



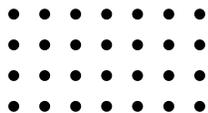
CHSLD de la Côte Boisée



2024-2025

# Rapport annuel d'activités et de gestion

Un regard structuré sur notre performance, nos initiatives  
et les résultats obtenus au cours de l'année.



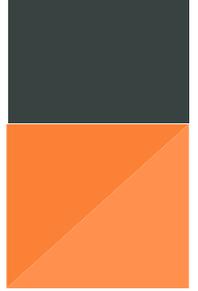
[WWW.chslddelacoteboisee.org](http://WWW.chslddelacoteboisee.org) 

JUIN 2025

# Table des matières

DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SUR .....	1
LA FIABILITÉ DES DONNÉES .....	1
MESSAGE DES AUTORITÉS .....	2
Présentation de l'établissement et mission .....	6
APPROCHE CLIENT-PARTENAIRE .....	7
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT .....	9
Enjeux stratégiques 2020-2026.....	9
Valeurs organisationnelles .....	9
Principaux partenaires.....	9
Ouverture sur la communauté.....	9
Au CHSLD.....	10
Quelques statistiques.....	10
Au Centre de jour.....	10
GESTION DES SOINS INFIRMIERS ET DU MILIEU DE VIE .....	11
GESTION DES SERVICES PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS - HÉBERGEMENT .....	14
Ergothérapie.....	15
Physiothérapie.....	15
Nutrition clinique.....	15
Psychosocial volet service social .....	16
Psychosocial volet éducation spécialisée (Agente de relations humaines et TES).....	17
Loisirs et agente milieu de vie .....	17
Bénévolat .....	19
CENTRE DE JOUR J.-A.-DUCHESNEAU .....	20
SERVICE DE L'ENTRETIEN MÉNAGER ET DE LA MAINTENANCE .....	21
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL..	22
GESTION DU SERVICE ALIMENTAIRE.....	23
GESTION DES SERVICES FINANCIERS, MATÉRIELS ET TECHNIQUES .....	24
CONSEILS ET COMITÉS .....	26
Comité d'éthique clinique .....	27
Comité de vigilance et de qualité.....	28
.....	29
Conseil des infirmières et infirmiers.....	29

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.....	29
Comité d'accueil et d'intégration des résidents hébergés.....	30
Comité Mobilité sécurité.....	31
Comité Prévention des lésions de pression.....	32
Comité consultatif des PAB.....	33
Comité approche palliative et gestion de la douleur.....	34
Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	34
Comité Plan d'intervention interdisciplinaire (PII).....	35
Comité approche adaptée auprès de la personne présentant une démence.....	36
Comité Prévention et Contrôle des infections.....	40
Comité médical.....	41
Comité Gestion des médicaments.....	42
Conseil multidisciplinaire.....	43
Comité des usagers.....	44
Comité PDRH (plan de développement et des ressources humaines) - comité Santé et Mieux-être ...	45
Comité du plan de mesures d'urgence.....	46
Comité Santé et sécurité au travail (SST).....	47
RAPPORT DE LA DIRECTION.....	50
.....	56



## DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

### **Les renseignements contenus dans le présent rapport de gestion relèvent de ma responsabilité.**

Les pages suivantes présentent le bilan des principales activités réalisées au cours de l'année financière se terminant le 31 mars 2025.

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction générale.

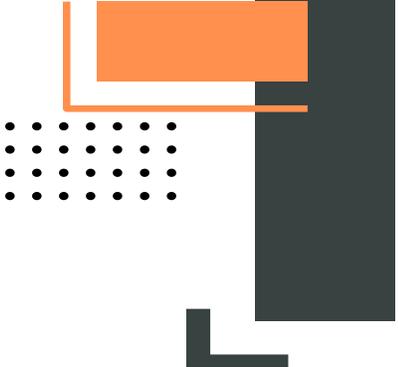
Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2024-2025 du CHSLD de la Côte Boisée :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Exposent objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2025.

La directrice générale,

Nadine Comeau



## MESSAGE DES AUTORITÉS

### BILAN 2024-2025

L'année 2024-2025 marque une étape importante dans l'histoire de notre établissement : le 25e anniversaire du CHSLD de la Côte Boisée. Pour souligner cet événement marquant, plusieurs festivités ont été organisées afin de rendre hommage à la Famille Asselin pour son engagement indéfectible envers le bien-être des résidents et des employés, ainsi que pour reconnaître le travail remarquable de nos équipes, qui contribuent à faire du CHSLD un milieu de vie reconnu pour son excellence.

Notre vision, telle qu'énoncée dans le plan stratégique 2020-2026, s'est pleinement concrétisée.

### NOTRE VISION

Maintenir la renommée de notre milieu de vie et de travail par :

- Une recherche constante de l'excellence des soins et services en termes de qualité, de sécurité et de performance;
- Une approche client-partenaire omniprésente ;
- L'engagement d'un personnel compétent et mobilisé ;
- La reconnaissance du travail accompli.

*Le tout dans un environnement adapté, sain, stimulant et attrayant*

Encore cette année, nous avons de quoi être fiers. Voici quelques-unes de nos principales réalisations :

- **Objectif Zéro MOI atteint !**
- Réalisation de projets en partenariat avec le MSSS (mesures 13 et 25 du Plan d'hébergement 2021-2026), incluant la **bonification du programme de massothérapie et le développement d'un sentier interactif.**
- **Atteinte complète des objectifs** du plan d'action ministériel 2021-2026 en hébergement.
- **Mise en œuvre intégrale** du plan d'amélioration à la suite de la visite ministérielle.
- **Baisse significative des chutes avec conséquences majeures (gravité niveau I)** (1 en 2024-2025 vs 4 l'année précédente).
- Renforcement des **mécanismes de communication et de collaboration** avec les résidents et leurs familles.
- Améliorations tangibles du milieu de vie : **climatisation dans les corridors, réfection des douches, réaménagement complet du rez-de-chaussée, ajout d'un système de surveillance** dans les aires communes sur les unités de vie.
- Engagement renouvelé envers l'inclusion, la diversité et l'équité.
- Réalisation de **nombreuses formations** sur la sécurité, la civilité, les soins, etc.
- **Réduction de l'utilisation des antipsychotiques** grâce à l'approche Opus-AP.
- Renforcement des **mesures de prévention de la maltraitance.**
- Maintien d'un équilibre entre **milieu de vie agréable et gestion rigoureuse des risques et de la prévention des infections (PCI).**

De plus, vous découvrirez dans les pages suivantes de nombreux autres accomplissements, réalisés dans chacun des secteurs.

### **NOS PRIORITÉS 2025-2026 :**

- Poursuivre les efforts visant à **réduire l'usage des médicaments** (programmes OPUS-AP et PEPS).
- **Réaménager les salles familiales** (subvention demandée).
- Se préparer activement à la visite **d'agrément prévue en janvier 2027**.
- Répondre aux **nouvelles exigences de la politique d'hébergement** (ex. : santé auditive).
- Créer un **comité de francisation et de valorisation de la diversité culturelle**.
- Développer un **programme de soutien aux proches aidants**.
- Mettre en place une **approche communautaire structurée**.
- Poursuivre la **bonification de l'approche client-partenaire**.
- Moderniser les **ascenseurs**.

Notre ambition demeure inchangée : offrir un **milieu de vie et de travail humain, chaleureux, stimulant et sécuritaire**, où il fait bon vivre et œuvrer au quotidien.

En conclusion, nous souhaitons exprimer notre profonde reconnaissance à l'ensemble du personnel, aux médecins, aux membres du comité des usagers, aux membres du conseil d'administration de la Fondation, à nos précieux bénévoles, ainsi qu'à nos partenaires du réseau de la santé, de l'éducation et du milieu communautaire. Leur contribution est essentielle à la réalisation de notre mission.

**Merci à chacun et chacune d'entre vous.** Ensemble, continuons de bâtir un environnement de vie accueillant, respectueux et inspirant pour nos résidents et leurs proches.



