction des soins		Taux de satisfaction des résidents à l'admission.
	• Politique d'admission.			X	Direction des soins		Politique élaborée et adoptée
	• Rencontre régulière avec le comité d'admission.			X	Direction des soins		Nombre de rencontres
8. Soutenir et reconnaître les meilleures pratiques et assurer le partage.	• Mise en place des comités d'agrément et révision des politiques.		X		Comité de direction		Nombre de rencontres
	• Adhésion aux MSI (méthodes de soins informatisées).			X	Direction des soins		Abonnement fait
	• Partenariat avec un milieu d'enseignement qui donne des cours dans nos locaux.			X	Directeur général		Un stage fait de PAB
	• Accueil de stagiaires dans nos établissements: TRP, TES, infirmières auxiliaires, nutritionniste.			X	Comité de direction		Nombre de stages
	• Formation Leadership et AGIR.			X	Direction des soins		Nombre de personnes formées
	• Conseillère en soins infirmiers: Membre de l'AIP (Infirmière en prévention des infections), formation vaccination et facteurs humains.			X	Direction des soins		

Adaptation des services

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
9. Continuer l'implantation des approches relationnelles novatrices dont Milieu de vie.	Heather: Formation AGIR, 10 PABs moniteurs formés et formation à l'interne de 30 PABs de février à mars 2015.			X	Directrice des soins infirmiers	31-mars-15	Nombre de personnes formées
	Manoir: formation sur l'approche pour les résidents ayant des troubles de comportement.			X	Directrice des soins infirmiers	2012-2013	Nombre de personnes formées
	Comité Milieu de vie donne des recommandations et suivi des recommandations par des audits.			X	Coordonnatrice Milieu de vie	En continu	Nombre de réunions du comité
	Suivi et application des recommandations des visites ministérielles.			X	Directrice des soins infirmiers et Coordonnatrice Milieu de vie	En continu	Nombre d'objectifs atteints
	Les centres au Sud: formation sur l'approche à venir.	X			Directrice des soins infirmiers	juin-15	Nombre de personnes formées.
10. Effectuer l'étude d'une approche novatrice en organisation du travail clinique.	MOI-TS			X	Directrice des soins infirmiers	mars-14	Approbation du ministère
	Implantation du DSQ		X		Directrice des soins infirmiers	juin-15	Nombre d'infirmières ayant accès
	Horaire une fin de semaine par mois pour les infirmières			X	Directrice des soins infirmiers	mai-12	Satisfaction des infirmières
	Réorganisation de travail entre les infirmières auxiliaires et les infirmières			X	Directrice des soins infirmiers	mai-12	Satisfaction des infirmières
11. Assurer une garde médicale en cas d'absence de notre médecin.		X			Directeur général et Directrice des soins infirmiers		Horaire de garde
12. Définir les services en lien avec l'agrandissement.	Augmentation de l'offre de services: Nb de lits			X	Directeur général et Directrice soins infirmiers		Nombre de lits ajoutés
	Ajout du centre de jour			X	Directeur général et Directrice soins infirmiers		Centre de jour en fonction
	Jardin d'Étoiles			X	Directeur général et Directrice des soins infirmiers		En fonction
	Chambres mieux adaptées ainsi que les espaces de travail			X	Directeur général et Directrice des soins infirmiers		Satisfaction des résidents et du personnel

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

Adaptation des services

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
13. Compléter l'organisation de la structure de la direction et de l'administration des soins cliniques.	Septembre 2013: ajout d'un poste ASI			X	Directrice des soins infirmiers	sept-13	Nomination d'une ASI
	Ajout de nouveaux postes de directeurs et organigramme en révision		X			sept-15	Diffusion de l'organigramme

Gestion des ressources humaines

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
1. Renforcer le sentiment d'appartenance à l'organisation.	Valoriser et reconnaître la contribution de tous nos collaborateurs		X		Tous les gestionnaires	en continu	diminution du nombre de grief et du taux de roulement (moins de 30%)
	Mettre à jour notre politique de reconnaissance			X	RH	mai-15	Politique terminée
	Party de Noël			X	RH	en continu	Taux de participation (70% et plus)
	5 à 7 reconnaissance			X	RH	en continu	Taux de participation (70% et plus)
	Party des bénévoles			X	Loisirs	en continu	Taux de participation (70% et plus)
	Reconnaissance au quotidien		X		Tous les gestionnaires	en continu	Tx de roulement (cible à établir au CODIR)
	Célébration de nos succès	X			CODIR	en continu	Tx de roulement (cible à établir au CODIR)
	Faire la politique d'appréciation du rendement et la mettre en application		X		RH et tous les gestionnaires	automne 2015	Nombre de rencontres-min une rencontre par personne par année
2. Augmenter la visibilité du DG auprès de la clientèle et du personnel.	Présence aux événements de reconnaissance et toutes autres activités			X	CODIR	en continu	Taux de participation (70% et plus)
	Rédaction du plan de communication			X	CODIR	avr-15	Fait
	Assemblées annuelles et spéciales	X			CODIR	en juin pour le nord et en septembre pour le sud	Nombre de rencontres et tx de participation
3. 4. 5. 6. Améliorer le bien-être au travail et le soutien aux employés.	Participation des comités à la réalisation de l'offre de service et réponse du CODIR à toutes les demandes des comités dans des délais respectables			X	Tout le personnel et le CODIR	en continu	N/A
	Programme de conditionnement physique (ententes avec des centres de conditionnement physique pour obtenir des rabais corporatifs et 100\$ payé par l'employeur)			X	RH	en continu	N/A
	Mettre en place un PAE			X	RH	janv-15	Diminution du nombre d'absences et d'arrêts de travail (de ? À ?)
	Mettre à jour la politique alimentaire (repas de qualité à bas prix)			X	DSA	Fait	
	Mettre à jour la politique de bien-être et de soutien			X	RH	Fait	
7. 17. Encourager l'initiative et l'autonomie du personnel.	Participation des comités à la réalisation de l'offre de service et réponse du CODIR à toutes les demandes des comités dans des délais respectables			X	Tout le personnel et le CODIR	en continu, engagement respecté par le CODIR	

Gestion des ressources humaines

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
8. 9. 10. 18. Renforcer la formation et le transfert des connaissances.	Développer une liste annuelle de formations		X		CODIR	mai-15	nb de formations réalisées sur envisagées (preuves)
	Développer le PDRH	X			CODIR et RH	mars-15	
	Développer un formulaire d'évaluation des formations	X			RH	déc-15	
11. Améliorer notre processus d'orientation et de probation.	Utilisation des orienteurs et monitrices pour orienter et évaluer le nouveau personnel			X	Toutes les directions	en continu	En place
	Mettre à jour le guide d'accueil			X	RH et toutes les directions	une première version a été complétée en juin 2014 une deuxième sera faite à l'hiver 2016	Nb guide d'accueil mis à jour sur le nb total
	Mettre à jour le document probatoire			X	RH et toutes les directions	mai-14	Nb embauche VS nb de document de suivi de probation de complété
	Mettre à jour les plans d'orientation		X		RH et toutes les directions	certain documents sont complétés...hiver 2016	nb de plan d'orientation mis à jour sur le total
12. S'assurer que nos pratiques de productivité respectent les normes provinciales.	Suivi des indicateurs			X	CODIR	en continu	
13. Assurer le présentéisme au travail.	Mettre à jour la politique sur la gestion de la présence au travail et celle sur l'assiduité			X	RH	mai-15	
	Note de service visant les refus et les absences non autorisées			X	RH	janv-15	Nb de refus et ANA (à inclure dans les indicateurs RH) Cible à déterminer par le CODIR
	Suivi des indicateurs			X	CODIR	en continu	
14. Améliorer l'efficacité et l'efficience de nos ressources et la pertinence de nos interventions.	Suivi en continu			X	CODIR	en continu	
15. Améliorer le système des horaires et normalisation des procédures.	Changement du système de paie			X	RH et Finance	mai 2013 et mai 2014	
	Ajustement des codes de paie		X		RH et Finance	mai-15	
	Convention collective pour Terrebonne et Repentigny		X		RH	?	
	Rencontre RH/Paie/Horaires			X	RH et Finance	en continu	
	Affichage Web des horaires		X		RH	mai-15	
16. Respecter la diversité culturelle.	Suivi en continu			X	RH	en continu	nombre d'embauches de minorités

Finance et matériel

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
Nouvelle présentation pour point 1, 2, 3, 4, 7 et 9 page 8 du plan stratégique 2011-2015							
1. Assurer la pérennité de l'entreprise par une saine gestion financière et une affectation optimale des ressources de notre organisation ;							
A- Améliorer nos systèmes informationnels, notamment nos systèmes comptable et de la paie, ainsi que les procédures liées à la gestion des ressources financières ;	1- Passage à Acomba;		X		Direction de la finance	Avril 2015	
	2- Passage à Logibec et Desjardins "Employeur D"			X	Direction de la finance		
	3- Mise en place de nouvelles procédures afin d'assurer un meilleur contrôle des dépenses et une meilleure imputabilité comptable		X		Direction de la finance	Juin 2015	
B- Augmenter la fréquence des rapports financiers et assurer une meilleure qualité générale de ces rapports, le tout conformément aux exigences de la loi ;	1- Passage aux rapports financiers mensuels ;		X		Direction de la finance	Juin 2015	
	2- Changement de la charte comptable afin d'assurer une meilleure imputabilité ;		X		Direction de la finance	Avril 2015	
C- Améliorer notre processus budgétaire	1- Un processus plus formel a été mis en place afin que le service financier supporte mieux les cadres dans l'élaboration des budgets;		X		Direction de la finance	Juin 2015	
	2- L'information financière est transmise périodiquement aux cadres dans le cadre du suivi budgétaire ;		X		Direction de la finance	Juin 2015	
D- Améliorer la rentabilité financière de l'entreprise ;							
i) Documenter et revendiquer auprès des autorités gouvernementales le déficit de financement de nos installations par rapport à nos pairs ;	1- Un nouveau contrat plus lucratif a été négocié avec le CSSS du nord de Lanaudière pour le C HSLD Heather;			X	Vice-président exécutif		
	2- Une démarche auprès du ministère a été enclenchée pour rehausser le financement des places conventionnées pour le CHSLD Heather ;		X		Direction générale		
ii) Fermer les établissements non-rentables;	1- Fermeture du Manoir Heather;			X	Vice-président exécutif		

Finance et matériel

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
E- Élaborer un système de suivis et contrôle des inventaires;	1- Un processus de suivi plus serré des dépenses est en cours d'implantation ;		X		Direction de la finance	Juin 2015	
F- Rehausser le niveau de service auprès des CSSS de Lanaudière.	1- L'agrandissement du CHSLD Heather a été réalisé			X	Direction générale		
	2- Construction des CHSLD des Moulins et CHSLD Émile McDuff			X	Direction générale		
G- Assurer un meilleur contrôle sur les salaires versés	1- Transférer la responsabilité du service de la paie de la direction des ressources humaines à la direction des finances.			X	Direction de la finance		
	2- Des niveaux d'autorisation des feuilles de temps ont été instaurés pour s'assurer de la validité des salaires versés.			X	Direction de la finance		
	3- Des rencontres mensuelles sont tenues pour permettre une bonne communication entre le service de la paie, l'horaire et les ressources humaines.			X	Direction de la finance		
Nouvelle présentation pour point 6 page 8 du plan stratégique 2011-2015							
2- Mettre en place un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement médical et la technologie médicale	1- Rédiger une politique d'entretien préventif des équipements médicaux et l'implanter			X	Conseillère clinique		Pourcentage des entretiens préventifs effectués. Cible: 100%
	2- Rédiger un programme d'entretien préventif et l'implanter			X	Direction des serv. Auxiliaires	févr-15	
	3- Un inventaire des équipements a été produit			X			
	4- Un comité plan d'entretien du matériel et équipement a été mis sur pied et se rencontre trois fois par année.			X			