---

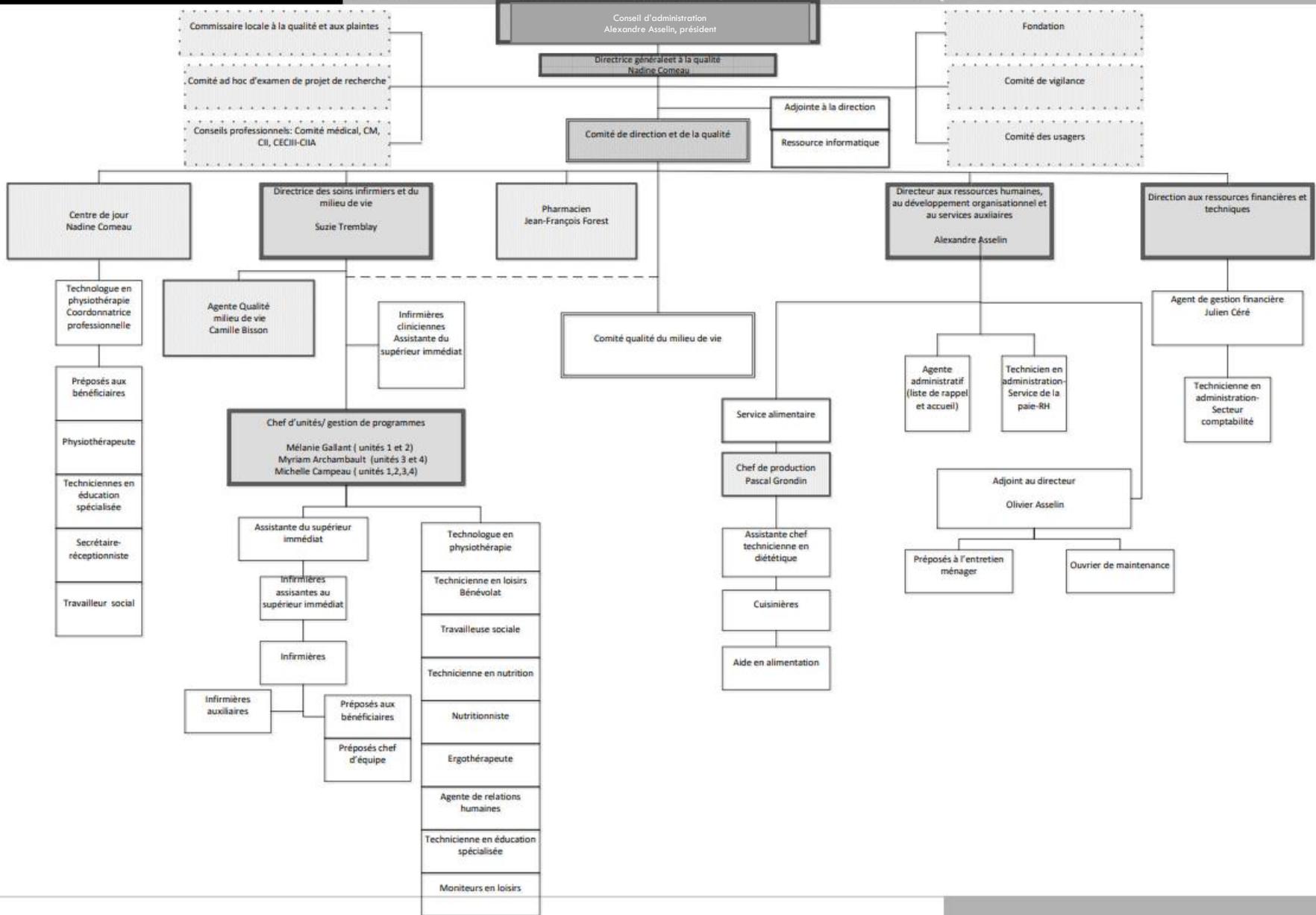
Nadine Comeau  
Directrice générale



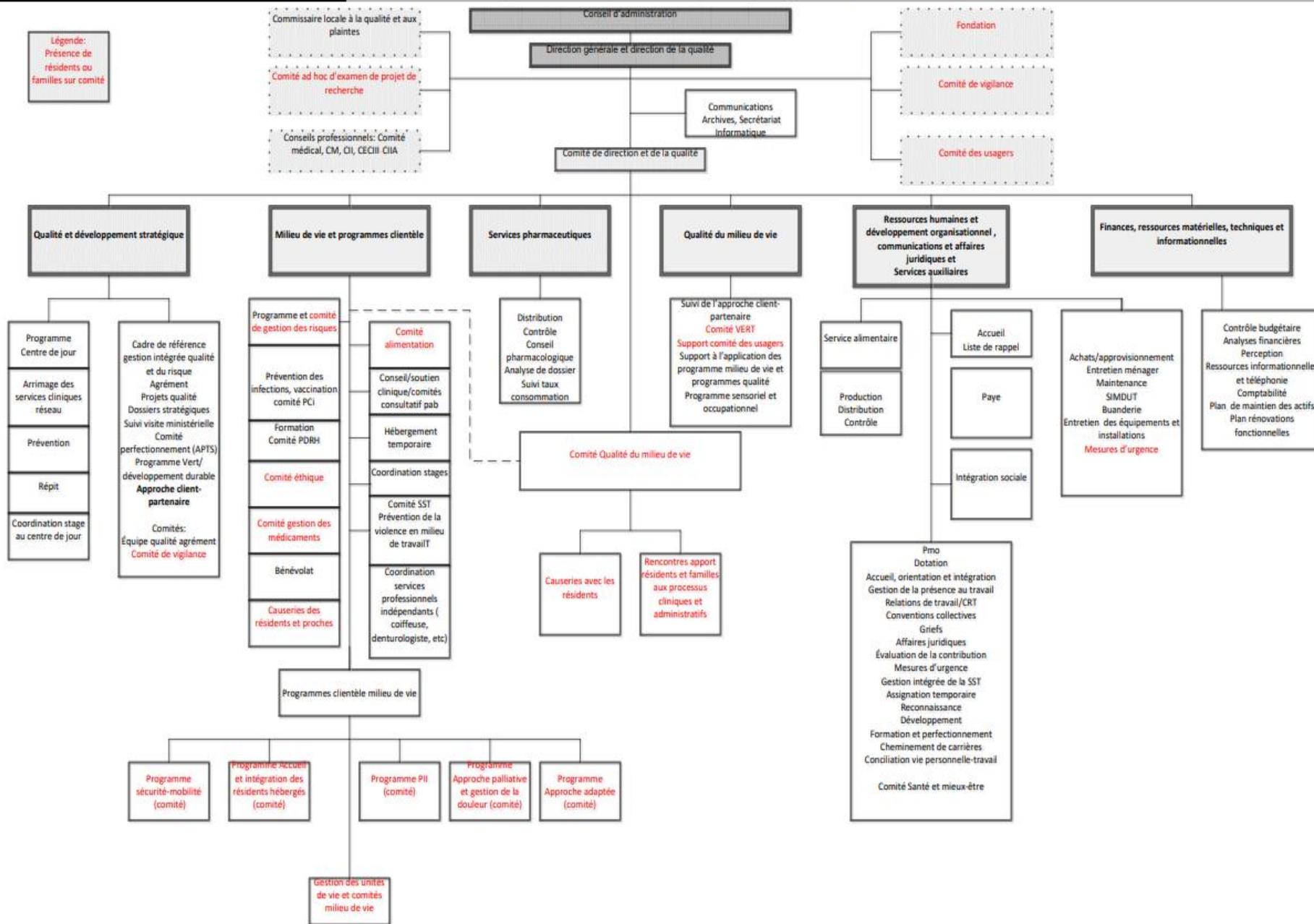
---

Alexandre Asselin  
Président du conseil d'administration

# Structure organisationnelle par structure de poste



# Structure organisationnelle par programme



Les éléments en rouge désignent les comités auxquels participent des représentants des résidents ou des membres de leur famille.

## Présentation de l'établissement et mission

Au 31 mars, le CHSLD de la Côte Boisée comptait 141 lits d'hébergement permanent et 2 lits d'hébergement répartis sur quatre (4) étages.

Le CHSLD de la Côte Boisée a une mission qui lui est conférée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 83), soit d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

La mission comprend également l'exploitation du Centre de jour J-A.-Duchesneau, lequel offre des programmes et des activités de jour, de nature préventive, thérapeutique et de réadaptation. Il offre également un programme de répit de jour aux aidants naturels de personnes âgées en lourde perte d'autonomie.

Le Centre de jour vise à recevoir trente (40) usagers par jour pour la programmation de groupe, et ce, cinq (5) jours/semaine. De plus, une offre de service de fin de semaine est prévue à raison de 6 samedis durant l'année. Également, des usagers externes s'ajoutent sur une base ambulatoire pour des traitements individuels.

De plus, notre établissement désire poursuivre ses efforts pour la concrétisation et l'amélioration continue d'un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, se distinguant ainsi par notre façon d'offrir nos services, afin qu'ils soient à la hauteur des besoins et des attentes des résidents.

## Notre volonté

Créer un milieu de vie bienveillant, sécuritaire et de qualité qui tient compte du respect des personnes, de leurs valeurs, de leurs capacités, de leurs croyances, de leurs goûts et de leurs habitudes de vie.

- Créer un milieu de vie où le partenariat avec le résident et sa famille est pratique courante.
- Créer un milieu de vie évolutif, ouvert sur la communauté où le résident peut exploiter son potentiel, son autonomie décisionnelle et ses intérêts.
- Créer un milieu de vie dans lequel les intervenants souscrivent à la primauté des besoins des résidents et adhèrent aux valeurs énoncées dans le code d'éthique et dans la charte de vie et de travail.
- Créer un milieu de vie dans lequel les valeurs de gestion des ressources humaines sont basées sur les principes suivants : respect des personnes, collaboration, engagement, reconnaissance et considération, confiance mutuelle, développement des compétences personnelles et respect des règles et directives organisationnelles.
- Offrir à une clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile des services de Centre de jour, adaptés aux besoins et aux capacités de chaque usager.



# APPROCHE CLIENT-PARTENAIRE

## Les objectifs de développement 2024-2025 :

- Poursuivre, dans notre milieu, la promotion sur l'approche client-partenaire favorisée par le réseau.
- Bonifier et mettre en action l'approche client-partenaire du CHSLD Côte Boisée.

Moyens-développement :	Actions prises	Résultats
Bonifier l'approche client-partenaire du CHSLD de la Côte Boisée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion du cadre de référence et de l'approche client-partenaire lors de diverses rencontres;</li> <li>- Maintien du nombre de clients-partenaires au sein des comités;</li> <li>- Suivi et mise en œuvre des projets des comités Milieu de vie;</li> <li>- Invitation systématique des résidents et des familles par courriel et par affichage à chaque café-rencontre / formation (1 fois par mois);</li> <li>- Présentation du rôle de client-partenaire au sein des comités, des postes à combler et des modalités de participation, lors d'un café-rencontre;</li> <li>- Faire connaître la Politique d'hébergement 2021-2026 du MSSS;</li> <li>- Faire connaître le cadre de référence en matière de proche aidance;</li> <li>- Mise en place d'une zone Proche aidant contenant des ressources sur le site web de l'établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadre de référence en place;</li> <li>- Promotion du dépliant sur l'approche client-partenaire, intégré à la pochette d'accueil des résidents et de leurs proches, diffusé également lors des cafés-rencontres et dans les journaux internes;</li> <li>- Relances des résidents et des familles par courriel et par l'entremise des journaux internes afin de les encourager à s'impliquer dans les comités;</li> <li>- Diffusion d'informations sur la Politique d'hébergement lors des rencontres avec la direction et par publication dans les journaux internes;</li> <li>- Présence de membres résidents, de familles et de bénévoles dans plusieurs comités cliniques (ex. : Gestion des risques, Éthique, Approche adaptée, Milieu de vie, etc.);</li> <li>- Tenue d'un comité Milieu de vie sur chacune des unités, avec la participation de résidents, de proches et du personnel soignant. Divers projets sont en cours d'élaboration ou ont été réalisés, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fête des voisins sur les unités 3 et 4;</li> <li>- L'embellissement et l'adaptation du refuge;</li> <li>- Le projet "Histoire de vie en images" au 1er étage, ainsi que la mise en valeur des projets artistiques en cours sur cet étage;</li> <li>- L'augmentation de la participation des familles aux cafés-formations mensuels (1 fois par mois).</li> </ul> </li> </ul>
Développer les automatismes de consultations, d'informations et d'auto-détermination des résidents auprès des équipes de soins qui gravitent autour des résidents.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite de la participation des résidents et des familles aux cafés-rencontres et par le biais de courriels d'information;</li> <li>- Tenue de causeries avec les résidents;</li> <li>- Réalisation d'un audit mené par les résidents;</li> <li>- Réalisation de sondages sur l'expérience client;</li> <li>- Consultation des résidents et des familles lors de projets d'aménagement ou de nouveaux projets;</li> <li>- Présentation de l'approche client-partenaire et invitation aux familles à s'impliquer dans le milieu de vie, lors des différentes rencontres (rencontres PII, cafés-formations, événements, etc.);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 cafés-rencontres mensuels et 6 activités spécifiques de consultation, d'information ou de formation ont eu lieu durant l'année 2024-2025, au cours desquels 54 thèmes ont été abordés (ex. : politique d'hébergement, plans d'action de la direction, prévention du suicide, menus, PCI, gestion des risques, histoires de vie en images, etc.);</li> <li>- 2 causeries ont été tenues avec les résidents;</li> <li>- Poursuite de la bonification de la banque d'adresses courriel des familles;</li> <li>- Un audit a été réalisé par des résidents sur un sujet spécifique;</li> <li>- Sondages réalisés sur divers thèmes, dont la sexualité et le milieu de vie;</li> <li>- Consultation des résidents sur divers sujets, tels que la post-éclosion, la programmation des activités de loisirs, les menus, et la participation à différents processus cliniques et administratifs (ex. : caméras de surveillance, offre alimentaire, etc.);</li> </ul>

Moyens-développement :	Actions prises	Résultats
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des membres du comité des usagers dans différents comités de fonctionnement;</li> <li>- Promotion de l'approche client-partenaire et recherche de candidatures pour les comités;</li> <li>- Envoi, par courriel, d'un résumé des sujets abordés lors des cafés-rencontres à l'ensemble des résidents ou répondants disposant d'une adresse courriel, avec possibilité de formuler des commentaires ou suggestions sur les sujets traités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divers sondages effectués concernant l'alimentation, les loisirs, la qualité du milieu de vie et les programmes cliniques;</li> <li>- Journée de sensibilisation sur la sécurité à l'intention des résidents et de leurs proches;</li> <li>- Deux parutions dans les journaux internes à l'attention des employés, des résidents, des familles et des bénévoles;</li> <li>- Trois envois de courriels résumés des cafés-rencontres ont été réalisés au cours de l'année.</li> </ul>
<p>Faire valoir les bienfaits de l'approche client-partenaire auprès des équipes de soins, de la direction, des familles et des résidents eux-mêmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontres animées par les équipes de soins dans le cadre de la Semaine des droits et de la Journée de sensibilisation à la maltraitance;</li> <li>- Intégration des suggestions d'amélioration formulées par les résidents et les familles dans les plans d'action de la direction ainsi que dans ceux du comité Qualité du milieu de vie;</li> <li>- Mise en valeur des changements proposés par les résidents ou les familles;</li> <li>- Retour en comité sur les actions posées par les résidents et les familles;</li> <li>- Promotion des droits des résidents (droit à l'information, à la participation aux décisions, etc.) en collaboration avec le comité des usagers;</li> <li>- Capsules de formation offertes au personnel concernant la Politique d'hébergement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Journée sur la bientraitance et la promotion de la lutte contre la maltraitance;</li> <li>- Suivi des actions intégrées au plan d'action Qualité – Gestion du milieu de vie;</li> <li>- Promotion des valeurs éthiques, en collaboration avec les membres du comité d'éthique et à travers les journaux internes;</li> <li>- Sensibilisation à la sexualité, à l'intimité et à la diversité chez les personnes âgées : rencontre avec les familles et les résidents, en partenariat avec l'organisme Le Néo et une éthicienne;</li> <li>- Retour effectué dans divers comités et rencontres, notamment au comité Qualité du milieu de vie, et à poursuivre;</li> <li>- Sensibilisation et information auprès des personnes grâce à des concours et des kiosques, organisés à des moments stratégiques (ex. : Bientraitance, Semaine des droits, etc.).</li> </ul>

# ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

## Enjeux stratégiques 2020-2026

Enjeu 1	Enjeu 2	Enjeu 3	Enjeu 4
Milieu de vie évolutif et adapté aux besoins des résidents	Main-d'œuvre disponible et engagée	Rayonnement et Communications proactives et efficaces	Standards élevés de qualité et de sécurité pour la clientèle et le personnel

## Valeurs organisationnelles

Excellence <i>CARACTÈRE DE CE QUI EST SUPÉRIEUR</i>	Bienveillance <i>DISPOSITION FAVORABLE ENVERS AUTRUI</i>	COLLABORATION <i>ACTION DE TRAVAILLER AVEC D'AUTRES À UNE ŒUVRE COMMUNE</i>	Confiance <i>SENTIMENT DE SÉCURITÉ DE CELUI QUI SE FIE À QUELQU'UN OU QUELQUE CHOSE</i>
<b>Rigueur, Qualité, Compétence, Innovation, Pertinence, Reconnaissance, Mesure de la performance</b>	<b>Bonté, empathie, humanitude, Délicatesse, écoute, Compassion, respect, indulgence, inclusion, bien-être</b>	<b>Travail d'équipe, Entraide, Engagement, Respect mutuel, Responsabilisation, Mobilisation, Communications</b>	<b>Transparence, Confidentialité, Loyauté, Bonne volonté, Accessibilité de l'information, Reconnaissance de la contribution de l'autre</b>

Afin de guider les activités et les réalisations de l'établissement, des orientations stratégiques sont ciblées selon le plan 2020-2026, soit :

- ❖ Déployer des approches et programmes adaptés et intégrés aux besoins et attentes de la clientèle;
- ❖ Favoriser le bien-être des résidents et la satisfaction face au milieu de vie;
- ❖ Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée ;
- ❖ Prendre soin du personnel et favoriser leur plein potentiel par un milieu de travail sain et sécuritaire qui favorise le bien-être au travail;
- ❖ Optimiser nos modes de communication par l'innovation et la diversité;
- ❖ Maintenir et développer des partenariats bénéfiques avec la communauté;
- ❖ Arrimer nos standards aux meilleures pratiques et normes reconnues ;
- ❖ Assurer le développement des compétences;
- ❖ Optimiser les processus tant au niveau des soins et services qu'administratifs.