Finance et matériel

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
Nouvelle présentation pour point 5 et 8 page 8 du plan stratégique 2011-2015							
3- Assurer le leadership du Groupe Santé Arbec en améliorant de façon continu la beauté et la qualité des installations et en favorisant l'adoption des meilleurs pratiques existant au sein de la communauté ;							
A- Continuer à embellir les sites intérieurs et extérieurs	1- Rénover les chambres 227 et 228 au CH Heather	X			Direction des serv. auxiliaires	avr-15	Sondage milieu de vie. Cible: 85% des répondants satisfaits/très satisfaits des installations
	2- Rénover postes infirmiers 1 et 2.			X	Direction générale		
	3- Améliorer l'aménagement paysager cours arrière.			X	Direction générale		
B- Adopter une politique verte (Développement durable)	1- Implanter un système de collecte des matières résiduelles à trois voies			X	Direction des serv. Auxiliaires		
	2 -Réduire notre quantité de déchets en achetant des tasses réutilisables et des verres compostables			X	Direction des serv. Auxiliaires		
	3- Sensibiliser le personnel à adopter des comportements écologiques		X		Direction des serv. Auxiliaires	en continue	

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

Information, communication et partage de l'information

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
1. Réviser et diffuser la description des valeurs partagées dans l'établissement.	Le Groupe Santé Arbec s'était donné des modalités pour partager une information pertinente avec les bonnes personnes et au bon moment. Cette volonté de communiquer devait se réaliser dans un premier temps par la révision et la diffusion des valeurs partagées dans l'établissement. À ce titre, le Groupe Santé Arbec a, durant l'année 2014, redéfini sa mission, sa vision, ses valeurs et sa philosophie de gestion en utilisant des documents qui traitaient déjà de cette réalité, mais en les fusionnant à l'intérieur d'une seule politique et procédure qui a été diffusée.			X	Direction générale		
2. Améliorer la diffusion des résultats des efforts d'amélioration avec des outils de mesure de performance (indicateurs), en assurer la pertinence la compilation et la communication.	Le Groupe Santé Arbec diffuse depuis plus d'un an les indicateurs correspondant à l'ensemble de ses champs de pratique. Ces indicateurs sont partagés par unité avec les différents intervenants qui la compose. Ces indicateurs ont permis également d'améliorer la pratique sur plusieurs aspects qui commandaient cette amélioration. Une diffusion plus systématisée tenant compte de la globalité des services devra être mise en place dans la prochaine année.		X				

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

Information, communication et partage de l'information

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
3. Établir une structure de communication bilatérale et assurer sa mise en application (assurer l'adhésion de la part des cadres de tous les niveaux).	Le plan de communication a été élaboré en janvier 2015. Le modèle de communication retenu a été établi à partir des rencontres d'employés, des rencontres de famille, du comité de gestion McDuff/des Moulins et du comité multidisciplinaire McDuff/des Moulins. Ce modèle de communication vise, pour l'ensemble des partenaires internes et externes, à rassurer d'une part, et à responsabiliser d'autre part. La très grande partie des outils de communication ont été formalisés et leur utilisation réglementée.		X				
4. Harmoniser les services auxiliaires, administratifs avec les soins infirmiers et les soins d'assistance.	Le comité de gestion McDuff/des Moulins réunit l'ensemble des directeurs et des gestionnaires de tous les services de l'organisation. Le but visé étant de permettre à des entités qui ont des visions différentes de jeter un double regard sur les situations cliniques et administratives afin d'en dégager le meilleur intérêt pour le résident et pour le personnel. L'autre aspect important est de développer, pour les orientations que nous prenons, l'argumentaire et les modalités inhérentes au travail du gestionnaire.		X				
5. S'engager à fournir des documents traduits dans les deux langues.	Étant donné que dans sa mission, le CH Heather offre des services à une clientèle qui s'exprime en français et en anglais, la direction a produit de façon systématique tous les formulaires et toute la documentation adressée aux résidents dans les deux langues officielles.			X			

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

Information, communication et partage de l'information

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
6. Communiquer les bons coups à la communauté.	Le Groupe Santé Arbec a toujours démontré son intérêt à établir des liens avec les partenaires de la communauté. L'importance de ces liens est de permettre à la communauté de reconnaître la réalité des établissements du Groupe Santé Arbec et de développer avec eux un partenariat, voir une complicité, afin d'offrir des services aux résidents qui sont de meilleure qualité. Ainsi, avec l'ouverture des deux nouveaux CHSLD (McDuff et de Moulins), les invitations lancées à la population et aux médias ont permis de mieux faire connaître le Groupe Santé Arbec. Les plans de travail qui sont élaborés au niveau des loisirs favorisent le recrutement des bénévoles et favorisent l'adhésion des partenaires du milieu scolaire. Il y a aussi les liens avec les associations qui traitent des différentes problématiques où nous sommes concernés. L'officialisation de l'assemblée générale des familles en est un autre exemple.			X			

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
1. La sécurité des résidents en tenant compte des nos ressources humaines et matériel et de la qualité de nos soins.	Développer un milieu de travail positif:						
	Définir le rôle et responsabilité de l'employé			X			
	Formation continue - Plan de formation pour 2015		X		Direction des services		
	PP: 1 - 4.2 Comités de travail: 17 comités - c. gestion des risques & amélioration continue, c. mesures d'urgence, c. plan d'entretien des équipements		X	En processus évaluatif - Tableaux de synthèse des comités			
	Ressources humaines - Rédaction de nouvelles politiques et procédures			PP - 4-2.2 Gestion de la présence au travail - 4-2.2.1 Gestion de l'assiduité - 4 - 2.5 Santé et sécurité au travail	DRH		
	Politique sur la maltraitance			X	Direction générale	adoptée 27 fév. 2015	
	PP 1 - 6.1 Gestion des insatisfaction PP 1 - 6.2 Gestion des plaintes			X	Direction des services + ASI		
	Analyse et suivi des évènements sentinelles - PP 1 - 4.4 Évènements sentinelles			X	Dg - DSI - CQSA		
	Normalisation des pp - soins infirmiers		X		Comités de travail		
	Programme de prévention des chutes			X	Comité Prévention des chutes		
	Programme de mesures de contention			X	Comité Mesures de contention		
	Voir au bon fonctionnement de l'infrastructure matérielle PEE: Comité plan d'entretien des équipements et matériel			X	Comité PEE		
	Plan de mesures d'urgence PMU: Comité Plan mesures d'urgence			X	Comité PMU		
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers			X	CGIQGR			

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
1. La sécurité des résidents en tenant compte des nos ressources humaines et matériel et de la qualité de nos soins. (suite)	Dépliants remis à l'admission: Guide de la sécurité des résidents et du personnel Abus des personnes âgées du CSSS Cavendish Le régime d'examen des plaintes - Améliorer la qualité des services de Santé et services sociaux Québec Face aux services québécois - vous vivez une situation difficile? Protecteur du citoyen.			X	Réceptionniste		
2. Communication Principaux objectifs: rassurer et responsabiliser en assurant une transmission de l'information efficace pour tous les partenaires.	En processus évolutif Communication interne Communication externe				CODIR		
	Comité des communications	X			CODIR		
Communication interne	PP- 1 - 6.1 Politique des communications - Plan de communication.			X	CODIR		
	Communication interne dans une approche de coopération et de collaboration par l'intermédiaire des différents comités.				Comités de travail - Direction des services		
	Diffusion des politiques et procédures - diffusion 2-3 politiques/2 semaines PP 1 - 4.3 Rédaction, diffusion et suivi des politiques et procédures			X	Direction des services + inf. chef-d'équipe		
	Comité de direction - dépôts des indicateurs RH - SI et Ser. Financier dépôt des résultats mensuels - CODIR 1x/mois			X	CODIR		

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
Communication interne (suite)	Réunions des comités de travail 1/3 mois			X	Direction des services		
	Réunion des services interdisciplinaire 2x/année			X	DSI		
	Réunion des infirmières et inf. auxiliaires 1/3 mois			X	DSI		
	Réunion soins infirmiers et PAB 1x/année			X	DSI		
	Discussion/rapport entre l'infirmière-chef d'équipe / équipe de soins			X	Inf. chef d'équipe		
	Rapport quotidien aux unités de vie			X	Inf. chef d'équipe Serv. Prof.		
	Guide du résident remis à la famille/résident + sac avec divers dépliants d'information			X	Réceptionniste		
	Plan d'intervention individuel P.I.I.		X		Inf. chef d'équipe		
Communication externe	Sondage sur la satisfaciton de la clientèle - formulaire à l'admission, au départ			X	TL - réception		
	Accès aux technologies - dossier de santé électronique - - Sield - TINA - DSQ - nutrition ??			X	Ser. Informatique		
	Information pour les visiteurs, résidents et employés - Distributeur de dépliants aux entrées principales			X	Réceptionniste		
	Tableau d'affichage à chaque unité de vie			X	Loisirs		
	Assemblée générale 1/année			X	Directeur général		
	Sondage PULSE 1x/année			X	CGIQGR		
	Le journal GSA Publié 3 x/année		X		Adjointe à la direction		

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
Communication externe (suite)	Ressources humaines - Différents tableaux d'affichage pour différentes informations concernant les employés			X	DRH		
	Site web GROUPE SANTÉ ARBEC Accès à la messagerie pour le familles + nouvelles			X	Directeur général		
	Présence du DG à la table des DG de Lanaudière réunion ? / année			X	Directeur général		
	Présence du DG au comité TCSAD réunion ? / année			X	Directeur général		
	Présence de la DSI au comité PALV réunion ? / année			X	DSI		
	Rencontres avec les partenaires du réseau de la santé Agence de la Santé et des Services sociaux de Lanaudière - CSSS Nord et Sud de Lanaudière				Directeur général - DSI		
3. Élaborer une répartition équitable des ressources humaines et matérielles disponibles.	Rédaction de plusieurs pp - RH pour assurer la présence nécessaire afin de donner des services optimaux. PP4 - 2.2 Gestion de la présence au travail - 4 - 2.2.1 Gestion de l'assiduité -			X	DRH		
	Indicateurs RH - déposés au CODIR - 1x/mois			X	DRH		
	Dépôt des résultats financiers au CODIR - 1x/mois			X	DSF		
	Créé un poste de direction des services auxiliaires			X			
	Direction des ressources humaines		X				
	Comité Plan d'entretien de l'équipement et des matériels. Le comité émet des recommandations pour l'achat ou le remplacement d'équipement ou de matériel à la DSA. Réunions 4x/année				X	CODIR DSA DSF	

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
3. Élaborer une répartition équitable des ressources humaines et matérielles disponibles. (suite)	Comité Paritaire Santé Sécurité. Le comité émet des recommandations aux différents services et au comité de direction, s'il y a lieu. Réunions 4x/année			X	Comité Paritaire Santé sécurité		
4. Élaborer et diffuser les règles de conduite du code d'éthique.	PP - 1 - 1 Mission Vision Valeurs - Véhiculer et populariser la mission, la vision et les valeurs du GSA.	X			CODIR		
	PP 1 - 3.1 Politique cadre d'éthique			X	CODIR		
	Création d'un comité ha doc lorsque nécessaire.			Au besoin	CODIR		
5. Améliorer notre statut et être reconnu comme un établissement de choix. (suite)	3 points importants: les ressources humaines, la qualité des soins et l'infrastructure				CODIR		
	Ressources humaines: Restructuration du service pour l'adapter aux besoins. Rédaction de nouvelles politiques ou mise à jour. Porter une attention particulière à la reconnaissance pour les employés. Formation continue dans les divers services.				DRH		
	Qualité des soins: Donner accès aux technologies et aux logiciels (DSQ - SICHELD - TINA - Nutrition) Bonne communication entre les différents services. Accès a un cartable des politiques et procédures à chaque unité de vie/réception. Diffusion des pp par l'infirmière-chef d'équipe à son équipe de soins.					DSI - ASI - Conseillère en soins infirmiers	

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
5. Améliorer notre statut et être reconnu comme un établissement de choix. (suite)	Comités de travail font des recommandations auprès de la direction des services concernés aux niveaux des soins. Milieu de vie avec plus d'activités (activités en soirée et les week-ends) - Accompagnateur pour les personnes sous curatelle publique.			En processus d'évolution	DSI - ASI - Conseillère en soins infirmiers		
	Infrastructure: Comités de travail font des recommandations auprès de la direction des services concernés pour le remplacement ou l'achat d'équipement ou de matériel. PP 1 - 7.7 Programme d'entretien préventif . Plan d'action pour 2015-2016						
6. Favoriser l'apprentissage au sein de l'organisme et la prise de décisions fondées sur la recherche.	Les ressources humaines sont un élément clé, la formation continue est essentielle à tous les niveaux. Calendrier de formations pour 2015 - 2016. Un budget de formation est attribué à tous les services. À tous les postes, le personnel des soins infirmiers a accès à l'Internet. Les comités de travail ont un mandat et des objectifs à atteindre, travail en équipe apprentissage/recherche.						
7. Mettre en place et promouvoir une politique de saines habitudes de vie	Une politique sur le Bien-être au travail et soutien du personnel (PAE) - Politique Harcèlement et violence au travail. Un programme d'encouragement à faire de l'exercice physique.			X	RH		
	Capsules de prévention d'accident au travail par les TRP	X			TRP		
	Les employés peuvent acheter leurs repas de la cuisine de l'établissement à un coût modique			X	Direction générale		

Sécurité et qualité

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
7. Mettre en place et promouvoir une politique de saines habitudes de vie (suite)	Nutrition - un programme XXX	X			DSA		
	Calendrier d'activités						
	Janvier: semaine sans fumée						
	Février: prévention du suicide						
	Mars: mois de la nutrition				Nutritionniste		
	Avril et octobre: Lavage des mains				Inf. cons. Soins inf.		
	Mai: Équipement de protection						
	Mai: Journée internationale des familles						
	Octobre: vaccin anti-grippal				Inf. cons. Soins. Inf.		
	Octobre: semaine du contrôle des infections				Inf. cons. Soins. Inf.		
	Novembre: semaine du loisir en institution				Loisirs		

Réseau et leadership

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
Nouvelle présentation pour point 1 et 6 page 11 du plan stratégique 2011-2015							
1. Exercer le leadership du Groupe Santé Arbec dans notre milieu en fonction de nos champs de compétence.	• Consolider et développer nos partenariats:					en continu	Participations et réalisations.
	- FSNL		X		Direction générale		
	- Table PALV		X		DSI		
	- Converture médicale dans le Sud		X		DGA		
	- Mécanisme d'accès		X		DSI		
	- Table de soutien à domicile de Matawinie		X		Direction générale		
	- AEPC, RQRA, CEPSEM		X		RH, Direction générale, DSI		
	- Participations aux comités de l'Agence		X				
- CRASLA		X		Michèle Dawe			
Nouvelle présentation pour point 2 et 8 page 11 du plan stratégique 2011-2015							
2. Développement des compétences/connaissances.	• Partage de nos connaissances avec le réseau et entre nos établissements pour développer et maintenir une pratique de grande qualité.		X			En continu	
	• Mise en place des comités experts (18 comités d'agrément incluant des membres des 3 CHSLD)			X	DSI/ Consultante en gestion des risques et de la qualité		Participation et compte-rendus
	• Mise en place du comité multidisciplinaire			X	Coordonnatrice milieu de vie		
	• Développement d'une pratique de couverture médicale pour les CHSLD du Sud de Lanaudière			X	Direction générale/DGA		Contrat signé le 17 mai 2015
Nouvelle présentation pour point 3 et 9 page 11 du plan stratégique 2011-2015							
3. Assurer la pérennité et la croissance du Groupe Santé Arbec.	• Utiliser un processus de mentorat/coaching pour l'équipe de direction	X					
	• Former des moniteurs dans les différentes sphères d'activités dans les 2 CHSLD du Sud pour former les nouveaux employés			X			
	• Former des formateurs afin de donner les formations AGIR au CHSLD Heather			X			
	• Approche "Train the trainor"		X				

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

Réseau et leadership

Objectifs du chantier	Moyens utilisés/Actions posées	État			Responsable	Échéancier	Indicateur de mesure (incluant cible)
		À faire	En cours	Réalisé			
3. Assurer la pérennité et la croissance du Groupe Santé Arbec. (suite)	formation RCR et que le personnel de soins soit formé PDSB.		X				
	• Développement de 204 lits CHSLD dans le Sud de Lanaudière			X	Direction générale	mai-15	
	• Développement de 74 lits RI avec la Résidence Wilfrid-Grignon à Ste-Adèle			X	Direction générale	15-avr-15	
	• Fermeture du Manoir Heather (repositionnement)			X	générale	27-juin-14	
Suppression du point 4 page 11 du plan stratégique 2011-2015							
Nouvelle présentation pour point 5 et 7 page 11 du plan stratégique 2011-2015							
4. Adapter et développer nos services en fonction des besoins et attentes de la communauté.				X	DGA		
	• Pastoral, spiritualité			X			
	• Toilette privée			X			
	• Intégration du milieu de vie			X	Coordonnatrice milieu de vie		
	• Musique et culture		X		Coordonnatrice milieu de vie		
	• Communauté de pratiques	X			DGA		
	• Programmation en fin de vie			X	DSI		
	• embauche d'une coordonnatrice en milieu de vie et en services multidisciplinaires pour permettre une plus grande objectivité avec le développement du milieu de vie, des services multidisciplinaires et de la gestion de l'amélioration continue.			X	Coordonnatrice milieu de vie		
• Nouveau contrat d'achat de places plus avantageux au CHSLD Heather			X	Direction générale et Vice-président exécutif			



Rapport d'activités
Gestion des risques
Amélioration de la qualité
Processus d'Agrément

Rapport annuel

2014-2015

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Gestion des risques

Amélioration de la qualité.

Processus d'Agrément

GROUPE SANTÉ ARBEC
CHSLD HEATHER

groupesantearbec.com
Rédactrice : Amélie Tavernier

Table des matières

Agrément Canada _____	1
Sécurité des soins et des services _____	3
Examen des plaintes _____	4
Comités créés en vertu de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux _____	5
Sous comités pour l'amélioration continue de la qualité et gestion des risques _____	5
Information de contact _____	15
Information sur l'entreprise _____	15



*Visite d'Agrément
Canada du 8 au
12 juin 2015.*

Agrément Canada

Faits marquants

La dernière visite d'Agrément Canada a eu lieu en 2011. Il a été accepté par Agrément Canada, une demande de report de six mois de la prochaine visite, la visite aura donc lieu du 8 au 12 juin 2015. La demande de report est basée sur le fait de l'ouverture de deux nouveaux CHSLD en mai 2014. Les visiteurs d'Agrément Canada évalueront les trois CHSLD lors d'une visite unique.

Faits financiers saillants

Le suivi des travaux en lien avec les normes d'Agrément Canada est en cours et en processus avec les comités de travail du Groupe Santé Arbec que nous détaillerons ultérieurement. Les recommandations faites par l'organisme d'Agrément dans son dernier rapport ont également été prises en considération et sont travaillées dans les comités de travail.

Faits saillants d'exploitation

Le Groupe Santé Arbec a mis en place des comités de travail dans le but d'apporter un processus d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et l'obtention du certificat d'Agrément Canada, suite à la visite de 2015.

Ci- dessous, la liste des comités de travail mis en place ou relancés en 2014, dont nous détaillerons les objectifs, mandats et recommandations ultérieurement. Ces comités ayant pour priorité de travailler sur les politiques organisationnelles requises (POR) provenant des normes dont l'établissement est assujetti.

- Comité de travail plaies de pression
- Comité de travail prévention des chutes
- Comité de travail prévention des infections
- Comité de travail gestion des médicaments
- Comité de travail soins de longue durée
- Comité de travail soins en fin de vie
- Comité de travail mesures de contentions
- CVQ (comité de la vigilance et de la qualité)
- Comité de gestion des risques - CACQ (comité amélioration continue de la qualité)
- Comité des mesures d'urgence

- Comité de plan d'entretien des matériels et équipements
- Comité de travail TENA (produits d'incontinence)
- Comité milieu de vie
- Comité des résidents

Sécurité des soins et des services

Déclaration AH223

Actions réalisées, de façon continue, pour la promotion de la déclaration des incidents et des accidents. Transfert des données du registre local au registre national des déclarations d'incidents et d'accidents (SISSS) selon les modalités prévues au calendrier. Les actions sont réalisées par l'infirmière-conseillère clinique, pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents.

Révision des politiques et procédures

Au cours des années 2013-2015, dans la poursuite de l'amélioration en sécurité des soins et services, environ 75% des politiques et procédures et des programmes ont été révisés et certains créés, et ce, en collaboration avec le personnel. La table des matières des politiques et procédures témoigne du travail réalisé.

Rapport événement sentinelle

Il n'est pas survenu d'évènement impliquant un rapport du coroner durant les années 2014-2015. Le nombre d'évènements sentinelles s'élève à 2 durant la période 2014-2015.

Date	Lieux	Type d'évènement
2014/09/11	CHSLD Heather	Évènement lié à la gestion de cas
2015/01/07	CHSLD Heather	Évènement environnemental

Examen des plaintes

Bilan

La population peut avoir accès au rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. Un sommaire du rapport annuel est communiqué au comité des résidents lors de la première rencontre après sa réception.

L'information est disponible sur demande au bureau du gestionnaire de qualité et des risques.

Les points marquants à retenir pour 2014 - 2015 :

La création de multiples comités de travail en 2013, pour l'amélioration continue de la qualité dans le but de la préparation à la prochaine visite d'Agrément. Ceux-ci poursuivent toujours leur travail.

L'ensemble des comités et du personnel est investi dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Comités créés en vertu de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux

Comité de vigilance et de la qualité des services

La population peut avoir accès au rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. Un sommaire du rapport annuel est communiqué au comité des résidents lors de la première rencontre après sa réception. L'information est disponible sur demande au bureau du gestionnaire de qualité et des risques.