Chacune de ces orientations a engendré des priorités d'intervention dans les différents services de l'établissement et a servi à élaborer le plan d'amélioration continu de la qualité 2024-2025 dont l'atteinte partielle ou totale des cibles se chiffre à 85,4%.

## Principaux partenaires Ouverture sur la communauté

- CISSS de Lanaudière;
- Stagiaires de milieux secondaire, collégial et universitaire;
- Fondation de la Massothérapie;
- Tables et comités de travail du réseau et du communautaire, au comité prévention des abus faits aux aînés et à la table de soutien à domicile;
- École l'Impact pour l'intégration sociale de personnes atteintes de déficience dans les services auxiliaires;
- Affiliation avec diverses garderies et écoles primaires;
- Commission scolaire des Affluents (Centre l'Avenir);
- Santé publique;
- Association des établissements privés conventionnés (AEP);
- Fédération du loisir en institution (FQLI);
- Albatros;
- Philippe Voyer;
- Municipalité de Terrebonne;
- Les Petits frères de Terrebonne;
- Fondation du CHSLD.

## Quelques statistiques

### Au CHSLD

#### Répartition des résidents par groupe d'âge

Année	65 ans et -	66 à 80 ans	+ de 80 ans
2024-2025	10	51	82
2023-2024	17	53	82

#### Jours présence

Année	Lits au permis	Jours-présence héb permanent	% héb permanent	% héb temporaire
2024-2025	140	50598	99,02 % (138 lits)	50.5 % (2 lits)
2023-2024	140	50333	99,65 % (138 lits)	45% (2 lits)

#### Durée moyenne de séjour

Année	Durée moyenne de séjour (en jours)
2024-2025	428
2023-2024	1 144

### Au Centre de jour

#### Répartition des usagers par groupe d'âge en %)

Année	65 ans et -	65 à 80 ans	80 ans et +
2024-2025	2.9%	58.9%	38.2%
2023-2024	9,4	53,3	39,3

#### Variation de la présence totale

Bilan annuel	
Présence totale 2024-2025	Présence totale 2023-2024
7169	5179

#### Stagiaires

Nous avons accueilli des stagiaires en soins infirmiers ainsi qu'en assistance provenant des établissements scolaires suivants : l'École des métiers spécialisés de Laval (EMS), le Cégep de Saint-Jérôme et le Centre l'Avenir.

- **20 groupes** de l'EMS dans la discipline des **infirmières auxiliaires**;
- **2 groupes** d'étudiantes en soins infirmiers du **Cégep de Saint-Jérôme**;
- **2 groupes** de **préposés aux bénéficiaires** de l'EMS.

Cette année, un **sac promotionnel** a été remis à chaque stagiaire en soins, et un **sondage de satisfaction** leur a été transmis.

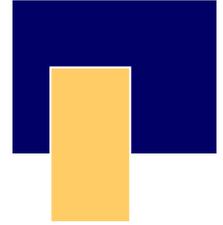
Sur **34 sondages reçus**, les commentaires ont été **analysés en comité DSIMV** et en collaboration avec la **Direction des ressources humaines (DRH)**, dans une démarche d'**amélioration continue**.

Type de stagiaires	2024-2025 (Nombre)	Total de jours (Stagiaires)
Infirmières	6	14
Infirmières auxiliaires	114	198
Préposée aux bénéficiaires	9	34
IPS	0	0
Ergothérapeute	1	20
Éducatrice spécialisée	1	24
Entretien ménager	1	33
<b>Total :</b>	<b>132</b>	<b>323</b>



## GESTION DES SOINS INFIRMIERS ET DU MILIEU DE VIE

M<sup>me</sup> Suzie Tremblay, directrice des soins infirmiers et du milieu de vie



Au cours de l'année 2024-2025, notre équipe a poursuivi la mise en œuvre de la Politique d'hébergement 2021-2026 du MSSS.

La déprescription des antipsychotiques a constitué l'une des priorités de la Direction des soins infirmiers et du milieu de vie (DSIMV), notamment par la participation au déploiement du programme OPUS AP-PEPS. Un outil de suivi interdisciplinaire pour la déprescription a été créé et implanté afin de normaliser le processus à l'interne et de garantir un suivi clinique rigoureux par le personnel infirmier, médical et les pharmaciens.

De plus, 90 % des infirmières et infirmières auxiliaires ont reçu une formation sur la déprescription, soit par une formation interne offerte par l'équipe DSIMV et le pharmacien, soit via la plateforme de formation de Philippe Voyer.

L'équipe DSIMV, en collaboration avec l'agente milieu de vie et les membres du comité Approche adaptée, a implanté les "histoires de vie personnalisées en images" dans toutes les chambres des résidents.

Des bains sensoriels ont également été introduits dans les unités de vie du 1er et du 2e étage, accessibles à tous les résidents, incluant ceux atteints de troubles neurocognitifs. L'implantation sera poursuivie en 2025-2026 pour les 3e et 4e unités.

La formation en approche relationnelle de soins s'est poursuivie : 60 % des préposés accompagnateurs et 77 % des infirmières/infirmières auxiliaires ont été formés depuis le déploiement.

Chaque unité de vie a mis sur pied un comité milieu de vie composé du personnel de soins, de l'agente milieu de vie, du chef d'unité, de proches aidants et de résidents. Voici quelques réalisations :

- 1re unité : mur dédié à l'exposition d'œuvres des résidents, installation de lumières solaires au balcon;
- 2e unité : coin bureau pour les résidents de l'unité protégée;
- 3e et 4e unités : activités de karaoké très appréciées des résidents et du personnel.

Chaque unité possède maintenant une "zone occupationnelle" avec objets domestiques (balai, plumeau, etc.) pour favoriser les activités significatives.

La prévention des infections et le plan de pandémie sont restés des priorités. Le suivi de la vaccination a été effectué en partenariat avec l'équipe PCI du CISSSLAN. Une surveillance constante des virus a été maintenue pour les résidents et les employés. Des activités de promotion de l'hygiène des mains et le suivi du plan d'amélioration ont été menés toute l'année.

Des suivis ont été effectués sur l'application des cinq programmes cliniques qualité :

- Programme sécurité-mobilité
- Programme accueil et intégration
- Programme PII
- Programme approche palliative et gestion de la douleur
- Programme approche adaptée (volet démence, volet sensoriel et occupationnel)

Le comité éthique et le comité de gestion des risques ont également été actifs. Un bulletin d'information en gestion des risques et PCI est publié régulièrement pour soutenir l'amélioration continue. De nombreuses formations et contrôles qualité ont été réalisés sur des thèmes tels que : soins buccaux, soins en fin de vie, médicaments, milieu de vie, PCI, etc.

Le comité qualité du milieu de vie, composé de membres de divers secteurs, de résidents, de familles et de membres du comité des usagers, s'est réuni à 7 reprises. Le plan d'action a été réalisé à 66 %, et en cours de réalisation à 32 %.

L'approche client-partenaire a été fortement présente, avec :

- 54 sujets abordés en consultation/information avec résidents et proches;
- Contrôles qualité réalisés par des résidents;
- Comités milieu de vie actifs sur chaque unité;
- Deux présentations de capsules sur la Politique d'hébergement;
- Une présentation sur le cadre de référence en proche aidance;
- Suivi de la satisfaction sur les loisirs, repas et milieu de vie;
- Participation de certains proches aidants et bénévoles à des projets d'amélioration.

Une amélioration importante de la qualité des soins et services en 2024-2025 a été l'ajout d'une infirmière attirée par unité de vie sur le quart de soir et d'une technicienne en éducation spécialisée. Ces ajouts ont amélioré le soutien aux équipes de soir et aux proches aidants.

Autres activités déployées en 2024-2025 :

- Cliniques de vaccination en collaboration avec le CISSSLAN;
- Histoires de vie en images dans toutes les chambres;
- TGV réalisés par les chefs d'unité;
- Accueil de stagiaires (PAB, infirmières, CEPI, CEPIA);
- Bulletins "Flash info soins" sur divers thèmes (dysphagie, crèmes topiques, produits d'incontinence);
- Acquisition et suivi d'équipements spécifiques (lits, lève-personnes, matelas);
- Soutien au service d'entretien sur les mesures PCI;
- Soutien des stages;
- Révision d'ordonnances collectives (ex : Baqsimi);
- Suivis PCI sur éclosions et vaccinations;
- Suivi du programme de soins buccaux;
- Formations : politique d'hébergement, communication bienveillante, maltraitance, harcèlement, incivilité;
- Accès continu aux formations Philippe Voyer et ENA provinciale;
- Suivi de la Visite qualité MSSS;
- Mise en place de PAB chefs d'équipe (coach), documentation, consultation, entrevues;
- Soutien au CECII et CECIIA.

## Les principales formations

La lutte contre la maltraitance et la bientraitance
Au-delà des mots (proches aidants)
Approche relationnelle de soins
Soins buccaux
Dysphagie et textures des aliments
PCI: hygiène des mains, port EPI, désinfection des petits équipements
Champions PCI
Détecter la dépression chez les aînées (Philippe voyer)
Prévention du risque suicidaire
Confidentialité
Promotion sur la sécurité deux fois au cours de l'année
Communiquer avec bienveillance en équipe
Intervention post chute, chute prévention, Évaluation et intervention (Philippe voyer)
Capsules sur les fauteuils et les coussins de fauteuils
Déprescription : rôle de l'infirmière (Philippe voyer)
Évaluation clinique de l'Ainé/reconnaitre un état de santé instable (non professionnel) (Philippe Voyer)
Activités occupationnelles: mode emploi pour stimuler les personnes atteintes (Philippe voyer)
Décoder les comportements menaçants. (Philippe voyer)
Intervention non pharmacologique déprescription et antipsychotique
Sensibilisation à l'éthique (éthicienne)
Mesures d'urgence médicale: Heimlich, médicaments urgence
RCR/DEA
Coaching PDSP par instructeur
Capsules sur la Politique hébergement
Sexualité des personnes âgées et diversités (NÉO)
Réalité et besoins des personnes aînées LGBT: démence, soins palliatifs et fin de vie
Webinaires de la communauté de pratique des aînés
La reconnaissance d'un état instable
Sensibilisation aux réalités autochtones
La protection de données personnelles



## GESTION DES SERVICES PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS - HÉBERGEMENT

M<sup>me</sup> Michelle Campeau, chef d'unités de vie

En 2024-2025, l'équipe des services professionnels de l'hébergement a vécu une autre période de changements, par le départ définitif de la travailleuse sociale en poste, l'embauche d'une nouvelle ressource, l'ajout d'une TES à temps complet et finalement une restructuration des ressources au service d'animation du milieu de vie et bénévolat. Nous avons aussi consolidé le poste de kinésologue au sein de l'équipe de réadaptation du CHSLD, et réorganisé les heures attribuées au service social.

Tous les intervenants ont participé activement aux différents comités de l'organisation, tels que le comité d'éthique clinique, les comités sécurité-mobilité, accueil et intégration, approche adaptée à la clientèle, PII, ainsi que les différents comités découlant des programmes qualités de l'établissement. La planification et la réalisation des PII selon le calendrier se sont maintenues, avec la collaboration de tous. Aussi, plusieurs membres de l'équipe ont participé activement à la réalisation des projets en cours tel qu'Excellence en Santé Canada à l'unité protégée.

Les membres des services professionnels ont également poursuivi des activités de perfectionnement. Voici quelques formations suivies par les intervenants des services professionnels :

Nom de la formation	Date	Présences
Formations Philippe Voyer selon le plan de formation annuel	Formations en ligne 2024-2025	Equipe des services professionnels
Colloque Physiothérapie 360°	Décembre 2024	Technologue en physiothérapie
Programme de maîtrise en bioéthique (Université de Montréal)	2024-2025	Nutritionniste
Formations sur la plateforme ENA selon le plan de formation annuel : - Sensibilisation aux réalités autochtones	Formations en ligne offertes	Equipe des services professionnels
Formation de rappel sur la méthode Heimlich	Juin 2024	Technologue en physiothérapie, nutrition clinique,
Formation « Prévention de l'incivilité et du harcèlement au travail » ASSTSAS	Juin 2024	Equipe des services professionnels
Formation ARS (Approche relationnelle de soins) ASSTSAS	2024-2025	TES, technicienne en loisirs
Formation « Droit de prescrire 2 » de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du QC	Avril 2023	Nutrition clinique
Colloque FQLI 2024	Novembre 2024	Technicienne en loisirs
Formation Dr clown	Automne 2024	Technicienne en loisirs
Formation « communiquer avec bienveillance »	Printemps 2025	Equipe des services professionnels
Formation « Interventions stratégiques auprès de personnalités difficiles » Julie Desrosiers ergothérapeute	Automne 2024	Ergothérapeute, ARH
Capsule d'introduction à la politique d'hébergement	Avril et novembre 2024	Kinésologue, nutrition, ARH

## **Sommaire des services**

### **Ergothérapie**

#### **Faits saillants du service**

- Poursuite des cliniques de mobilité en partenariat avec le service d'aides techniques (SAT) du CISSS de Lanaudière - CRDP Le Bouclier (clinique d'évaluation, d'ajustement et de réparation);
- Révision et mise à jour des outils d'inventaire de fauteuils roulants;
- Acquisition de nouveaux équipements : surfaces anti-glissement, matériel de positionnement, matelas curatif;
- Ajout d'une préposée en réadaptation pour la période estivale;
- Augmentation des heures cliniques cette année en lien avec le poste comblé : plus de 1500 hres totales effectué par le service, dont 1184 heures de soins directs.