Dates des rencontres du comité :

30 septembre 2014 – 13 janvier 2015 – 12 mai 2015 – 14 mai 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Assurer le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Ces recommandations découlent de l'analyse et des conclusions apportées à chaque plainte et à l'ensemble des plaintes (rapport annuel)
- Le suivi des rapports d'Agrément
- Installation des systèmes informatiques

Comité gestion des risques et amélioration de la qualité

Dates des rencontres du comité :

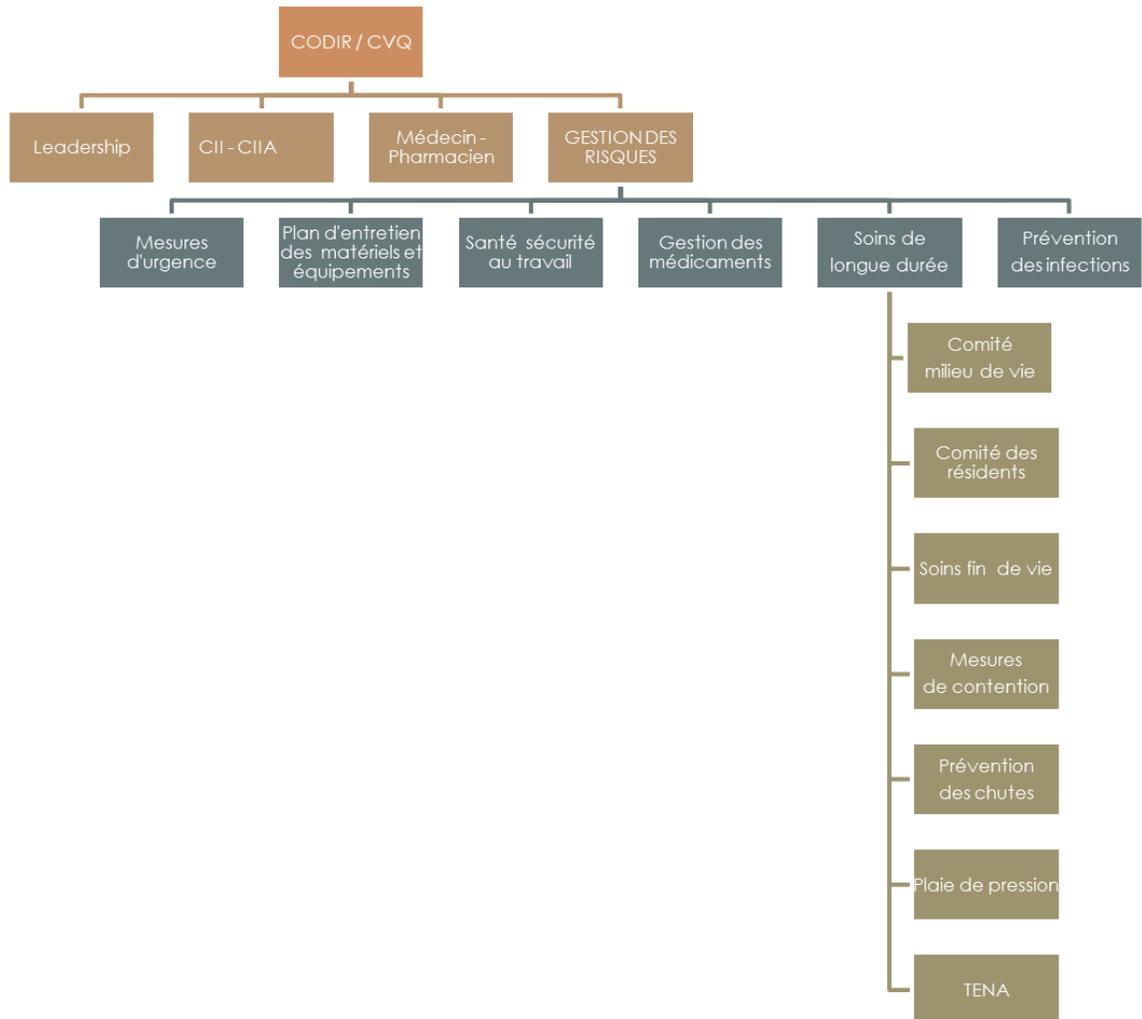
25 mars 2014 – 22 juillet 2014 – 25 novembre 2014 – 26 mars 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

Objectif global :

- Comité gestion des risques : CGR + Comité amélioration continue de la qualité : CACQ
- Suivi des indicateurs et suivi des différents comités de travail.
- Revoir les politiques et procédures
- Formation / Information. Sous comités pour l'amélioration continue de la qualité et gestion des risques

Sous la responsabilité du comité gestion des risques plusieurs comités se rencontrent en moyenne tous les quatre mois pour travailler sur les sujets qui les concernent et dont le but global est l'amélioration de la qualité des services aux résidents.



Comité de travail plaies de pression

Dates des rencontres du comité

5 août 2014 – 11 novembre 2014 – 13 janvier ½ journée : (cadre de référence TRP seulement) – 10 mars 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Constitution du comité plaie de pression
- Rédaction des politiques et procédures
- Rédaction du cadre de référence
- Prévention des plaies de pression, par des capsules d'information et formation sur les plaies

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

Achat d'une balance pour une unité de soins.

Comité de travail prévention des chutes

Dates des rencontres du comité :

11 mars 2014 – 2 décembre 2014 – 7 avril 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Constitution du comité prévention des chutes
- Rédaction du programme-cadre de référence prévention des chutes
- Prévention par des capsules d'information sur le programme prévention des chutes
- Suivi des indicateurs (objectif 2016)

Comité de travail prévention des infections

Dates des rencontres du comité :

25 février 2014 – 30 avril au 15 juin questionnaire sur la prévention des infections

8 juillet 2014 – 4 novembre 2014 – 26 février 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Constitution du comité prévention des chutes
- Rédaction & révision des politiques et procédures
- Formation et information sur les pratiques d'hygiène des mains et utilisation du matériel de protection

- Rédaction du programme-cadre de prévention des infections
- Effectuer la mise à jour dans les établissements. Nouvelles normes de janvier 2014 : V9

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Utilisation des bacs à linge sale / déchets dans les unités.
- Modification à la réserve de fourniture médicale.
- Achat de 6 nouveaux chariots-isolement + réparation,
- Installation de tablettes dans le local réservé/pandémie
- Identification et installation de locales pour le matériel/pandémies
- Mise en place d'un comité ad hoc, zones grises, avec pour objectif l'amélioration de l'hygiène dans l'établissement

Comité de travail gestion des médicaments

Dates des rencontres du comité :

5 février 2014 – 25 février 2014 – 27 février au 29 avril 2014 questionnaire – 28 mai 2014 – 25 septembre 2014 – 20 janvier 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Constitution du comité gestion des médicaments
- Effectuer la mise à jour dans les établissements. Nouvelles normes de janvier 2014 : V9
- Mise en place dans toutes les unités du BCM
- Implanter le DSQ (objectif 2016)
- Suivi des indicateurs (objectif 2016)

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Intégration de la pharmacie à la liste des membres participants aux rencontres comité de gestion des médicaments et les plans de formation des médicaments
- Installation de climatiseurs dans les pharmacies des unités 1 et 2, pour assurer une température de conservation des médicaments équivalente aux exigences.
- Changement des horaires de livraison des médicaments de la pharmacie pour s'ajuster avec l'horaire des infirmières auxiliaires recevant la livraison
- Installation de télécopieur dans les unités pour optimiser le travail des infirmières. Uniquement pour les envois dans les 4 unités du CHSLD Heather (la pharmacie fournit les télécopieurs et cartouches d'encre)
- Changement d'heure des Px du matin

Comité de travail soins de longue durée

Dates des rencontres du comité :

19 février 2014 – 15 avril 2014 – 21 mai 2014 – 19 août 2014 – 22 janvier 2015 –
21 avril 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Plan d'amélioration – Qualité milieu de vie – MSSSS 2013-2015 (SLD)
 - Implantation un milieu de vie de qualité tel que préconisé par les orientations ministérielles
 - Mise en place d'une procédure d'accueil et d'intégration écrite d'un résident
 - Révision des les politiques et procédures
 - PII – Procédure – Calendrier et méthode, plan d'action pour la mise à jour de l'ensemble de PII des 3 établissements
 - Mise à jour dans les établissements des nouvelles normes de janvier 2014 : V9
- Évaluations :
- o Réalisation des sondages sécurité des patients
 - o Réalisation du sondage satisfaction de la clientèle
 - o Réalisation du sondage Pulse
 - o Suivi des indicateurs (objectif 2016)

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Achats de pagettes pour les 4 unités - 8 075 \$ + taxes.
- Installation de ventilateurs aux murs (en remplacement des ventilateurs sur pieds), pour diminuer l'encombrement des couloirs et diminuer le risque d'accident/Incidents,
- Aménagement des postes de garde de l'unité 1 et 2 : réalisé. (Norme 3.5 2014).
- Recommandation du comité, en lien avec la visite ministérielle : mettre des codes sur les portes de tous les postes de garde ainsi que sur les portes du local en face du poste 1 et celui du poste 2 + ferme porte automatique.

Comité de travail soins fin de vie

Dates des rencontres du comité :

21 mai 2014 – 17 juin 2014 – 19 août 2014 – 20 janvier 2015 – 7 avril 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Élaboration et mise en place d'un programme soins de fin de vie et outillé le personnel pour l'accompagnement en soins de fin de vie
- Information / Formation
- Évaluation de la satisfaction clientèle / soins de fin de vie

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Installation de trousse « Fin de vie »
Pour les infirmières et infirmières auxiliaires; 1er : volet clinique + 2e : volet psychosocial incluant l'approche.
Pour les préposés aux bénéficiaires, l'objectif est de débiter en juin 2015.

Comité de travail mesures de contentions

Dates des rencontres du comité :

4 février 2014 – 3 juin 2014 – 30 septembre 2014 – 3 février 2015 – 2 juin 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

- Constitution du comité mesures des contentions
- Prendre les moyens afin de favoriser les mesures de remplacements et de n'utiliser les contentions physiques qu'en dernier recours
- Rédaction de la politique et procédures / programme-cadre
- Formation / Information
- Suivi des indicateurs

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Mise en place des butés d'arrêt sur les lits

Comité Leadership

Dates des rencontres du comité :

Nouveau responsable Pierre Racette (12 août 2014)

2 octobre 2014 – 14 octobre 2014 – RH : 28/10 – 9 décembre 2014 – 6 janvier 2015 – 13 janvier 2015 – 7 avril 2015 – 16 avril 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

Objectif global : Amélioration des processus de gouvernance du Groupe Santé Arbec
Rédaction du plan d'action.

Sondages :

- Expérience vécue par les résidents : Satisfaction de la clientèle à faire 1X/ an - visite ministérielle
- Sécurité des patients
- PULSE : qualité de vie au travail

Mise à jour dans les établissements des nouvelles normes de janvier 2014 : V9
Politiques et procédures.

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Réalisation des travaux de la mise aux normes de chambres

Comité des mesures d'urgence

Dates des rencontres du comité :

12 mars 2014 –, 18 février 2014 – 22 avril 2014 –11 mars 2014 – 12 mars 2014 - 16 juillet 2014 – 21 octobre 2014 – 29 octobre 2014 – 17 février 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

Objectif global : Mise en place d'un plan de mesure d'urgence

- Révision/Validation du plan d'urgence
- Révision des politiques et procédures
- Formation / Information
- Mise en place et définition des indicateurs

Recommandations du comité, entérinées par le Comité de direction :

- Branchement de l'établissement à une centrale incendie
- Travaux de conformité en lien avec le rapport de la compagnie Sécurité
- Changement des responsables du comité mesures d'urgence : ASI
- Mettre une cage protectrice sur les stations manuelles d'alarme
- Révision de la distribution de walkie-talkie aux postes des infirmières

Comité de plan d'entretien des matériels et équipements

Dates des rencontres du comité :

18 février 2014 –10 juillet 2014 – 14 octobre 2014 –11 février 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

Objectif global : Comité de plan d'entretien des matériels et équipements

- Révision du cartable entretien préventif : lits, lève-personne, suivi des sous-traitants
- Mise en place d'un cartable de suivi
- Inventorier l'équipement
- Communication – Suivi – Formation

Comité de travail TENA

Dates des rencontres du comité :

28 janvier 2014 –27 mai 2014 –25 septembre 2014 –27 janvier 2015 – 26 mai 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

Objectif global : Protection de l'incontinence

- Constitution du comité protection de l'incontinence
- Politiques et procédures
- Processus audit de qualité
- Formation / Information
- Implantation du système informatisé TENA

Comité milieu de vie

Dates des rencontres du comité :

22 janvier 2014 – questionnaire 30 avril 2014 – 8 octobre 2014 – 28 janvier 2015 – 29 janvier 2015 – 15 avril 2015 – 16 avril 2015 – 29 avril 2015

Actions menées et réalisées par le comité :

Objectif global : Plan d'amélioration /Qualité milieu de vie/MSSSS 2013/2014 Milieu de vie

- Implanter un milieu de vie de qualité
- Élaborer un calendrier d'activités de loisir accessible et couvrant tous les jours de la semaine. Améliorer la quiétude des lieux
- Établir un plan d'action pour 2014-2015 - échéancier en lien avec la visite ministérielle

Comité des résidents

- Révision du document « Guide d'accueil du résident »
- Révision des politiques et procédures
- Formation / Information

Résumé de la visite ministérielle (03/2015)

Sur les 30 items audités, 23 sont conformes et 7 sont identifiés en réalisation partielle. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a évalué l'établissement comme suit, à différents niveaux :

LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET PROFESSIONNELLES

L'établissement prend les moyens pour implanter un milieu de vie de qualité et implanter un comité qualité des soins. L'établissement prend les moyens afin que des plans d'intervention soient élaborés pour tous les résidents et révisés selon leurs besoins. Le MSSS a reconnu que nous favorisons les mesures de remplacement de contention et que nous utilisons les contentions physiques de façon minimale. Nous assurons une évaluation de la satisfaction annuellement et travaillons en collaboration et à la promotion du comité des résidents.

L'ACCUEIL DU RÉSIDENT

La procédure d'accueil et le guide d'accueil des résidents sont excellents.

LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'établissement s'assure de la confidentialité et a réalisé un excellent travail au niveau de la prévention des infections, ceci assurant un milieu de vie de qualité. L'accompagnement et l'assistance lors des activités quotidiennes (AVQ) sont réalisés et aident au maintien de l'autonomie des résidents. L'information, l'accompagnement et l'assistance lors des repas sont structurés et la température des aliments est adéquate. Les milieux de vie sont animés, adaptés aux capacités et aux besoins des résidents.

LES LIEUX ADAPTÉS

L'établissement s'assure que les lieux et les espaces intérieurs sont décorés et chaleureux. Les lieux sont propres et sécuritaires. L'établissement a pris les moyens afin d'améliorer la quiétude des lieux par une diminution de l'utilisation de l'interphone. Les équipements sont disponibles pour la mobilisation des résidents, par le personnel.

LES POINTS RELEVANTS DE RECOMMANDATIONS SONT DÉJÀ EN COURS DE RÉALISATION. L'ÉTABLISSEMENT S'ASSURE :

1. De la promotion des droits / code éthique visible dans l'établissement
2. De rédiger « l'histoire de vie » pour l'ensemble des résidents
3. D'éviter le recours à des pratiques et des symboles institutionnels
4. Du positionnement en salle à manger (hauteur ajustable des tables)
5. Révision des horaires de repas du personnel pour optimiser la présence auprès des résidents durant les heures de repas
6. Que les produits dangereux ne soient pas accessibles aux résidents
7. De finaliser et diffuser le programme de soins de fin de vie

Informations de contact

La gestion des risques / amélioration continue de la qualité, une affaire de tous !



Tavernier Amélie

Gestionnaire en amélioration continue de la qualité et gestion des risques.

Tél. 514 804 0646

a.tavernier@celixia.ca

Information sur l'entreprise

GROUPE SANTÉ ARBEC

CHSLD HEATHER

groupesantearbec.com



MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Administrateur unique : M. Paul Arbec, président-directeur général

MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA SÉCURITÉ

- Mme Amélie Tavernier, conseillère en gestion intégrée de la qualité et gestion des risques
- M. Paul Arbec, président-directeur général
- Mme Chantal Trudel, directrice des soins infirmiers, des services auxiliaires et des centres de jour externes
- M. Martin St-Jean, vice-président exécutif

CONSEIL MÉDICAL

- M. Paul Arbec, président-directeur général
- Dre Mireille Charette, médecin
- Chantal Trudel, directrice des soins infirmiers, des services auxiliaires et des centres de jour externes
- Représentant de la pharmacie Y.F. Majeau de St-Ambroise

MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION

- M. Paul Arbec, président-directeur général
- M. Martin St-Jean, vice-président exécutif
- Mme Chantal Talbot, directrice adjointe – Établissements du Sud de Lanaudière
- Mme Gerarda Capece, directrice des ressources financières et informationnelles
- Mme Annie Grondin, directrice des services alimentaires
- Mme Chantal Trudel, directrice des soins infirmiers, des services auxiliaires et des centres de jour externes

Le comité de direction se réunit 1 fois par mois à l'exception des mois de juillet et août.

Il examine les propositions envoyées par les comités de travail et statue sur les dossiers présentés.

Les indicateurs sont déposés tous les mois; un examen plus approfondi est fait sur une base trimestrielle.

Voici l'ordre du jour d'usage :

1. Ouverture de la séance et adoption de l'ordre du jour
2. Suivi du procès-verbal
3. Mot du directeur général
4. Soins infirmiers
 - 4.1 Indicateurs
5. Plaintes – Évènement sentinelle
6. Ressources humaines
 - 6.1 Indicateurs
7. Ressources financières
 - 7.1 Indicateurs
8. Services auxiliaires
9. Comité des résidents
10. Comité Milieu de vie
11. Comités opérationnels – Agrément
12. Communication
13. Varia
14. Levée de la réunion



COMITÉ DES RÉSIDENTS
CENTRE D'HÉBERGEMENT HEATHER
RAPPORT D'ACTIVITÉS 2014-2015

Membres du comité :

Présidente : Poste vacant

Vice-présidente : Geraldine Stewart

Secrétaire : Dominique Samson

Trésorière : Rolande Dubé Cousineau

Administrateur : Claire Cousineau

Personnes-ressources :

Éric Peterson: Cuisinier

Daphnée Marcil : ASI

Michèle Dawe : Travailleuse sociale

Linda Wells : Travailleuse sociale (bénévole)

Johanne Talon : Technicienne en loisirs

Nous avons tenu 3 réunions régulières avec les membres, 6 réunions du comité exécutif ainsi qu'une assemblée générale annuelle.

Activités réalisées :

- **Transmission des communications reçues :**
Exemples : Conseil pour la protection des Malades, le Regroupement Provincial des Comités des Usagers
- **Amélioration de la qualité de vie par l'organisation d'activités de loisirs;**
- **Commentaires et suggestions apportés aux différents services :**
Soins, entretien, buanderie, service alimentaire, physiothérapie etc.
- **Principales préoccupations :** accessibilité cour extérieure, cloches d'appel, communion, température des aliments, bruits des chariots, manque d'effectifs pendant les heures de repas.
- **Participation au colloque du CPM :** la place du privé dans le réseau public de santé.
- **Activités de reconnaissance pour les bénévoles.**
- **Semaine des droits des usagers :**
Café rencontre + quiz
- **C.E. :**
 - Sondage d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, déposer des recommandations au comité de direction; objectifs atteints.
 - Appréciation relative à l'admission et au départ/décès.
 - Révision des documents remis dans la pochette d'accueil.
 - Réviser politique de gestion des insatisfactions et gestion des plaintes.
 - Critères suivi visite d'Agrément 2015, améliorer la qualité de vie.
 - Visite d'évaluation MSSS.

- **Augmenter la visibilité du comité avec son rôle et ses fonctions :**
 - Tenue d'une première rencontre des familles
 - Nouveau tableau d'affichage

- **Maltraitance envers les aînés :**
 - Participation au groupe de réseautage des comités des usagers des établissements de Lanaudière
 - Présentation sur la maltraitance par Andrée Jetté
 - Participation à la journée bilan « Un pas vers la bientraitance dans Lanaudière »
 - Adoption de la charte de la bientraitance

- **Aide à l'élaboration de ces politiques :**
 - Quiétude des lieux, visites et circulation
 - Présence d'animaux domestiques dans l'établissement

Préparé par Johanne Talon, Juin 2015

Paul Arbec, directeur des ressources humaines par intérim

Une autre grosse année qui se termine pour l'équipe des ressources humaines. Une autre année parsemée de changements. Le plus important de ceux-ci est sans nul doute le transfert du service de la paie à la direction des finances. Cet important changement a permis à l'organisation de revoir ses procédures concernant la paie. Travaillant en collaboration, l'équipe des finances et l'équipe des ressources humaines visent l'amélioration continue des processus. À ce jour, plusieurs ajustements ont été faits concernant le traitement, le contrôle et la vérification des éléments de paie. Au final, c'est le personnel qui récoltera les fruits de ce travail colossal.

Un autre aspect significatif relié aux changements au sein de l'équipe des ressources humaines a été l'ajout de personnel pour la gestion des horaires et de la liste de rappel. En effet, les heures de couverture de la semaine ont été élargies et il y a maintenant une couverture de fin de semaine. Ce changement a permis de libérer les infirmières chef d'équipe de la responsabilité des remplacements. Elles peuvent ainsi consacrer plus de temps aux résidents.

Au courant de l'année financière 2014, le CHSLD Heather a pris part à un projet d'organisation du travail consistant à la réduction de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire. Ce projet était axé principalement sur la fonction d'infirmière auxiliaire. Satisfait des conclusions qui en sont ressorties, nous avons décidé de replonger dans un projet similaire. Le projet d'organisation du travail dans lequel nous nous sommes engagés dans l'année financière 2015 visait encore une fois la réduction de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire. Cette fois-ci, le projet ciblait exclusivement les préposés aux bénéficiaires (PAB). En collaboration avec deux autres établissements privés conventionnés et l'Association des établissements privés conventionnés (AEPC), le projet intitulé « Le Savoir et l'Être au cœur de notre travail, une mesure de soutien pour les PAB » a été bien accueilli par le personnel concerné et a résulté en un « coffre à outils » des plus pertinents pour plusieurs aspects de la fonction des PAB. Les effets d'un tel projet seront davantage perceptibles dans les prochains mois et les prochaines années.

Je tiens à souligner le dévouement exceptionnel de l'équipe des ressources humaines tout au long de l'année. Chacun des membres a mis l'épaule à la roue et s'est assuré d'offrir un service personnalisé à la clientèle. Ce sont les gestionnaires, les employés et les résidents qui en ressortent gagnants.

Voici le résumé de l'année en statistiques :

Statistiques sur le roulement		Du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015
Infirmières	Nombre d'employés actifs	15
	Nombre de départs	6
	Nombre d'embauches	4
	Taux d'embauche (en nb)	26,67%
	Taux de roulement (en nb)	40,00%
Infirmières auxiliaires	Nombre d'employés actifs	24
	Nombre de départs	5
	Nombre d'embauches	9
	Taux d'embauche (en nb)	40,91%
	Taux de roulement (en nb)	22,73%
Préposés aux bénéficiaires	Nombre d'employés actifs	66
	Nombre de départs	8
	Nombre d'embauches	7
	Taux d'embauche (en nb)	10,45%
	Taux de roulement (en nb)	11,94%
Services auxiliaires	Nombre d'employés actifs	29
	Nombre de départs	2
	Nombre d'embauches	4
	Taux d'embauche (en nb)	14,29%
	Taux de roulement (en nb)	7,14%
Tous les titres d'emploi	Nombre d'employés actifs	156
	Nombre de départs	30
	Nombre d'embauches	28
	Taux d'embauche (en nb)	17,78%
	Taux de roulement (en nb)	19,05%

Statistiques sur le temps supplémentaire	Du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015
Infirmières	4,56%
Infirmières auxiliaires	5,50%
Préposés aux bénéficiaires	3,88%
Services auxiliaires	1,72%
Tous les titres d'emploi	3,30%

Statistiques sur l'absentéisme		Du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015	
		Taux en heure	Nombre d'employés
Infirmières	Assurance salaire	2,52%	2
	CSST	0,35%	1
Infirmières auxiliaires	Assurance salaire	5,07%	4
	CSST	0,00%	0
Préposés aux bénéficiaires	Assurance salaire	15,66%	28
	CSST	2,98%	9
Services auxiliaires	Assurance salaire	11,37%	5
	CSST	0,76%	2
Tous les titres d'emploi	Assurance salaire	11,73%	44
	CSST	1,70%	12

Statistiques sur la main-d'œuvre indépendante	Du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015			
	Coût	Nombre d'heures MOI	Nombre d'heures travaillées	Taux de MOI en heures
Infirmières	19744,80\$	348,00	20057,94	1,73%
Infirmières auxiliaires	245,00\$	7,00	26699,42	0,03%
Préposés aux bénéficiaires	0,00\$	0,00	73539,45	0,00%
Total	19989,80\$	355,00	120296,81	0,30%

Les ressources humaines de l'établissement en équivalent temps complet	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres : (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	3
Temps partiel en équivalent temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	58	57
Temps partiel en équivalent temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	32,92	30
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels : (en date du 31 mars)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	29 877,48	24 548,82
Équivalent temps complet	16,35	13,44

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du CHSLD Heather 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.