Effectif au 31 mars : 1 employée à 1.0 ETC.

#### **Présence de stagiaires :**

- Pas de présence en 24-25.

### **Physiothérapie**

#### **Faits saillants du service**

- Embauche officielle d'un kinésologue à 2 jours par semaine en juin; rehaussement de l'offre de service d'activité de reconditionnement et du maintien des capacités et de la marche des résidents via des plans d'activités physiques physique adaptées à la condition des résidents.
- Contribution à officialiser le rôle du kinésologue à l'établissement (description d'emplois, mandats)
- Élaboration d'un Flash-Info portant sur les toiles de levier; élaboration d'un aide-mémoire pour l'installation des surfaces de glissement
- Participation au processus de sélection, achat, et implantation sur les unités de vie des nouveaux leviers à station debout de type « Nora Alu »; enseignement au personnel sur l'utilisation de l'équipement
- Contribution à la Semaine nationale de la sécurité des résidents à la fin octobre.
- Ajout d'une préposée en réadaptation pour la période estivale
- Stabilité des heures totales effectuées par la technologue en réadaptation par rapport aux années précédentes : plus de 1200 heures au total, dont 785 heures de soins directs.
- En kinésiologie : traitement de 43 requêtes différentes pour un total de 673 interventions (année incomplète car la prise en charge des stats s'est fait à l'automne)

Effectif au 31 mars : 1 employée à 0.8 ETC et présence d'un kinésologue à 0.2 ETC.

### **Nutrition clinique**

#### **Faits saillants du service**

- Ajout d'une liste pour améliorer la distribution des suppléments sur les unités de vie
- Étude sur la consistance de certains aliments offerts (ex : gruau), résultat : standardisation des liquides épaissis pour la clientèle dysphagique
- Standardisation de recette et dégustation avec les résidents

- Évaluation de la valeur nutritive du menu d'hiver et du menu d'été afin de s'assurer de répondre aux besoins nutritionnels des résidents
- Rédaction d'un article sur la dysphagie et la sécurité durant les repas dans le journal du Comité des usagers.
- Participation au comité d'éthique clinique
- En collaboration avec l'équipe DSIMV, rédaction et diffusion d'une politique de la prise en charge de la dysphagie chez les résidents, d'une procédure sur le changement de texture ou de consistance au menu d'un résident (procédure de régression), et mise en place d'un algorithme pour la dysphagie sévère à très sévère
- Personnalisation de menu avec limite de nutriments
- Participation à l'élaboration d'une semaine portant sur la sécurité alimentaire au mois de mars 2025
- Plusieurs capsules de formation transmises : distribution des suppléments nutritionnels, l'importance de l'hydratation, les textures et les consistances adaptées, dysphagie chez le résident
- Participation au comité alimentation, en collaboration avec le service alimentaire et la direction : total de 9 rencontres en 24-25.
- Légère baisse dans le nombre de requêtes en traitement cette année : 500 (vs 647), probablement attribuable à la baisse du nombre d'admissions entre autres.

Effectif au 31 mars : 3 employées, soit 2.6 ETC.

## **Psychosocial volet service social**

### **Faits saillants du service**

- Réajustement de l'offre de services sociaux au cours de l'année : couverture assurée par TS à 2 jours/semaine pendant une période de 3 mois, menant ensuite à l'embauche d'une nouvelle TS en novembre 2024.
- Réorganisation des heures de poste dans l'hébergement à partir de novembre 2024 : un poste de TS à temps complet à l'hébergement (5 jours/sem.)
- Maintien des mandats spécifiques comme le traitement des demandes d'homologation de mandats et les suivis avec le Curateur public du Québec.
- Participation occasionnelle dans plusieurs comités, notamment ceux sur l'approche palliative et la gestion de la douleur, les PII, l'accueil et l'intégration, ainsi que l'éthique clinique.
- Réattribution du mandat de participation au comité régional de lutte contre la maltraitance de la MRC des Moulins vers une intervenante du centre de jour.
- Activités de promotion et capsules de formation pour sensibiliser le personnel, les résidents et les bénévoles à la confidentialité, à la prévention de la maltraitance, et dans le cadre de la semaine de prévention du suicide.
- Aide à la création de contenu et participation à la journée de sensibilisation éthique et formation le 10 mars 2025 sur le sujet « Intimité et sexualité chez les résidents »
- Augmentation des heures cliniques cette année en lien avec le poste comblé et meilleure stabilité de la présence : 700 requêtes traitées par le service

Effectif au 31 mars : 1 employée, soit 1.0 ETC

## Psychosocial volet éducation spécialisée (Agente de relations humaines et TES)

### Faits saillants du service

- Assure le rôle de référente en collaboration avec l'infirmière clinicienne pour les résidents présentant des SCPD ou des défis comportementaux et d'adaptation (soutien, mise en place de plans d'intervention et fiches de sécurité).
- Déploiement d'interventions non-pharmacologiques regroupées dans un plan d'approche adaptée ; cette année, élaboration ou révision de 38 rencontres d'équipes, 30 plans et de 4 fiches de sécurité, environ 80 coachings terrain.
- Soutien étroit aux équipes pour la mise en œuvre des principes de l'approche relationnelle de soins
- Formatrice pour le programme d'Approche relationnelle de Soins (ARS) de l'ASSTSAS : animation de 3 groupes de formation et création de plusieurs capsules de sensibilisation pour le personnel (23 personnes).
- Participation active à l'implantation du projet avec Excellence Santé Canada : mise en place de stratégies occupationnelles et sensorielles pour les résidents du refuge (unité protégée).
- Implication dans l'organisation de la journée de sensibilisation contre la maltraitance en juin
- Animation d'un 1 groupe de Café-rencontre pour les proches-aidants.
- Implantation des bains sensoriels et 2<sup>e</sup> étage puis au 1<sup>er</sup> étage pour améliorer l'expérience du résident.
- Intégration d'une TES à temps complet, en projet de décembre au 31 mars. L'objectif est d'assurer la pérennité des interventions en lien avec l'approche adaptée sur le terrain, rehausser le volet occupationnel et sensoriel.
- Absence de l'ARH en poste à partir du mois de février, donc réorganisation du traitement des demandes par les autres membres de l'équipe SCPD
- Étant donné un retard dans la saisie de données statistiques par l'ARH en cours d'année, et son absence, les données sur la prise en charge sont incomplètes. Le nombre de requêtes traitées ne reflète pas la réalité des années antérieures (163 cette année, versus 709 l'an dernier). La moyenne de charge de cas demeure toutefois similaire avec un nombre de 6.

Effectifs au 31 mars : 2 employées, soit 2.8 ETC.

### Loisirs et agente milieu de vie

#### Faits saillants du service

- L'agente milieu de vie a joué un rôle actif dans la réalisation du projet d'Excellence Santé Canada, permettant ainsi le renouvellement de l'environnement de l'unité protégée "Le Refuge" et l'offre d'activités occupationnelles et sensorielles.
- En plus de son rôle au sein du comité des usagers, l'agente milieu de vie a participé à la réalisation d'un reportage télé en lien avec l'organisme Mouvement de passage qui a offert des prestations de danse aux résidents, animation d'un café rencontre aux proches aidants et elle a participé activement aux comités de milieu de vie des unités.
- Le service, incluant l'agente milieu de vie, ont contribué à l'organisation et la réalisation des festivités entourant le 25<sup>e</sup> anniversaire du CHSLD qui s'est tenu à la fin octobre 2024.
- Le service d'animation-loisirs a ré imaginé des thématiques, des concepts ou encore le mode de fonctionnement de certaines activités afin de bien répondre aux besoins et aux attentes de la clientèle. Au total c'est plus de 11 spectacles et activités thématiques à grand déploiement qui ont eu lieu, touchant en moyenne entre 40 et 70 résidents.
- Élaboration des programmations mensuelles de loisirs avec la participation des résidents et des familles, assurant une diversité d'activités collectives et individuelles réparties sur une plage horaire variée, sept jours par semaine.

- Coordination des interventions offertes par le Centre L’Avenir aux résidents de septembre à juin, comprenant des activités de groupe comme la musicothérapie, la gymnastique douce, la gymnastique de la mémoire, les visites d’animaux et les arts plastiques.
- En collaboration avec le comité approche palliative, organisation de la cérémonie commémorative des défunts annuelle à l’automne.
- Élaboration d’un plan d’action et d’outils pour l’implantation du titre d’emploi moniteurs en loisirs
- Maintien d’ententes avec organismes pour offrir des services aux résidents : visites des bénévoles des Petits Frères de Terrebonne, impliquant 2 bénévoles pour visiter 3 résidents; 150 massages offerts par la fondation de la massothérapie (en partenariat avec le CHSLD).
- Ajout d’une offre de service supplémentaire en zoothérapie hebdomadaire.
- Reprise des sorties dans la communauté sur une base plus régulière (8 sorties au total).
- Il y a eu optimisation des heures offertes au service cette année, et le départ d’une technicienne en loisirs. En fin d’année le service est comblé par 2 techniciennes en loisirs, auxquels s’ajoutent en support 3 moniteurs en loisirs sur une base temps partielle régulière.

Effectif au 31 mars : 2 employées, totalisant 1.6 ETC.

### **Sommaire prise en charge par le service animation loisirs et bénévolat**

On note une augmentation des heures vécues loisirs autant pour le volet individuel que le volet groupe cette année. Cela s’explique en partie par l’utilisation des moniteurs en loisirs permettant de d’optimiser la programmation 7/7 jours.

	Heures de vécu loisirs groupe	Heures de vécu loisirs-individuel	Heures de vécu loisirs-total
2024-2025	14600 hres	400 hres	15000 hres (+28%)
2023-2024	11436 hres	233 hres	11668 hres

En plus de la programmation adaptée du CHSLD, le service des loisirs a organisé des activités touchant les catégories suivantes :

- Activités thématiques : organisation de plusieurs fêtes (des mères, des pères, etc.), 8 repas BBQ estivaux, spectacles en présentiel avec artistes invités, chorale Chœur de la Cité, spectacle de l’Association folklorique de la Rive-Nord, musique classique, ainsi que des célébrations pour des événements spécifiques comme la St-Jean Baptiste et le Carnaval d’hiver, et des soirées de nouvel an à thématique La chasse-galerie.
- Activités de sensibilisation et de reconnaissance : mise en place de la Cérémonie commémorative des défunts avec un jardin commémoratif, participation à la journée de la terre, à la semaine des loisirs, et exposition des œuvres des participants à l’atelier d’art, sensibilisation à l’importance du loisirs occupationnel et sensoriel, activités de reconnaissance des bénévoles.
- Activités intergénérationnelles et communautaires : organisation de la Fête des semences, participation au sentier des frissons avec les enfants de la garderie et à la collecte de bonbons, tenue de vide-penderie et bazar, maintien des soupers-restos mensuels avec augmentation de la participation, visites de l’organisme Mouvement de passage (danse contemporaine aux chambres), visites de l’organisme Rossignol (chants aux chambres), initiation à la réalité virtuelle.
- Activités de loisirs adaptées à des clientèles particulières : organisation du Bistro avec demandes spéciales, ateliers de cirque, programmes "Ça spin" et "Ça bouge" pour les résidents à risque de chutes ou en perte de capacités, mise en place de séances de massothérapie en collaboration avec la Fondation de la Massothérapie du Québec, atelier "Allume tes lumières", et animation à la salle occupationnelle et la salle sensorielle, table interactive OBIE.

À noter que cette liste ne reflète pas toute la variété des activités offertes à notre clientèle.

## **Bénévolat**

- Participation active dans plusieurs comités incluant le comité des usagers, le comité qualité du milieu de vie, le comité de vigilance, le comité approche adaptée, le comité approche palliative et fin de vie, entre autres.
- Participation active dans le milieu de vie via l'implication à la Fondation du CHSLD (rencontres, activités de levées de fonds, etc.)
- Animation directe dans le milieu : ateliers Les beaux souvenirs 2 fois/semaine sur les unités de vie, avant-midi café et viennoiseries au Bistro 1 fois/semaine
- Accompagnement fin de vie en collaboration avec l'organisme L'Albatros (2 bénévoles) et visites d'amitiés personnalisées
- Organisation de 3 séances de formation ou café-formation pour les bénévoles, abordant divers sujets tels que les pratiques en PCI et hygiène des mains, la prévention des chutes, la prévention de la maltraitance, la bientraitance, l'approche relationnelle de soins, Formation prévention de l'incivilité en milieu de travail ASSTSAS, présentation des structures du CHSLD (ergo, physio, arh, nutrition, TS), la prévention du suicide, la nutrition et l'hydratation, projet des histoires de vie en images, ainsi que la politique d'hébergement du MSSS.
- Maintien 2 bénévoles actives pour l'assistance à l'alimentation des personnes dysphagiques.
- Nombre de bénévoles actifs au 31 mars : 35 (contre 23 à la fin de l'année 2023-2024).
- Bénévolat étudiant : implication de 35 étudiants ayant accompli entre 10 et 20 heures chacun; recrutement au salon d'engagement communautaire de l'école secondaire Armand-Corbeil.

## **Sommaire des heures de bénévolat**

<b>Année</b>	<b>Heures de prestation</b>	<b>Nbre. de bénévoles ayant réalisé des interventions (minimum sur 3 périodes)</b>
<b>2024-2025</b>	3264 heures	30 (+9 p/r 23-24)



## CENTRE DE JOUR J.-A.-DUCHESNEAU

M<sup>me</sup> Geneviève Dubord  
Technologue en physiothérapie et  
Coordonnatrice professionnelle

Au cours de l'année 2024-2025, le Centre de jour a poursuivi sa vocation première, à savoir favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie et offrir un accompagnement de répit organisé aux proches aidants, tout en continuant à fournir des services externes de réadaptation en physiothérapie.

L'année a été marquée par une bonification significative de notre offre de répit, désormais disponible sur 5 jours par semaine, avec, en complément, l'ajout de 6 samedis de répit offerts au cours de l'année. Ces ajustements ont permis de répondre plus adéquatement aux besoins croissants des usagers et de leurs proches.

Nous avons également poursuivi le rehaussement de notre capacité d'accueil, recevant entre 30 et 40 usagers par jour dans les groupes de répit et de maintien. L'année a comptabilisé une fréquentation totale de 7169 présences, soit 1990 de plus que l'année précédente, témoignant de la pertinence et de l'efficacité de notre modèle de service.

Afin de soutenir cette expansion, des postes supplémentaires ont été créés, notamment le rehaussement des heures pour les professionnels et la présence en tout temps de deux préposés aux bénéficiaires (PAB). Ce renforcement de l'équipe a permis d'assurer un encadrement sécuritaire et personnalisé aux usagers.

Le volet de soutien aux proches aidants a été poursuivi activement par notre travailleur social, avec l'accompagnement de nouveaux groupes qui a permis de soutenir les aidants dans leur rôle au quotidien. Sur le plan clinique, nous avons maintenu une offre adaptée avec un roulement de groupes spécialisés : reconditionnement, maintien, parkinson, PDSP et lombalgie.

En résumé, l'année 2024-2025 aura été marquée par une croissance soutenue et une adaptation constante à la réalité des usagers et de leurs aidants. L'augmentation de notre capacité, le renforcement des équipes et l'élargissement des services offerts témoignent de notre engagement à offrir un accompagnement de qualité, centré sur les besoins réels des personnes que nous desservons.

Groupes d'âges	Inscriptions durant l'année	Départs durant l'année
45-54 ans	1	2
55-64 ans	9	7
65-69 ans	44	35
70-74 ans	79	67
75-79 ans	77	77
80-84 ans	71	55
85-89 ans	45	38
90 ans ou plus	14	11
<b>Total durant l'année</b>	<b>340</b>	<b>292</b>

Bilan annuel			
Présence totale groupe 2023-2024	Présence totale groupe 2024-2025	Présence totale ambulatoire 2023-2024	Présence totale ambulatoire 2024-2025
3820	5874	1359	1295

Bilan annuel	
Présence totale 2023-2024	Présence totale 2024-2025
5179	7169

## SERVICE DE L'ENTRETIEN MÉNAGER ET DE LA MAINTENANCE

M. Olivier Asselin  
Responsable des achats et de l'entretien



### **Réalisations pour l'année 2024-2025:**

L'année 2024-2025 a été marquée par de nombreuses réalisations significatives visant à améliorer l'efficacité et la sécurité au sein de notre organisation. Nous avons mis en place une série de mesures et de projets qui ont permis d'optimiser nos opérations et d'offrir un environnement de travail plus sécurisé et performant.

Ci-dessous, nos principales réalisations :

- Planification, coordination, assurance-sécurité et évaluation des travaux de réparation.
- Effectuer des contrôles qualité sur la désinfection dite high-touch.
- Contrôle qualité sur l'entretien des lieux.
- Accueillir des stagiaires 3 jours/semaine à la buanderie.
- Climatisation des corridors sur les étages.
- Désignation d'un chef d'équipe pour l'entretien ménager.
- Achats.

Ces initiatives témoignent de notre engagement constant à maintenir des normes élevées et à répondre aux besoins de notre personnel et de nos résidents. Nous continuerons à œuvrer dans cette direction pour garantir un environnement toujours plus sûr et efficace.



**GESTION DES  
RESSOURCES HUMAINES  
ET DU DÉVELOPPEMENT  
ORGANISATIONNEL**

M. Alexandre Asselin

Au 31 mars 2025, le CHSLD de la Côte Boisée comptait 264 employés, dont 7 membres du personnel d'encadrement.

	2023-2024	2024-2025
Taux CSST	2.7	1.1
Taux assurance-salaire	9.9	9.2
Taux de temps supplémentaire	9.02	5.2

**Autres faits saillants :**

Chute drastique du temps supplémentaire lié à la disponibilité de candidats pour l'embauche

- Légère baisse du taux d'assurances salaire non relié au travail.
- Les mesures préventives et le travail du comité SST ont continué de porter fruits puisque nous avons une diminution de 40 % de notre taux.
- Encore une autre année sans recours au temps supplémentaire obligatoire (TSO).
- Le recours aux services de la MOI est marginal

-Nb d'heures cliniques réelles :271 388 heures au budget MSSS 287 236

Le taux de roulement en nombre est stable à 12 %

Le taux de rétention des nouveaux est stable à 87 %

Le taux de probation échoué est à 13%

**Répartition de l'effectif en 2024-2025 par catégorie de personnel**

	Nombre d'emploi au 31 mars 2024	Nombre d'ETC En 2024-2025
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	40	34.14
Personnel para technique/Services auxiliaires et métiers	126	111.54
Personnel de bureau, technicien et professionnel de l'administration	8	6.87
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	14	13.91
Personnel non visé par la loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	1	.66
Personnel d'encadrement et autres	6	4.91

**Comme autres réalisations**

- Comme par les années passées, la DRH supporte, appuie et collabore aux réalisations des comités PDRH, santé et mieux-être, plan des mesures d'urgence, SST et comité vert.
- Côté relations syndicales et patronales, 18 griefs ont été déposés dont 9 résolus par entente ou retirés; 9 sont en suspens.
- Un total de 2495heures d'activités de mise à jour a été réalisé, des heures de formation ont été octroyées aux bénévoles.
- Maintien de CRT et comité griefs.
- Tenue d'activités reconnaissance diverses.



## GESTION DU SERVICE ALIMENTAIRE

M. Pascal Grondin  
Chef de production alimentaire

### Milieu de vie

Afin de poursuivre son implication au milieu de vie des résidents, le service alimentaire a toujours le souci de consulter les résidents sur les choix et changements de menus, par des dégustations de repas ou d'aliments ou par des sondages et consultations. Le cycle de menu est offert sur 4 semaines et il y a un menu d'été et un menu d'hiver; ces menus offrent une grande diversité de choix de repas et de textures à la satisfaction des résidents.

Permettant une meilleure visualisation des repas proposés, des tableaux d'affichage des menus avec photos sont maintenues disponibles sur toutes les unités, ainsi qu'à l'entrée de la salle à manger du rez-de-chaussée.

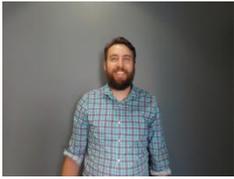
Le service alimentaire maintient sa collaboration importante aux fêtes thématiques et aux activités avec repas spéciaux et a grandement participé aux événements pour souligner le 25<sup>e</sup> anniversaire du CHSLD.

### Nombre de repas servis par le service alimentaire :

Repas Usagers admis	Repas gratuits autres	Nb ventes de repas Prix conventionné ou équivalent	Nb de ventes de repas Usagers inscrits Centre de jour
152 880	653	9537	5999

**Production totale :** 169069

**Nombre de résidents avec texture spéciale :** 54



# GESTION DES SERVICES FINANCIERS, MATÉRIELS ET TECHNIQUES

M. Julien Céré, agent financier

## Services techniques

Les budgets alloués par le ministère de la Santé et des Services sociaux nous ont permis de réaliser les projets présentés ci-dessous conformément à notre plan triennal de maintien des actifs. Ces projets ont été réalisés en tout ou en partie au courant de l'année financière 2024-2025.

### Projets principaux:

- Finalisation de la réfection de salles de toilette et salles d'hygiènes sur les 4 unités de vie
- Finalisation des travaux de ventilation et climatisation pour la déshumidification des corridors sur de l'établissement
- Réfection de plusieurs chambres des aires communes sur les unités de vies
- Finalisation des travaux d'étanchéité sur la toiture - phase 1
- Ajout d'air climatisé sur les 4 unités de vie
- Ajout d'ameublements sur les 4 unités de vie

De plus l'entretien préventif a été effectué sur tout l'appareil tant médical que non médical conformément aux contrats de service pour prévenir tout risque de désuétude précoce.

## Finances et administration

Une analyse complète de chacune des dépenses des centres d'activités a été faite afin d'avoir la certitude de respecter le manuel de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dès la réception de celle-ci, elle sera traitée selon les directives du MSSS. La dernière analyse traitée est l'année financière 2022-23.

Finalement, à l'égard des années précédentes, l'établissement a respecté les pratiques et les normes de gestion conformément aux règles et définitions contenues au manuel de gestion financière de ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les renseignements sont transmis à Santé Québec et est inclus au rapport financier annuel (AS-425) de l'établissement. Ce rapport est publié sur le site Internet du CHSLD de la Côte Boisée, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Un sommaire des informations afférentes aux états financiers et à l'analyse des résultats des opérations est présenté dans le tableau ci-dessus :

### Répartition des charges brutes par programme

Programmes	Exercice précédent Dépenses	%	Exercice courant Dépenses	%	Variation des dépenses	%
Programmes-services						
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	13 725 300\$	66%	13 586 188\$	58%	<	-1%
Santé physique	369 714\$	2%	1 699 403\$	7%	>	+78%

Programmes-soutien						
Administration	1 316 739	6%	1 736 417\$	7%	>	+24%
Soutien aux services	3 720 223\$	18%	4 751 041\$	20%	>	+22%
Gestion des bâtiments et des équipements	1 475 307\$	8%	1 435 772\$	8%	<	-3%
<b>Total</b>	<b>20 607 283\$</b>	<b>100%</b>	<b>23 208 821\$</b>	<b>100%</b>		

**Contrats de services comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2024 et 31 mars 2025**

	<b>Nombre</b>	<b>Valeur</b>
<b>Contrats de service avec une personne physique</b>	1	44 000\$
<b>Contrats services avec un contractant autre qu'une personne physique</b>	0	N/a
<b>Total des contrats de service</b>	1	44 000\$

# CONSEILS ET COMITÉS

## Comité d'éthique clinique

### **Le comité a poursuivi ses efforts pour promouvoir l'éthique et les valeurs de l'établissement.**

Le comité d'éthique clinique a organisé 7 rencontres cette année et le 10 mars 2025, une journée de sensibilisation à l'éthique a été organisée. À cette occasion, des ateliers de réflexion destinés aux employés ont été proposés, portant sur les thèmes de la sexualité, de la diversité et de l'intimité chez les personnes âgées. Ces échanges ont suscité des réflexions éthiques enrichissantes, notamment en lien avec les droits des personnes et les conflits de valeurs.

Au cours de cette journée, l'éthicienne, accompagnée d'une sexologue et conseillère en développement régional, a animé des discussions auprès des employés, des résidents et des proches aidants sur les enjeux liés à la sexualité et à l'identité de genre.

Un questionnaire sur ces thématiques a été transmis aux résidents, aux proches aidants et aux employés. À la lumière des résultats, le comité d'éthique élaborera un plan d'action pour l'année 2025-2026 afin de mieux répondre aux besoins exprimés.

### **Durant l'année, cinq demandes d'intervention éthique ont été traitées. Les sujets abordés étaient les suivants :**

- Le bien-être et la sécurité en lien avec la bienveillance d'un proche aidant ;
- L'équité en lien avec la dysphagie et les enjeux de sécurité ;
- Les cris répétitifs versus la tranquillité du milieu de vie et les traitements ;
- La réflexion sur le respect du refus de partager certaines informations entre professionnels, en tension avec la sécurité des soins ;
- Le refus de traitement chez une personne atteinte de troubles neurocognitifs (TNC).