Je déclare que 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 2015.



Paul Arbec, Président-directeur général

2015-07-21

Date

Les états financiers du CHSLD Heather 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.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

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

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Bélanger Dalcourt, CPA, SENC 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. La firme Bélanger Dalcourt, CPA, SENC peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Paul Arbec,
Président-Directeur générale



Gerarda Capece, CPA, CA
Directrice des ressources financières et
informationnelles

Date : 2015-07-21

Date : 2015-07-21

Par Gerarda Capece, directrice des ressources financières et informationnelles

Ressources informationnelles

Dans le but d'améliorer le service de soutien informatique, nous avons signé un contrat de service avec la firme XTI Conseils. Un système de requête par courriel et un numéro de téléphone pour assistance ont été mis en place. La couverture est du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30. Également, un technicien est sur place une journée par semaine. Un des premiers mandats réalisés par notre firme externe a été de faire l'inventaire de notre parc informatique et de commencer sa mise à niveau.

Ressources financières

Cette année, nous avons mis en place de bons processus de contrôles internes en travaillant sur la conception et la rédaction de plusieurs politiques et procédures.

Politiques terminées au 31 mars 2015 :

- Comptabilité : facturation et encaissement
- Comptabilité : Départ-Décès
- Perception des comptes à recevoir
- Gestion des décaissements

Politiques en cours de production pendant l'exercice 2014-2015 :

- Gestion des approvisionnements
- Gestion des comptes en fiducie
- Octroi de contrats services professionnels
- Gestion de la petite caisse

Finalement, nous avons planifié le changement de notre système comptable. Nous avons pris les moyens pour faire en sorte que le transfert se fasse adéquatement pour l'exercice qui débutait le 1^{er} avril 2015.

RAPPORT AS-471 – RAPPORT FINANCIER ANNUEL 2014-2015

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.		
CRSLD Heather Inc.		1265-3192		200-00 /		
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE				
ÉTAT DES RÉSULTATS						
		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	5 500 612	5 500 612		5 500 612	5 795 818
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	1 062 653	1 062 653	XXXX	1 062 653	1 097 004
Ventes de services et recouvrements	4	199 947	199 947	XXXX	199 947	356 762
Donations (FI:P294)	5					
Revenus de placement (FI:P302)	6					
Revenus de type commercial	7			XXXX		
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	2 566 290	2 566 290		2 566 290	2 516 797
TOTAL (L.01 à L.11)	12	9 329 502	9 329 502		9 329 502	9 766 381
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	6 923 095	6 923 095	XXXX	6 923 095	7 459 292
Médicaments	14	80 769	80 769	XXXX	80 769	119 718
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	73 624	73 624	XXXX	73 624	75 257
Denrées alimentaires	17	183 817	183 817	XXXX	183 817	163 530
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325)	19	303 944	303 944		303 944	303 944
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	161 634	161 634		161 634	83 516
Créances douteuses	21	19 281	19 281	XXXX	19 281	(16 425)
Loyers	22	273 800	273 800	XXXX	273 800	325 864
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23		XXXX			
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	1 356 266	1 356 266		1 356 266	1 464 404
TOTAL (L.13 à L.27)	28	9 376 230	9 376 230		9 376 230	9 979 100
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(46 728)	(46 728)		(46 728)	(212 719)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds Immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	317 871		317 871	503 632	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	317 871		317 871	503 632	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(46 728)		(46 728)	(212 719)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8	(1 797)	XXXX	(1 797)	26 958	
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(1 797)		(1 797)	26 958	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	269 346		269 346	317 871	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	269 346	317 871	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	269 346	317 871	

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CRSLD Heather Inc. 1265-3192 204-00 /

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	203 455		203 455	29 529
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	299 597		299 597	611 996
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	492 741		492 741	312 045
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances Interfonds (dettes Interfonds)	6				
Subvention à recevoir (perçu d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	737 369		737 369	737 369
Placements de portefeuille	8	877 147		877 147	1 168 296
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX			
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	59 498		59 498	
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	2 669 807		2 669 807	2 859 235
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	297 000		297 000	319 051
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	739 072		739 072	1 043 164
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18				
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19				
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX			
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	1 093 408	XXXX	1 093 408	1 102 376
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	421 094		421 094	204 611
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	2 550 574		2 550 574	2 669 202
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	119 233		119 233	190 033
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX			
Stocks de fournitures (FE: P360)	29		XXXX		
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	172 013		172 013	149 738
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	172 013		172 013	149 738
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32	21 900	XXXX	21 900	21 900
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	269 346		269 346	317 871

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CRSLD Heather Inc. 1265-3192 206-00 /

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	190 033	190 033		190 033	416 136
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	190 033	190 033		190 033	416 136
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	(46 728)	(46 728)		(46 728)	(212 719)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (FI:P421)		XXXX			
Amortissement de l'exercice (FI:P422)		XXXX			
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)		XXXX			
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)		XXXX			
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	(22 275)	(22 275)		(22 275)	
Utilisation de stocks de fournitures			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance					(40 342)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	(22 275)	(22 275)		(22 275)	(40 342)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(1 797)	(1 797)		(1 797)	26 958
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	(70 800)	(70 800)		(70 800)	(226 103)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	119 233	119 233		119 233	190 033

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CHSLD Heather Inc. 1265-3192 208-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(45 728)	(212 719)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(22 275)	(40 342)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8		
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - Immobilisations	12		
Autres	13	(1 797)	10 533
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(24 072)	(29 809)
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(24 372)	(323 382)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(95 172)	(565 910)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17		
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19		
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23	291 149	824 995
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	291 149	824 995

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CRSLD Heather Inc. 1265-3192 208-01 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1		
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3		
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6	(22 051)	19 051
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7		
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9		
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(22 051)	19 051
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	173 926	278 136
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	29 529	(248 607)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	203 455	29 529
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	203 455	29 529
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	203 455	29 529

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CRSLD Heather Inc.

1265-3192

208-02 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	312 399	(309 930)
Autres débiteurs	2	(180 696)	(112 938)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3		
Frais reportés liés aux dettes	4		
Autres éléments d'actifs	5	(59 498)	
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(304 092)	(105 125)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8		
Intérêts courus à payer	9		
Revenus reportés	10		
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(8 968)	
Autres éléments de passifs	13	216 483	204 611
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(24 372)	(323 382)
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		
Placements temporaires:			
Echéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Echéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CHSLD Heather Inc.	1265-3192	270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est régi par la Loi sur les sociétés par actions du Québec et exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

L'établissement poursuivra ses activités comme antérieurement, n'étant pas visé par la loi d'après l'article 2.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les états financiers n'incluent pas les informations financières relatives au fonds d'immobilisations, ni les informations à fournir connexes, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont : la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables et les frais courus.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT	LOGO	page / ann.
CHSLD Heather Inc.	1265-3192	270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

c. Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement

d. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

e. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

f. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CHSLD Heather Inc.	1265-3192	270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

g. Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

h. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

i. Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à évaluer les montants des revenus correspondants.

j. Impôts sur le bénéfice

Les impôts sur le bénéfice sont comptabilisés selon la méthode des impôts futurs. Selon cette méthode, des impôts exigibles sont comptabilisés pour les impôts à payer de l'exercice courant et des impôts futurs sont comptabilisés pour les écarts temporaires entre les valeurs fiscales et comptables des actifs et passifs. Les actifs et passif d'impôts futurs sont mesurés par application des taux d'imposition en vigueur ou pratiquement en vigueur, selon ce qui convient, qui devraient s'appliquer lorsque ces écarts sont censés se résorber. Les actifs d'impôts futurs, s'il en est, sont comptabilisés seulement dans la mesure où, de l'avis de la direction, il est plus probable qu'improbable que les actifs se réaliseront.

k. Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 5.

Les actifs et les passifs financiers sont évalués à la juste valeur lors de leur comptabilisation initiale, sauf dans le cas de certaines opérations entre apparentés qui sont évaluées à la valeur comptable ou à la valeur d'échange selon le cas. Ils sont par la suite comptabilisés au coût après amortissement à l'exception des placements et des avances à des sociétés apparentées qui sont évalués au coût.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Crédoeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux crédoeurs et autres charges à payer.

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pouvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

I. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées au coût de l'assurance salaire de l'exercice se terminant le 31 mars 2013 indexé du taux d'indexation de l'exercice 2014-2015. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

m. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

n. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation qui regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Étant un établissement privé conventionné, CHSLD Heather Inc. n'est pas tenu de créer et de maintenir un fonds d'immobilisations et n'est pas assujéti à la politique de capitalisation des immobilisations.

o. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

• **Activités accessoires** : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir. Le CHSLD n'a aucune activité accessoire.

p. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

q. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

r. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

3. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

4. INSTRUMENTS FINANCIERS

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

5. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

Paul Arbec Inc. - Société mère 2015 2014

<i>Paul Arbec Inc. - Société mère</i>	2015	2014
142 074 actions catégorie B	750 000 \$	750 000 \$
100 actions catégorie C	1 000	1 000
	751 000	751 000
Valeur de rachat des polices d'assurance-vie	126 147	117 122
	877 147 \$	868 122 \$

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

6. EMPRUNT BANCAIRE

L'établissement dispose d'une marge de crédit autorisée de 300 000 \$. Ce crédit autorisé porte intérêt au taux de base de l'institution financière majoré de 1 % et est garanti par une hypothèque mobilière de premier rang de 7 450 000 \$ grevant l'universalité des biens de la Société ainsi que par le cautionnement solidaire de la société mère pour un montant de 350 000 \$, lequel cautionnement doit en tout temps être garanti par une hypothèque immobilière de 7 450 000 \$ grevant l'immeuble détenu par la société mère et occupé par la Société incluant, sans limitation, les loyers présents et futurs découlant de l'immeuble.

L'établissement dispose également d'une marge de crédit autorisée de 25 000 \$ par le biais d'une carte de crédit corporative. Les emprunts relatifs à ce crédit autorisé portent intérêt au taux annuel de 7,25 % et sont garantis personnellement par l'administrateur.

7. CAPITAL-ACTIONS

Informations sur le capital-actions autorisé :

Actions de catégorie A, participantes, avec droit de vote;

Actions de catégories B, non votantes, à dividende préférentiel aux actions de catégories A et C de 10 % non cumulatif basé sur la valeur de rachat, rachetables au gré de l'établissement ou du détenteur au montant de la considération reçue par l'établissement lors de l'émission.