### **Constitution**

**Suzie Tremblay**

DSIMV,

**Delphine Roigt**

Éthicienne et présidente du comité

**Dre Diane Brideau**

Médecin

**Alexandra Lemieux**

Infirmière-auxiliaire

**Élisabeth Lavoie**

Travailleuse sociale

**Mathieu Gauthier**

Travailleur social

**Julie Lauzon**

Agente relations humaines

**Myriam Archambault**

Chef d'unités de vie

**Madeleine Despins**

Famille et Membre du comité des usagers

**Annie Grondin**

Nutritionniste

**Nadine Comeau**

Directrice générale

## Comité de vigilance et de qualité

Le comité de vigilance, qui se réunit une fois par année, assume son rôle de vigie en matière de qualité et de sécurité des soins et services offerts au sein de l'établissement. Il s'assure que la direction donne suite, au besoin, aux recommandations émises lors de diverses visites d'inspection.

### Pour l'année 2024-2025, l'établissement a reçu :

- Aucune divulgation d'actes répréhensibles ;
- Aucune communication de renseignements transmis par la personne responsable du suivi au Commissaire à la lutte contre la corruption ;
- Aucune recommandation du Protecteur du citoyen ;
- Aucune recommandation du Comité national de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées (CLPQS) ;
- Aucune recommandation du Bureau du coroner ;
- Aucune recommandation de l'Office québécois de la langue française, qui a d'ailleurs délivré une attestation de conformité à l'établissement à la suite de sa visite d'inspection ;
- Aucune recommandation d'ordres professionnels ou autres inspections.

Une inspection du MAPAQ ayant conclu à une charge de risque « moyen-faible ». Les correctifs demandés ont été apportés sans délai. Ces correctifs portaient notamment sur :

- Une meilleure rotation des aliments dans les cuisinettes des unités de vie ;
- La prévention de la contamination physique, chimique et microbiologique (notamment l'élimination de l'accumulation de glace sur les tuyaux de réfrigération et les produits emballés).

### Constitution

**Nadine Comeau**

Directrice générale

**Gérald Asselin**

Administrateur propriétaire

**Gilles Roy**

Représentant des résidents

**Chantal Daunais**

Membre de famille et représentante comité des usagers

**Suzie Tremblay**

Directrice des soins infirmiers et du milieu de vie

**Steve Gendron**

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

**Sophie Ouellet**

Directrice de la DQEPE, CISSS Lanaudière intérimaire

**Magalie Ménard**

DQEPE CISSS Lanaudière

**Christmaellenzsa Désir**

Adjointe à la direction

## Conseil des infirmières et infirmiers Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Au cours de l'année 2024-2025, les postes vacants au sein des comités CECII et CECIIA ont été comblés.

### Des informations et consultations ont eu lieu sur divers sujets, notamment :

- La révision des ordonnances collectives (OC), notamment en lien avec l'administration de Baqsimi ;
- L'intégration des préposés aux bénéficiaires chefs d'équipe (coach) ;
- L'implantation d'outils cliniques et organisationnels, dont l'outil de suivi de la déprescription des antipsychotiques ;
- L'identification des besoins en équipements cliniques ;
- Les besoins en formation continue, notamment via la plateforme provinciale ENA ;
- La distribution des médicaments fractionnés (narcotiques), en particulier dans les situations où deux infirmières auxiliaires sont présentes sur une même unité ;
- Le rehaussement de la structure organisationnelle, incluant l'ajout d'infirmières attitrées sur le quart de soir ;
- Le besoin de chevauchement entre les quarts de travail pour les assistantes infirmières-chefs.

### CECII

**Lamyae Amrani**  
Présidente  
**Stéphanie Pasqualini**  
Secrétaire  
**Natacha Figaro**  
Membre

### CIIA

**Cédric Lafond Charest**  
Président  
**Hanane Kenaoui**  
Membre  
**Adeline Cornely**  
Membre

## Comité d'accueil et d'intégration des résidents hébergés

Cette année, le comité accueil et intégration a tenu une rencontre et a finalisé la mise en place des outils d'accompagnement aux points de transition, sollicité la contribution de l'équipe SCPD afin qu'il y ait une prise en charge rapide dès l'admission des résidents présentant des profils SCPD, et s'est assuré que les fiches bien-être soient accessibles dans toutes les chambres avec le tableau d'accompagnement.

Au final, nous avons admis 70 nouveaux résidents cette année. Du côté des hébergements par alternance, le service a été maintenu toute l'année, et nous avons connu un renouvellement de la majorité des usagers inscrits à ce service. Cela a nécessité plusieurs démarches avec le MAH et les intervenants du réseau pour planifier les admissions, transmettre les informations précises concernant le séjour et répondre aux besoins particuliers. Un suivi régulier des admissions a été effectué, en lien avec les cibles de la politique d'hébergement et des visites d'appréciation de la qualité du milieu de vie qui s'est tenue à la fin mars 2024. Suite à cette visite, une recommandation a été émise afin de rendre accessible pour tous l'histoire de vie (à la vue dans les chambres). Un sous-comité de travail a été formé et cet objectif sera travaillé en 24-25.

Les résultats obtenus au sondage d'appréciation démontrent encore une fois la qualité de l'accueil au CHSLD par le taux de satisfaction des résidents et leurs proches : 80% des répondants sont très satisfaits et 20% des répondants satisfaits, ce qui porte le taux de satisfaction à 100%. Tous les points sondés obtiennent un taux de satisfaction de 80% ou plus, et on constate une amélioration de la moyenne de satisfaction en lien la communication avec les services spécialisés suite à l'admission (81%).

	Nb admissions	Nb de résidents ISO SMAF 10-14	Nb de résidents ISO SMAF <10	Nb décès
2024-2025	59	51	8	53
2023-2024	70	65	5	65

### Constitution

#### **Michelle Campeau**

Chef d'unités de vie, responsable du comité

#### **Suzie Tremblay**

DSIMV

#### **Renée Gravel**

Assistante du supérieur immédiat

#### **Elisabeth Lavoie**

Travailleuse sociale

#### **Camille Bisson**

Technicienne en loisir - agente milieu de vie

#### **Natacha Figaro**

Infirmière-chef d'équipe

#### **Mme Chartier**

Membre famille 3<sup>e</sup> étage

#### **Mme Marois**

Résidente 1<sup>er</sup> étage

#### **Suzie Tremblay**

DSIMV

#### **Julie Lauzon / Patricia Leduc**

ARH / TES

## Comité Mobilité sécurité

### Prévention des chutes/Réduction des mesures de contrôle

Cette année, le comité a tenu 2 rencontres et à ses interventions préventives visant à réduire les chutes. Le kinésiologue, maintenant en poste, a effectué des suivis périodiques auprès de 46 résidents, leur permettant de faire des exercices et de la marche. Un projet pilote, lancé au 4e étage, consistant à installer des bracelets rouges sur les fauteuils roulants des résidents pour lesquels les appuis-pieds doivent être retirés pour leur sécurité, a porté fruit. Il a donc été déployé dans l'ensemble de l'établissement.

Nous avons également axé nos interventions sur la formation du personnel et des bénévoles. Dans cette optique, les infirmières de l'établissement ont reçu une formation et utilisent désormais un nouveau formulaire post-chute. Ce formulaire aide à déterminer les causes de la chute, ce qui permet de mettre en place des interventions préventives efficaces afin d'éviter les récurrences. Des flashes infos ont été diffusés et des rencontres ont été

organisées pour sensibiliser le personnel et les bénévoles aux facteurs de risque ainsi qu'à la signification des pictogrammes liés aux chutes.

L'ajout de caméras de surveillance dans les aires communes permet au personnel d'intervenir plus rapidement lorsqu'un résident présente une démarche instable ou est à risque imminent de chute. Lorsque malheureusement une chute survient dans une aire commune, nous sommes maintenant en mesure de visionner l'incident, ce qui aide à mieux comprendre ce qui s'est passé et à agir pour prévenir une situation similaire. Les caméras permettent également d'analyser l'impact subi par le résident, ce qui complète l'examen clinique réalisé par l'infirmière et l'aide à détecter rapidement une blessure.

Bien que l'objectif de réduire les chutes de 15 % n'ait pas été atteint, nous constatons tout de même une diminution de 10 % par rapport à l'année précédente. La gravité des chutes avec conséquences graves a également diminué (un seul accident de niveau I cette année comparativement à quatre l'an dernier). Nous observons par ailleurs que le quart de travail de soir demeure un moment critique de la journée, représentant 42 % des chutes.

En ce qui concerne les mesures de contrôle, le taux de contention a été en moyenne de 0,7 %, ce qui correspond à une seule contention dans l'établissement. Cette mesure est utilisée en dernier recours, selon un plan d'intervention interdisciplinaire et dans un contexte planifié. Une révision de cette mesure est effectuée périodiquement.

En 2025-2026, le comité vise à consolider les pratiques existantes, telles que le dépistage, l'utilisation des pictogrammes, le programme de marche, la déprescription et l'hydratation. Nous souhaitons également réaliser un sondage de satisfaction du programme de prévention des chutes auprès des résidents et de leur famille afin d'améliorer nos pratiques.

**Myriam Archambault**  
Chef d'unités de vie, responsable du comité

**Michelle Campeau**  
Chef d'unités de vie

**Mélanie Gallant**  
Chef d'unités de vie

**Renée Gravel**  
Assistante du supérieur immédiat

**Sandra L'Espérance**  
Technologue en physiothérapie

**Marie-France Godin**  
Infirmière

**Paméla Bramucci**  
Erothérapeute

Type	2023-2024 (%)	2024-2025 (%)
Retrouvé par terre	25	29
En circulant	33	33
Chute en position assise	17	16
Chute du lit	9	8
Chute lors d'un transfert	6	6
Autres	10	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Comité Prévention des lésions de pression

Le comité Prévention des lésions de pression a tenu 2 rencontres durant l'année et ses réalisations sont les suivantes :

- À la suite de l'augmentation du nombre de plaies à l'unité 1, un plan d'action a été mis en place.
- Une rencontre interdisciplinaire avec les infirmières des quarts de jour, de soir et de nuit a été tenue afin d'élaborer un plan d'action et de sensibiliser à la problématique.
- Les résidents à risque élevé et très élevé de plaies de pression à l'unité 1 ont été ciblés à l'aide de l'échelle de Braden sur Sicheld.
- Des rencontres ont été réalisées auprès des équipes de soins de l'unité 1 (PAB, infirmières, infirmières auxiliaires), de jour, de soir et de nuit, afin de présenter les attentes et les bonnes pratiques, accompagnées d'une capsule de formation.
- Tous les PTI et plans de travail ont été mis à jour pour la prévention des plaies de pression à l'unité 1, incluant une liste des résidents à risque.
- Des audits qualité ont été réalisés afin de vérifier le respect des bonnes pratiques en matière de prévention des plaies (mobilisation, données cliniques à jour, communication, etc.).
- L'outil de la roulette de positionnement a été bonifié (meilleure visibilité, formation).
- Une règle de soin et une ordonnance collective ont été élaborées afin d'améliorer la prise en charge de la dermatite d'incontinence.
- Des démonstrations sur l'utilisation adéquate des coussins de fauteuil ont été faites pour former le personnel.
- Du côté des équipements, plusieurs matelas préventifs et matelas à air curatif ont été achetés.
- Un flash info a été diffusé sur la prévention des plaies de pression.
- Un document de référence sur les produits de pansement disponibles au CHSLD, précisant leur contexte d'utilisation, a été créé et mis à la disposition des équipes de soins.

### Constitution

**Anne-Marie Leblanc**

Responsable du comité

**Pamela Bramucci**

Ergothérapeute

**Suzie Tremblay**

Directrice des soins infirmiers et du milieu  
de vie

**Annie Grondin**

Nutritionniste

Infirmières

**Lamya Amrani**

**Marie-France Godin**

**Renée Gravel**

ASI

**Chantale Daunais**

Famille

## Comité consultatif des PAB

En 2024-2025, le comité a tenu 2 rencontres et plusieurs consultations sur les unités de vie. Il est actuellement en refonte, avec le processus de nomination des nouveaux PAB chefs d'équipe en cours à la fin de l'année. Le dossier des PAB chefs d'équipe a d'ailleurs occupé une bonne partie du travail effectué cette année. Des rencontres ont eu lieu pour élaborer le projet, définir les postes, rédiger la description d'emploi et établir le programme d'orientation. Au final, ce sont quatre nouveaux postes à temps complet, soit deux de jour et deux de soir, qui ont été ouverts et affichés à l'hiver 2025.

Plusieurs dossiers ont été travaillés au cours de l'année, et les PAB ont été consultés à plusieurs reprises afin d'apporter leur contribution à l'amélioration des soins, des services offerts et des processus en place. Notamment :

- La participation aux PII ;
- Le projet des bains sensoriels (au 1er et 2e étage) ;
- Le projet au Refuge (2e unité protégée) ;
- L'encadrement des résidents présentant des SCPD et les plans spécifiques associés.

Divers contrôles qualité ont également été suivis, notamment en ce qui concerne les soins buccodentaires, l'hygiène des mains, les volets PCI, ainsi que le taux de participation des PAB aux PII.

Le principal défi du comité demeure la promotion du rôle de PAB accompagnateur auprès des pairs, sans toutefois adopter un positionnement de type « surveillant ». Au printemps 2024, une formation a été offerte à environ 90 PAB concernant leur rôle, les attentes liées au poste et au milieu de vie. Des capsules issues de la politique d'hébergement du MSSS ont également été présentées sous forme d'échanges tout au long de l'année.

### Constitution

**Myriam Archambault et Michelle Campeau**

Chef d'unités de vie, responsable du comité

**Suzie Tremblay**  
DSIMV

**Marianne Ouellet**  
PAB

**Guylaine Miller**  
PAB

**Dominic Johnson**  
PAB

**Mélissa Gallant**  
PAB

**Marilyne St-Germain**  
PAB

**À noter que les participants varient selon la date de la rencontre ou le sujet**

## Comité approche palliative et gestion de la douleur

Cette année, le comité a tenu 2 rencontres. Nous avons maintenu la cérémonie commémorative pour les résidents décédés. L'événement s'est déroulé avec une exposition de photos des défunts, accompagnée de musique jouée par une harpiste. Une personne significative, qu'il s'agisse d'un résident ou d'un employé de leur unité, était invitée à venir chercher une semence à planter dans le jardin commémoratif extérieur, en hommage aux disparus. Cinquante-deux personnes y ont participé. La salle de recueillement a été créée et inaugurée lors de la cérémonie commémorative.

De plus, notre partenariat avec l'organisme Albatros pour l'accompagnement de fin de vie par des bénévoles s'est poursuivi. Nous comptons maintenant une bénévole qui assure une présence nocturne auprès des résidents en fin de vie.

Vingt-sept PII de fin de vie ont été réalisés cette année, comparativement à quinze l'année précédente, soit plus du double.

Un important travail a été effectué afin de créer une politique et un algorithme visant à guider le personnel des soins infirmiers en cas de dysphagie terminale. Ces documents ont été présentés aux infirmières.

Deux membres du comité ont assisté à un webinaire du CDP Aînés. Des outils, tels que des dépliants d'information sur certaines problématiques de santé, ont été créés spécifiquement pour les soins palliatifs de fin de vie en CHSLD. Ces outils sont maintenant disponibles pour les proches.

En 2025-2026, notre objectif est de réviser notre programme.

### Constitution

#### **Suzie Tremblay**

Directrice des soins infirmiers et du milieu de vie

#### **Anne-Marie Leblanc**

ASI, responsable du comité

#### **Nathalie Renaud**

Travailleuse sociale

#### **Annie Grondin**

Nutritionniste

#### **Natasha Figaro**

Infirmière

#### **Pauline St-Laurent**

Bénévoles accompagnement fin de vie

#### **France Morin**

Infirmière auxiliaire

#### **Chantale Daunais**

Famille

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

Activité	Information demandée	Nb
Soins palliatifs et de fin de vie	Nb de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	57 décès (incluant 4 au CH) *Nb de décès reliés au COVID : 0 résidents *Nb de décès relié à la gastroentérite : 0 *Nb de décès relié au virus respiratoire : 0
Sédation palliative continue	Nb de sédations palliatives continues	0
Aide médicale à mourir	Nb de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	1
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

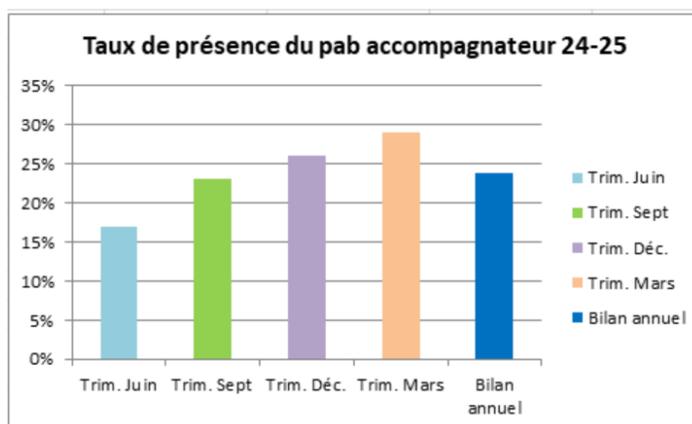
## Comité Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

Cette année, le comité PII a tenu 2 rencontres et a poursuivi le processus de révision des outils de travail utilisés lors des rencontres PII, dans le but d'améliorer l'efficacité de la rédaction des plans. Il est prévu de finaliser ce projet d'envergure en 2025-2026. En fin d'année, le comité a également mis en place de nouveaux outils permettant de mieux mettre en lumière le projet de vie du résident sur les formulaires actuels. Un carton de rappel des dates de certaines rencontres particulières (PII fin de vie, chutes multiples, résolutions de problèmes) a aussi été ajouté. L'ensemble de ces nouveautés sera intégré aux dossiers à partir d'avril 2025.

Au total, 235 PII de tous types ont été réalisés. Le nombre de PII préparatoires à la fin de vie tenus cette année est de 27, ce qui représente une belle augmentation de 80 %. On dénombre également 5 PII spécifiquement liés à des problématiques de SCPD. Ce chiffre est en réalité plus élevé, mais tous les PII n'ont pas été identifiés comme tels.

Dans l'ensemble, le délai de 4 à 6 semaines pour le premier PII a été respecté dans 93 % des cas, tandis que celui des réévaluations a été respecté à 99 %. Ces taux sont comparables à ceux de l'année précédente. La participation des familles a été de 85 %, tandis que celle des résidents s'élève à 17 %. Les contrôles qualité liés aux procédures PII se sont poursuivis, avec un taux moyen de conformité de 87,5 %. Le taux de conformité en lien avec la préparation des PAB accompagnateurs est en hausse progressive cette année, atteignant 58 % en février (+32 %). En ce qui concerne leur participation, une hausse constante est également observée, portant la moyenne à 24 % (+33 %). Enfin, selon les résultats du sondage d'appréciation du déroulement des PII, les résidents ou leurs proches estiment à 100 % que leurs besoins ont été entendus et pris en compte.

### Quelques statistiques



	Nb de 1 <sup>er</sup> plan	Nb réévaluations	Nb résolutions de problèmes	Nb PII fin de vie	Nb total PII
<b>2024-2025</b>	53	126	20	27	235
<b>2023-2024</b>	67	93	23	15	198

**Constitution**  
**Michelle Campeau**  
 Chef d'unités de vie, responsable  
**Mélanie Gallant**  
 Chef d'unités 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup>  
**Sandra L'Espérance**  
 Technologue en physiothérapie  
**Renée Gravel**  
 Assistante du supérieur immédiat  
**Marie-France Godin / Lamyae Amrani**  
 Infirmière chef d'équipe  
**Camille Bisson**  
 Conseillère qualité milieu de vie  
**Mme Suzanne Lévesque**  
 Membre famille 3<sup>e</sup> étage  
**vacant**  
 Membre résident  
**vacant**  
 PAB accompagnateur  
**Suzie Tremblay**  
 Directrice des soins infirmiers et du milieu de vie

## Comité approche adaptée auprès de la personne présentant une démence

Pendant l'année 2024-2025, nous avons organisé 2 rencontres et avons accompli plusieurs réalisations significatives.

32 résidents ont nécessité l'implication de l'équipe SCPD (ARH et/ou infirmière clinicienne) en raison d'une problématique de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Environ 80 coachings sur le terrain ont été réalisés.

- Douze rencontres interdisciplinaires SCPD ont eu lieu.
- Deux formations adaptées ont été offertes à l'équipe de soir de la 2e unité.
- Un Café formation pour les proches aidants a été organisé (cinq proches présents).
- Une technicienne en éducation spécialisée (TES) à temps plein s'est jointe à l'équipe en décembre 2024.

Deux consultations CIGA ont été effectuées, nécessitant huit visites au CHSLD.

Trois groupes ARS ont été formés, regroupant 23 personnes ayant complété la formation ARS.

Cette année, nous avons mis en place 30 plans d'intervention pour les résidents présentant des SCPD, avec l'implication des intervenants concernés. Trente-huit rencontres d'équipe ont été tenues pour présenter ces plans et discuter des meilleures approches à adopter. Plus de 80 accompagnements sur le terrain ont été effectués par l'ARH et/ou l'infirmière clinicienne.

Nous avons encouragé l'utilisation des fiches de sécurité auprès des équipes et des bénévoles. Quatre nouvelles fiches de sécurité ont été élaborées afin de faciliter la gestion et la prise en charge des cas complexes.

Des rencontres avec les équipes de soins sur les activités occupationnelles ont été réalisées par les chefs d'unité en avril et mai 2024. Un kiosque d'information sur l'approche SCPD a été présenté dans le cadre de la Semaine de la sécurité en septembre 2024. Une présentation du projecteur OBIES a également été faite aux familles par l'équipe SCPD.

L'aménagement de zones occupationnelles (coin ménager, magasin général, bureau) a été réalisé par les membres du comité, dont l'agente milieu de vie et l'ARH. Un projet « intimité » pour les résidents en unité protégée sera mis de l'avant en 2025-2026.

Les membres du comité collaborent également au processus de déprescription des antipsychotiques.

### Constitution

#### **Anne-Marie Leblanc**

Infirmière clinicienne, Coach SCPD

#### **Suzie Tremblay**

Directrice des soins infirmiers et du milieu de vie

#### **Mélanie Gallant**

Chef d'unités, responsable comité

#### **Camille Bisson**

Technicienne en loisirs/conseillère qualité milieu de vie

#### **Julie Lauzon**

ARH

#### **Patricia Leduc**

TES

#### **Pamela Bramucci**

Ergothérapeute

#### **Marie-Darling Casseus**

Infirmière auxiliaire

#### **Pauline St-Laurent**

Bénévole

#### **Nancy Villella**

Infirmière

#### **Julie Champagne**

Infirmière

#### **Christelle Gariépy**

PAB

#### **Hélène Leroux**

Famille

#### **Karl André Joly et Gloria Cloutier**

PAB-Refuge

## Comité de gestion des risques

Pour l'année 2024-2025, un total de 9 rencontres ont eu lieu et **788 déclarations d'incidents/accidents** ont été enregistrées, comparativement à **710** l'année précédente. La majorité de ces déclarations concernent des **chutes**, bien qu'une diminution ait été observée cette année : **341** chutes en 2024-2025 contre **370** en 2023-2024.

On observe également une **baisse des incidents de gravité I liés aux chutes**, avec **1 cas** recensé en 2024-2025, comparativement à **4 cas** en 2023-2024. Le nombre total d'événements de gravité **F à I** est de **7 pour 2024-2025**, un résultat similaire à l'an dernier.

Une **vigilance constante** et une **culture de transparence** dans la déclaration des incidents et accidents demeurent au cœur de nos pratiques. Des **activités de sensibilisation et de formation** sont offertes chaque année afin de rappeler au personnel l'importance de signaler tout événement indésirable. Parmi ces actions :

- **8 publications** de l'Info Gestion des risques – PCI à l'intention des employés, des résidents et des proches aidants ;
- Diffusion d'informations dans les **journaux internes** ;
- **Rencontres d'équipe** ciblées ;
- **Deux journées de sensibilisation à la sécurité** tenues au cours de l'année.

## Nombre d'événements par gravité

Regroupement	NIVEAU DE GRAVITÉ											Total
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	ND	
<b>2023-2024</b>	14 1.9 %	24 3.4 %	257 36%	352 49.6%	50 7%	5 0.7%	0 0%	1 0.1%	0 0%	6 0.8%	0 0%	709
<b>2024-2025</b>	11 1.40 %	20 2.54 %	266 33.76 %	389 49.37%	86 10.91%	9 1.14 %	4 0.51 %	1 0.13 %	0 0%	2 0.25 %	0 0%	788

Il y a eu deux périodes d'activités de sensibilisation à la sécurité au cours de l'année, chapeautées par les membres du comité de gestion des risques. En septembre 2024, 134 participations ont été comptabilisées dans les différents kiosques d'activités promotionnelles et capsules de formation. Les sujets abordés incluaient la prévention des infections (avec certification en hygiène des mains), une station d'information sur l'utilisation sécuritaire du chariot à vaisselle après les repas afin de prévenir les accidents, ainsi que la création d'une chambre interactive « Trouve les erreurs » dans laquelle les employés, les proches aidants et les résidents étaient invités à repérer les éléments non sécuritaires. Une station avec des exercices sur l'identification des logos de sécurité a également été présentée, et des rencontres ont été organisées avec les résidents pour discuter des objets à éviter dans une chambre dans un souci de sécurité.