Actions de catégories C, non votantes, à dividende préférentiel aux actions de catégorie A de 10%, non cumulatif basé sur la valeur de rachat, rachetables au gré de l'établissement ou du détenteur au montant de la considération reçue par l'établissement lors de l'émission.

Capital-actions émis et payé :

	2015	2014
140 actions de catégorie A	7 000 \$	7 000 \$
1 450 actions de catégorie B	14 500	14 500
	21 500 \$	21 500 \$

8. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de taux d'intérêt. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir - réforme comptable ainsi que les avances à des sociétés sous contrôle commun. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement place son encaisse auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales.

Le risque de crédit associé aux débiteurs - Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir - réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend principalement des sommes à recevoir des usagers. Une provision pour mauvaises créances est établie lorsqu'il existe une indication objective que l'établissement ne sera pas en mesure de recouvrer tous les montants dus.

Le risque de crédit relié aux avances à des sociétés sous contrôle commun est faible car les sociétés possèdent des actifs suffisants pour couvrir les dettes.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs courant	159 030	58 516
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	-	-
De 30 à 59 jours	32 390	30 941
De 60 à 89 jours	129 397	15 933
De 90 jours et plus	68 499	76 894
Sous-total	230 286	123 768
Provision pour créances douteuses	(25 831)	(22 320)
Sous-total	204 455	101 448
Total des autres débiteurs	363 485	159 964

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	(22 320)	(42 384)
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	(3 511)	(2 863)
Montants recouverts	-	22 927
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	(25 831)	(22 320)

b. Risque de liquidité

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les crédettes agences et MSSS et les autres crédettes et autres charges à payer.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit renouvelables annuellement. Les autres crédettes et autres charges à payer ont des échéances inférieures à 12 mois. Les avances de la société mère et des sociétés sous contrôle commun n'ont aucune échéance déterminée.

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement n'est exposé qu'au risque suivant :

i) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires à taux d'intérêt variable dont le solde était de 297 000 \$ au 31 mars 2015 (294 000 \$ en 2014).

Les emprunts temporaires portent intérêt au taux de base de l'institution financière majoré de 1%. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque car une variation de 1 % des taux d'intérêt n'aurait pas un impact significatif sur les résultats de l'établissement.

9. BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du AS-471.

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHSLD Heather Inc.

1265-3192

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

10. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'établissement a inclus dans ses dépenses de loyer un montant de 400 000 \$ payé à la société mère. Ces opérations conclues dans le cours normal des activités ont été mesurées à la valeur d'échange.

11. ENGAGEMENTS

L'établissement loue un bâtiment en vertu d'un contrat de location-exploitation échéant le 31 mars 2019. Les versements exigibles sont de 400 000 \$ par année et s'élèveront à 1 600 000 \$ d'ici l'échéance.

12. ÉVENTUALITÉ

L'établissement a cautionné les emprunts de la société mère pour un montant de 7 100 000\$ lequel sera supporté en tout temps par une hypothèque mobilière de premier rang de 7 450 000 \$ grevant l'universalité des biens meubles, présents et futurs. Au 31 mars 2015, ces emprunts se chiffrent à 8 082 869 \$.

13. ANALYSE DES RAPPORTS FINANCIERS

L'établissement a reçu au cours de l'exercice les analyses financières des exercices 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014. Vous trouverez le détail des ajustements à la page 392.

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
CHSLD Heather Inc. 1265-3192 358-00 /
Fonds d'exploitation exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	5 500 612	5 500 612		5 500 612	5 795 818
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	1 062 653	1 062 653	XXXX	1 062 653	1 097 004
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	199 947	199 947	XXXX	199 947	356 762
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6					
Revenus de type commercial (P351)	7		XXXX			
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	2 566 290	2 566 290		2 566 290	2 516 797
TOTAL (L.01 à L.11)	12	9 329 502	9 329 502		9 329 502	9 766 381
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	6 923 095	6 923 095		6 923 095	7 459 292
Médicaments (P750)	14	80 769	80 769	XXXX	80 769	119 718
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	73 624	73 624	XXXX	73 624	75 257
Denrées alimentaires	17	183 817	183 817	XXXX	183 817	163 530
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18			XXXX		
Frais financiers (P325)	19	303 944	303 944	XXXX	303 944	303 944
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	161 634	161 634		161 634	83 516
Créances douteuses (C2:P301)	21	19 281	19 281		19 281	(16 425)
Loyers	22	273 800	273 800		273 800	325 864
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	1 356 266	1 356 266		1 356 266	1 464 404
TOTAL (L.13 à L.24)	25	9 376 230	9 376 230		9 376 230	9 979 100
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(46 728)	(46 728)		(46 728)	(212 719)

DÉFINITIONS

Partenaires internes

- Le comité de direction et le C.A.
- La commissaire aux plaintes
- Les comités de gestion
- Les comités cliniques
- Les différentes directions et services
- Le personnel
- Les médecins, les stagiaires et les bénévoles

Partenaires externes :

- Les résidents
- Les familles des résidents
- Le centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
- Le Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Commission scolaire
- La communauté
- Les médias
- Agrément Canada
- Les municipalités et les politiciens
- Les investisseurs
- Les ordres professionnels
- Le syndicat
- Le comité des résidents

PRÉAMBULE

Le code d'éthique et de conduite du Groupe Santé Arbec doit d'abord miser sur ses valeurs qui sont :

Respect : Le respect de notre clientèle et de notre personnel dans l'écoute de leurs besoins et dans une réponse qui démontre cette écoute.

Confiance : Dans la volonté de nos résidents et leur famille à améliorer la situation du résident.

Dans la compétence de notre personnel à améliorer leur pratique et en assurer la continuité et l'intensité.

- Engagement :** Demeurer une organisation apprenante où la qualité des services est un incontournable dans notre volonté ferme de participer à la réponse régionale aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Rigueur :** Offrir une pratique professionnelle et de gestion basée sur les données probantes applicables à notre réalité organisationnelle.
- Collaboration :** À tous les niveaux de l'organisation, entre les différents services, entre les personnes. Cela implique également le même type de relation avec les partenaires externes.
- Fierté :** De nos résultats et de notre personnel, clinique et administratif, à qui nous les devons.

Le code d'éthique et de conduite doit reposer également sur notre philosophie de gestion qui mise sur :

- La gestion participative misant sur la responsabilisation
- Le développement des compétences
- La reconnaissance de notre personnel
- La créativité et prise de décisions
- La transparence et l'efficacité dans nos communications

La finalité des éléments précédents devraient nous permettre d'avoir comme résultat des services personnalisés dans un milieu de vie aux besoins des résidents en perte d'autonomie.

BUT

Notre code d'éthique et de conduite traite de la conduite à adopter dans notre milieu de travail, dans nos pratiques, dans nos relations avec les partenaires et dans la prise de décisions.

Il détermine les normes de comportement que tous les membres de l'organisation sont tenus de respecter dans leurs activités quotidiennes et leurs relations avec autrui en fonction de la mission, des valeurs et de la philosophie de gestion de l'organisation.

Le code d'éthique précise aussi les droits reconnus et les comportements attendus de la clientèle.

Quand un geste est posé, il doit l'être en harmonie avec le code d'éthique et il doit être posé en pensant prioritairement à :

1. L'intérêt du résident
2. La sécurité de l'organisation et de ses membres
3. L'intérêt des partenaires internes
4. L'intérêt des familles

CODE D'ÉTHIQUE ET DE CONDUITE – POLITIQUE

- 1. Le droit au respect et à la dignité**
- 2. Le droit à un climat de confiance**
- 3. Le droit à des soins et services de qualité**
- 4. Le droit à l'information et à la confidentialité**
- 5. Le droit à l'autonomie et à la participation**
- 6. Le droit de recours et de porter plainte**
- 7. Le droit aux soins de fin de vie**

1. Le droit au respect et à la dignité

Dans toute intervention auprès d'un résident, il faut assurer le respect de la personne, sa dignité, son intégrité, son intimité, sa vie privée et celle de ses proches. Cette intervention doit démontrer une réelle écoute des besoins à travers une réponse adaptée à ses besoins.

Les valeurs-clés : Respect et collaboration

Nous nous engageons à :

- Vous fournir un environnement calme, reposant, propre et sécuritaire.
- Faire preuve de courtoisie, de civilité, de politesse envers tous les partenaires internes et externes.
- Porter notre carte d'identité et nous identifier par notre nom et notre fonction.
- Nous adresser à tous les partenaires internes et externes dans un langage convenable et un ton respectueux.
- Nous adresser au résident en adoptant le vouvoiement et en utilisant le nom qu'il préfère.
- Préciser le but et la nature des actes que nous posons.
- Nous assurer que vous comprenez le message que nous voulons vous livrer.
- Proscrire l'utilisation de formulaires infantilisantes et termes grossiers.
- Prendre les moyens pour respecter votre pudeur et votre dignité lors de la dispensation des soins et des services d'hygiène.
- Prendre un soin méticuleux de vos effets personnels et ne pas les utiliser à des fins personnels (téléphone, journaux, revues, articles personnels, etc.).
- Respecter l'horaire que vous avez choisi pour vos activités, y compris les heures de lever, de coucher, des bains et des douches, en tenant compte des ressources disponibles.
- Vous accompagner dans vos décisions et respecter vos choix.
- Respecter votre vie affective et spirituelle, ainsi que votre besoin d'intimité et de solitude et dans la mesure où cela ne porte pas atteinte à votre sécurité et à votre intégrité, ni aux droits des autres personnes.
- Faire preuve de discrétion et de réserve et, surtout, à éviter toute conversation entre nous (membres du personnel) sur des sujets non pertinents à nos fonctions.
- Refuser tout argent, cadeau, legs de votre part, de votre famille ou de vos proches.
- Respecter vos croyances et vous faciliter l'accès aux services qui y sont reliés.
- Vous informer des services de vie spirituelle offerts par le centre. Appliquer la politique sur l'usage du tabac et de ne pas fumer à moins de 9 mètres de toute porte ou fenêtre du centre d'hébergement.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Affirmer votre choix d'appellation.
- Demeurer respectueux dans vos rapports avec les intervenants, les bénévoles, les stagiaires, les visiteurs et les autres résidents.
- Utiliser un vocabulaire respectueux.
- Si vous désirez marquer votre appréciation, offrir un présent que tous les membres de l'équipe pourront se partager.
- Administrer vos biens et en disposer librement.
- Dénoncer tout langage blessant ou choquant.
- Communiquer vos attentes relatives à vos besoins spirituels et religieux.
- Exercer votre droit à l'intimité tout en respectant l'intimité des autres résidents.
- Appliquer la politique sur l'usage du tabac, à savoir d'utiliser le fumoir situé au 3^e étage ou de ne pas fumer à moins de 9 mètres de toute porte ou fenêtre du centre d'hébergement.

2. Le droit à un climat de confiance

Les valeurs-clés : engagement et confiance

Le Groupe Santé Arbec considère essentiel d'assurer au résident la protection, la sécurité et l'attention qu'il requiert en rendant ses activités prévisibles pour les résidents.

Nous nous engageons à :

- Respecter la structure organisationnelle de l'organisation.
- Vous garantir une prestation sécuritaire des soins et services dans un environnement adapté.
- Éviter, dans toute la mesure du possible, toute forme de contention physique et chimique selon la politique en vigueur.
- Rapporter aux personnes en autorité désignées toute forme de violence, d'abus, d'agression, de harcèlement dont quiconque à l'interne serait victime ou témoin.
- Respecter tous les résidents quelle que soit leur atteinte cognitive ou physique.
- Proscrire toute brusquerie, toute menace et toute violence physique verbale ou psychologique envers le résident, entre les autres résidents, envers les familles et envers les intervenants.
- Déclarer sans délai tout incident, accident et événement sentinelle, et intervenir rapidement pour minimiser les conséquences et mettre en place les mesures appropriées.
- Recourir à de l'équipement sécuritaire, fonctionnel et en assurer le bon entretien.
- N'exercer aucune mesure de représailles auprès d'un résident ou de ses proches.

- Exclure toute critique ou reproche à l'endroit d'un résident dans nos interventions et dans nos conversations entre collègues.
- Exclure toute critique ou reproche envers l'organisation entre collègues, de vive voix tout comme sur les réseaux sociaux, devant les résidents et leur famille et s'assurer de faire valoir vos préoccupations et inquiétudes à la bonne personne en autorité hiérarchique qui pourra vous assurer un suivi.
- Préserver en tout temps votre intégrité physique et morale.
- Respecter votre vie intime, votre univers personnel, votre besoin de recevoir de la visite en toute intimité et votre besoin de solitude.
- Frapper à votre porte avant d'entrer dans votre chambre et, selon votre état, attendre une réponse avant d'y pénétrer.
- Éviter de nous immiscer dans vos affaires personnelles.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Faire part à l'infirmière-chef ou à une personne en autorité de toute forme de violence, d'abus, d'agression, de harcèlement dont vous seriez victime ou témoin.
- Respecter les autres résidents quelle que soit leur atteinte mentale ou physique.
- Communiquer à l'infirmière-chef ou à la direction tout événement qui vous semble être une mesure de représailles.
- Éviter toute brusquerie, toute menace et toute violence physique verbale ou psychologique envers les autres résidents et envers les intervenants.
- Être discret à l'égard des faits ou d'informations dont la divulgation pourrait porter atteinte à votre vie privée.
- Adopter une attitude positive, compréhensive et discrète à l'égard d'une relation amicale ou amoureuse entre des résidents.

3. Le droit à des soins et services de qualité

Les valeurs-clés : rigueur, collaboration, respect et fierté

Le résident a accès à des services de santé personnalisés, adéquats et de qualité, dispensés de façon continue.

Nous nous engageons à :

- Démontrer de l'empathie et être à l'écoute.
- Respecter les niveaux de soins qui ont été convenus.
- Vous accompagner et vous aider à vous exprimer ou obtenir un service.

- Vous aborder avec respect et douceur, en vous saluant et en vous expliquant la raison de notre présence.
- Nous placer à la hauteur de vos yeux et face à vous pour vous parler.
- Prendre de temps de nous arrêter pour vous répondre.
- Personnaliser la façon de communiquer avec vous en prenant soin de s'approcher, de hausser ou de baisser la voix et de bien articuler.
- Vous accorder un temps d'écoute si vous en manifestez le besoin.
- Faire preuve de souplesse dans l'accomplissement de notre tâche selon les circonstances.
- Être observateur et créatif en vue d'adapter nos interventions aux réactions d'un résident.
- Assurer une qualité de soins optimale en utilisant tout le matériel et les techniques disponibles.
- Collaborer étroitement avec la famille et les bénévoles.
- Nous abstenir en tout temps de discuter et de régler un conflit entre employés devant vous ou vos proches.
- Soigner notre apparence et nous vêtir convenablement.
- Traiter tous les partenaires internes et externes avec le même souci d'équité, sans aucune discrimination.
- Reconnaître votre droit d'être représenté en cas d'inaptitude et faciliter cette représentation.
- Obtenir le consentement de la personne légalement autorisée à s'exprimer en votre nom.
- Favoriser l'implication de votre représentant légal et lui communiquer les renseignements pertinents afin de lui permettre d'assumer son rôle.
- S'attarder autant à la communication non-verbale que verbale et prendre pour acquis que la communication est toujours possible, quelle qu'en soit la forme.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Collaborer avec les intervenants.
- Faire connaître votre préférence, vos choix et demandes, des modifications au besoin.
- Favoriser des rapports harmonieux et respectueux dans vos relations avec les intervenants et les autres résidents.

4. Le droit à l'information et à la confidentialité

Les valeurs-clés : confiance et engagement

Le résident ou son représentant légal doit être informé sur les services offerts, les options et les ressources disponibles au centre d'hébergement ainsi que ceux offerts par la communauté. Le résident ou son représentant légal doit également avoir accès à toute l'information requise pour prendre des décisions éclairées relativement à son état de santé et de bien-être. Les informations concernant l'état de santé du résident, les renseignements personnels et le contenu de son dossier sont traités avec discrétion et confidentialité.

Nous nous engageons à :

- Favoriser la transmission de l'information et répondre clairement à vos questions afin que vous puissiez faire des choix éclairés sur les soins et les services qui doivent vous être prodigués.
- Vous donner des réponses claires et précises aux questions pour vous aider à mieux comprendre votre état de santé, la nature et les effets des traitements et des médicaments en respectant les limites de notre fonction.
- Vous orienter vers l'infirmière-chef de votre unité pour assurer le suivi aux questions qui relèvent du médecin.
- Vous fournir des explications claires et précises lorsqu'il nous est impossible d'accéder à une requête.
- Vous informer des soins et services disponibles, et au besoin, vous diriger vers une ressource externe appropriée en vous apportant toute l'assistance requise.
- Convenir avec vous ou votre représentant légal de la nature et de l'étendue des informations à partager avec vos proches.
- Vous aviser des accidents, incidents et événements sentinelles vous concernant survenus dans le cadre de la prestation des soins et susceptibles d'entraîner des conséquences.
- Garder confidentiels les renseignements obtenus sur vous sauf dans les situations prévues à la loi.
- Vous transmettre l'information concernant les règles de vie et les activités quotidiennes du centre, les événements spéciaux, les menus, le comité des résidents, etc.
- Vous orienter vers une ressource adéquate pour donner suite à votre demande lorsque l'information n'est pas connue.
- Vous orienter ou orienter votre représentant légal, lors d'une demande d'accès au dossier, vers la directrice des soins infirmiers pour assurer un suivi de la demande.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Faire preuve de respect, de discrétion et de confidentialité envers les autres résidents. Certaines informations, même reçues sous le sceau de la confiance, doivent toutefois être communiquées à une personne en autorité si elles sont de nature à éclaircir une situation problématique.
- Éviter de poser des questions au personnel sur l'état de santé des autres résidents.
- Exprimer vos préférences en contribuant à la rédaction de votre histoire de vie.
- Faire une demande d'accès au dossier si vous (ou votre représentant légal) désirez le consulter.
- Demander des explications lorsqu'une information ne semble pas précise ou qu'elle vous paraît incomplète.
- Préparer vos questions en vue de les poser aux intervenants.
- Exprimer vos décisions clairement.

5. Le droit à l'autonomie et à la participation

Les valeurs-clés : confiance et collaboration

Le Groupe Santé Arbec préconise le droit à la reconnaissance des capacités du résident et au respect de ses besoins.

Nous nous engageons à :

- Créer un environnement favorisant l'expression de vos besoins et de vos attentes.
- Obtenir votre consentement libre et éclairé avant tout examen, prélèvement, traitement ou toute autre intervention.
- Respecter les limites découlant de vos déficiences et incapacités.
- Favoriser votre autonomie dans les activités de la vie quotidienne et vous prêter assistance au besoin.
- Vous informer de l'existence de l'équipe multidisciplinaire et favoriser votre participation active.
- Favoriser et encourager votre implication et celle de vos proches à l'élaboration, la révision et l'application du plan d'intervention, des soins, de activités de loisirs et de la vie quotidienne.
- Vous motiver à conserver votre fierté et votre autonomie en vous encourageant à exprimer vos goûts et vos choix.
- Permettre et favoriser le regroupement des résidents ainsi que votre participation au comité des résidents.
- Vous laisser le choix de votre tenue vestimentaire en vous guidant au besoin.

- Vous laisser le choix de votre menu en vous expliquant le pourquoi de votre diète.
- Vous laisser le choix de vos loisirs tout en étant un agent motivateur.
- Respecter votre refus, après nous être assuré de votre bonne compréhension sur les options de soins ou de service proposés, ainsi que sur les risques et conséquences associés à chacune d'entre elles.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Signifier clairement vos besoins et vos attentes.
- Participer aux rencontres concernant votre plan d'intervention (vous, votre représentant légal et vos proches).
- Donner votre consentement avant tout examen, prélèvement, traitement ou toute autre intervention.
- Vous assurer d'avoir bien compris les risques et conséquences de vos choix.
- Poser les questions qui vous préoccupent.

6. Le droit de recours et de porter plainte

Les valeurs-clés : respect, collaboration et confiance

Le résident a, en tout temps, la possibilité d'exprimer une insatisfaction et, s'il y a lieu, de formuler une plainte.

Nous nous engageons à :

- Rechercher avec vous des solutions lors d'insatisfaction.
- Vous informer de vos droits, du processus d'examen des plaintes, de modalités de recours ainsi que des coordonnées de la personne qui assume la fonction de Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.
- Vous remettre, dès votre arrivée dans notre établissement, un dépliant sur les plaintes ainsi qu'un formulaire d'insatisfaction et de plainte.
- Valider le besoin d'assistance si vous désirez faire une plainte et vous offrir le soutien approprié.
- Référer vos plaintes à la Commissaires aux plaintes et à la qualité des services.
- Vous informer du rôle du comité des résidents et vous transmettre les coordonnées de leurs représentants.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Exprimer votre insatisfaction aux personnes immédiatement concernées de façon respectueuse et rechercher avec elles les solutions appropriées.
- Demander à une personne de votre choix de vous accompagner dans l'élaboration de votre insatisfaction ou votre plainte et de vous assister si vous le désirez.
- Recourir au régime d'examen des plaintes lorsque le problème perdure.
- Fournir toute l'information requise au traitement de la plainte.

7. Le droit aux soins de fin de vie

Les valeurs-clés : respect, fierté, confiance

Le résident a le droit de mourir dans la dignité et le respect de ses volontés.

Nous nous engageons à :

- Répondre, dans la mesure du possible, à vos dernières volontés qu'elles soient verbales ou écrites.
- Accomplir toute intervention auprès de la personne en phase terminale avec le maximum de délicatesse, de tendresse et de calme.
- Respecter le programme de soins de fin de vie et suivre les interventions décrites dans ce programme.
- Respecter vos valeurs spirituelles jusqu'au dernier moment.
- Respecter votre niveau de soins et votre volonté d'être réanimé ou non en cas d'urgence.

Vous vous engagez à (résident, représentant légal et les proches) :

- Exprimer vos attentes à l'égard des interventions durant les derniers moments de vie.
- Exprimer votre niveau de soins et votre volonté d'être réanimé ou non en cas d'urgence.

APPLICATION

Être digne de confiance!

Comme notre code d'éthique et de conduite traite de la conduite à adopter dans notre milieu de travail, dans nos pratiques, dans nos relations avec les partenaires et dans la prise de décisions et qu'il détermine les normes de comportement que tous les employés de l'organisation sont tenus de respecter dans leurs activités quotidiennes et leurs relations avec autrui en fonction de la mission, des valeurs et de la philosophie de gestion de l'organisation, il faut en supporter l'application avec rigueur et discernement.

Pour ce faire, le Groupe Santé Arbec a instauré un mécanisme de suivi. Ainsi, tout manquement au code d'éthique et de conduite de l'organisation fera l'objet d'une analyse exhaustive par la direction générale ou la direction du service concerné.

DIFFUSION

Le code d'éthique et de conduite sera diffusé comme suit :

- Dans le guide d'accueil des employés.
- Dans le guide d'accueil du résident et de sa famille.
- Dans un dépliant qui sera disponible dans l'entrée principale des centres d'hébergement.
- Sur le site Internet de chacun des établissements.
- Sur des affiches (version abrégée) situées à chaque étage des établissements et dans les salles de conférence.