Une seconde journée de sensibilisation a eu lieu en mars 2025, cette fois sur le thème de la dysphagie, et a compté 114 participations. Les activités comprenaient des capsules de formation sur la prise en charge de la dysphagie chez les résidents hébergés au CHSLD de la Côte Boisée, la procédure sur le changement de texture ou de consistance des aliments (procédure de régression), l'utilisation de l'algorithme de suivi de la dysphagie sévère à très sévère, la règle

**Constitution**  
**Suzie Tremblay**  
 Responsable du comité, DSIMV  
**Nadine Comeau**  
 Directrice générale et centre de jour  
**Olivier Asselin**  
 Adjoint DSFT  
**Alexandra Lemieux**  
 Infirmière-auxiliaire  
**Hélène Sarrazin**  
 Représentante du comité des usagers  
**Dre Diane Brideau**  
 Médecin  
**Renée Gravel**  
 Infirmière clinicienne  
**Geneviève Dubord**  
 Responsable Centre de Jour  
**Michelle Campeau**  
 Chef d'unités de vie  
**Pascal Grondin**  
 Chef production alimentaire  
**Jean-François Forest**, Pharmacien  
 Geneviève Dubord  
 Responsable CDJ

de soins encadrant les suivis cliniques post-étouffement, ainsi que des capsules d'information sur la compréhension des menus adaptés aux particularités alimentaires. Une formation RCR/DEA et désobstruction avec certification a été offerte, et un affichage à la cafétéria a été mis en place pour sensibiliser les employés et les proches aux différentes textures de liquides et aux types d'épaississants utilisés pour les résidents dysphagiques. Une rencontre avec les résidents a également été organisée durant cette semaine pour les sensibiliser aux mesures d'urgence, animée par le responsable du comité des mesures d'urgence.

Les responsables des services concernés s'assurent de faire un retour auprès des résidents ou de leurs représentants afin de valider leurs suggestions à la suite d'un accident ayant eu des conséquences, dans une optique d'amélioration continue. De plus, au cours de l'année 2024-2025, 17 rencontres « Apport-résidents » ont eu lieu sur différents sujets touchant à la sécurité : médicaments, chutes, caméras de surveillance, prévention de la maltraitance, hydratation, risques liés aux réseaux sociaux, approche adaptée pour les TNC avec agitation, confidentialité, risque suicidaire, etc.

Les activités du comité de gestion des risques ont permis d'évaluer, d'analyser et de contrôler les activités à risque présentes dans les différents services. Ces informations ont été consignées dans le plan de sécurité, dans les rapports d'analyse et dans le plan annuel de contrôles qualité. Des audits ont également été réalisés sur plusieurs thématiques telles que la prévention des infections, la médication et la qualité des programmes. Des informations en lien avec la prévention et le contrôle des infections (PCI) ont été transmises à chaque réunion du comité de gestion des risques. Le suivi et l'ajustement du plan de sécurité sont réalisés par le comité, qui participe activement à son élaboration, à l'analyse des résultats et, au besoin, émet des recommandations au comité de direction.

Enfin, le comité de gestion des risques a poursuivi la publication régulière des Info Flash « Gestion des risques-PCI», qui présentent les incidents et accidents recensés pour chaque période, le taux de médication et d'antipsychotiques, le nombre d'infections, les résultats des audits ainsi que de la promotion en matière de sécurité. Il n'y a eu aucune recommandation du Protecteur du citoyen, ni du Coroner, adressée à l'établissement cette année.

### Tableau des (3) principaux incidents (A et B) 2024-2025

Les 3 Principaux types incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médicament	16	52%	2%
Autres	7	22.6%	0.9%
Diète	4	12.9%	0.5%

### Tableau des (3) principaux accident (indices gravité C à I) 2024-2025

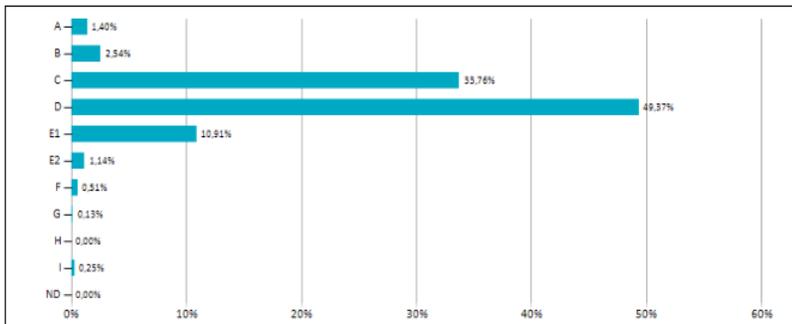
Les 3 Principaux types accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents (c à I)	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	340	45%	43.1%
Autres	236	31%	30%
Médication	112	14.8%	14.2%

Les événements Autres principaux sont : les constats de blessures connues (52) et inconnues (95), les étouffement/obstruction respiratoire (41), plaie de pression (16).

Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événements

Année financière :	2024-2025	Établissement :	CHSLD DE LA COTE BOISEE INC.	Région :	Toutes
Périodes :	Toutes	Mission :	Toutes	Type d'événement :	Tous
Gravités :	Toutes	Groupe d'âge :	Tous	Sexe :	Tous
Divulgué :	Tous	Événement sentinelle :	Tous	Mesure de prévention :	Tous
Cause possible :	Tous	Cause possible - Précision :	Tous		
Installations :	CHSLD DE LA COTE BOISEE				
Milieux de services :	Tous				

TYPE D'ÉVÉNEMENT	INCIDENT			ACCIDENT									TOTAL		
	A	B	NB TOTAL	C	D	E1	E2	F	G	H	I	ND	NB TOTAL	NB	%
CHUTE	0	1	1	101	186	41	7	3	1	0	1	0	340	341	43,27
MÉDICATION	5	11	16	89	22	0	1	0	0	0	0	0	112	128	16,24
TRAITEMENT	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,13
DIÈTE	2	2	4	23	2	0	0	0	0	0	0	0	25	29	3,68
TEST Dx LABORATOIRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
TEST Dx IMAGERIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
RDM / MMJU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
LIÉ AU MATÉRIEL	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0,51
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,13
LIÉ AU BÂTIMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
LIÉ AUX EFFETS PERSONNELS	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9	10	1,27
ABUS / AGRESSION / HARCÈLEMENT	1	1	2	11	16	1	1	0	0	0	0	0	29	31	3,93
AUTRES	2	5	7	29	161	44	0	1	0	0	1	0	236	243	30,84
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>266</b>	<b>389</b>	<b>86</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>757</b>	<b>788</b>	<b>100,00</b>
<b>%</b>	<b>1,40</b>	<b>2,54</b>	<b>3,93</b>	<b>33,76</b>	<b>49,37</b>	<b>10,91</b>	<b>1,14</b>	<b>0,51</b>	<b>0,13</b>	<b>0,00</b>	<b>0,25</b>	<b>0,00</b>	<b>96,07</b>	<b>100,00</b>	



Neuf analyses sentinelles ont été examinées en comité de gestion des risques (gravité de E2 à I). Elles concernaient deux types d'événements : ceux ayant eu ou pouvant potentiellement avoir des conséquences catastrophiques, ainsi que ceux survenus à une fréquence élevée, même s'ils n'ont pas engendré de conséquences graves. Divers incidents et accidents sans conséquences majeures ont également été analysés par le comité. Plusieurs actions ont été mises en place par différents comités en lien avec la gestion des risques, notamment l'élaboration d'une procédure pour la prise en charge de la dysphagie, l'adoption d'une règle encadrant les suivis cliniques post-étouffement, ainsi que des rencontres avec les équipes sur les bonnes pratiques en lien avec l'alimentation.

Pour l'année 2024-2025, aucune recommandation n'a été formulée par le comité de gestion des risques à l'intention du comité de direction.

## Comité Prévention et Contrôle des infections

En 2024-2025, 10 rencontres ont eu lieu et nous avons mis l'accent sur le rehaussement de l'hygiène des mains à travers les différents services. Un plan d'amélioration à cet effet a été réalisé, menant à un taux de conformité de 75 % à la période 13 de l'année (moments 1 et 4). Nous poursuivrons nos efforts en 2025-2026 afin d'atteindre la cible de conformité de 80 % fixée par le MSSS. Des ajustements ont également été apportés au programme de prévention et contrôle des infections (PCI), notamment en lien avec les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), en collaboration avec l'équipe PCI du CISSS de Lanaudière.

Huit bulletins « Info Gestion des risques - PCI » ont été transmis aux employés, résidents et proches aidants, afin de soutenir la culture de sécurité en matière de PCI. Des flashs infos ont été diffusés sur divers thèmes, dont la prévention des infections, le port adéquat des gants, l'hygiène des mains, les techniques de soins de plaies et les infections nosocomiales. Les indicateurs de performance et les résultats des audits ont également été publiés dans ces bulletins.

Plusieurs audits ont été menés, notamment sur le port et le retrait des équipements de protection PCI, la désinfection des petits équipements, l'hygiène des mains, ainsi que le nettoyage des chambres après une période de précaution. Des articles ont été publiés dans le journal interne et le journal des résidents. Certains résidents ont également contribué à la promotion de l'hygiène des mains, notamment lors des audits liés à cette activité.

Un kiosque ambulant PCI a été déployé à plusieurs reprises durant l'année afin de promouvoir les bonnes pratiques, particulièrement en matière d'hygiène des mains. Au total, 112 personnes ont obtenu leur certification en hygiène des mains. Par ailleurs, diverses formations ont été offertes sur la plateforme ENA partenaire, en plus d'autres capsules de formation. La formation PCI est obligatoire pour tous les employés, dès leur arrivée, et doit être renouvelée annuellement.

Trois rencontres spécifiques ont été organisées avec les résidents pour discuter des bonnes pratiques PCI, incluant l'hygiène des mains, les types de virus, la prévention de la propagation, ainsi que la vaccination. En période d'éclosion, des courriels et affichages informatifs ont été diffusés. L'accompagnement des proches aidants s'est poursuivi de manière continue, avec des explications sur les mesures à respecter. Plusieurs rencontres d'information avec les résidents ont eu lieu tout au long de l'année.

Un sondage a été mené en début d'année 2024-2025 auprès des résidents, proches aidants et employés, afin d'améliorer les processus et les suivis liés à la PCI. Le plan de pandémie a été appliqué et ajusté au besoin selon les directives du MSSS. Le partenariat avec l'équipe PCI du CISSS de Lanaudière a été maintenu pour assurer un suivi rigoureux des éclosions.

### Constitution

**Suzie Tremblay**

Directrice DSIMV

**Pascal Grondin**

Chef production alimentaire

**Sylvie Lamarche**

Préposée à l'entretien

**Olivier Asselin**

Responsable de l'entretien ménager

**Marie-France Godin**

Infirmière

**Sandra Léspérance**

Technologue en réadaptation

**Isabelle Nadeau**

Infirmière-auxiliaire

**Michelle Campeau**

Chef d'unités de vie

**Renée Gravel**

Infirmière clinicienne

## Vaccination

Trois cliniques de vaccination de masse ont été organisées pour les résidents, en collaboration avec l'équipe de vaccination du CISSS de Lanaudière. Un suivi rigoureux a été effectué concernant la vaccination contre la COVID-19, le pneumocoque, l'influenza et le zona.

## Bilan des éclosions :

Type de virus	Nombre éclosion 2024-2025	Nombre de résident infectés au cours de l'année
Covid	0 éclosions	3 résidents
Influenza/VRS	2 éclosions	15 résidents
Gastroentérite	0 éclosions	0 résident
Zona	0 éclosion	8 résidents
EPC	0 éclosion	1 résident

## Comité médical

Le comité médical a tenu une rencontre cette année. Il est composé de l'ensemble des médecins œuvrant au CHSLD, de la directrice des soins infirmiers et du milieu de vie, ainsi que de la directrice générale. Une cogestion est assurée entre le médecin responsable du groupe concerté et la direction du CHSLD. Le pharmacien est également un membre invité d'office lors de ces rencontres.

L'équipe médicale est constituée du Dr Fouad Zerrouki, responsable du groupe concerté et médecin traitant des unités de vie 1 et 3, ainsi que de la Dre Diane Brideau, médecin traitant des unités 2 et 4.

Le comité médical a pour principales responsabilités :

- D'assurer l'uniformité de la pratique médicale sur les unités de vie, y compris en contexte de soins palliatifs et de fin de vie ;
- De veiller à une pratique médicale optimale en CHSLD ;
- D'harmoniser la pratique infirmière avec la pratique médicale ;
- De garantir une pratique médicale conforme aux meilleures pratiques en milieu d'hébergement ;
- De réviser, mettre à jour et élaborer les ordonnances collectives ;
- D'assurer la mise en œuvre du plan de déprescription OPUS-AP, en collaboration avec le pharmacien et le personnel infirmier ;
- De participer à divers comités qualité, tels que le comité d'éthique clinique et le comité de gestion des risques.

### Constitution

**Fouad Zerrouki**

Médecin

Co-gestionnaire responsable

**Diane Brideau**

Médecin

**Jean-François Forest**

Responsable du comité

Pharmacien

**Suzie Tremblay**

Directrice DSIMV

**Nadine Comeau**

Directrice générale

## Comité Gestion des médicaments

Au cours de l'année 2024-2025, le comité a eu 3 rencontres. Certains points du comité médicament de l'année précédente ont été reconduits, auxquels se sont ajoutés de nouveaux éléments en lien avec le déploiement de la démarche structurée OPUS-AP-PEPS du MSSS.

Voici les principaux objectifs poursuivis par le comité au cours de la dernière année :

- Offrir des soins pharmaceutiques adaptés à la clientèle.
- Assurer un circuit du médicament sécuritaire et efficient.
- Favoriser la réévaluation continue de la médication dès l'admission et saisir les opportunités de déprescription.
- Réduire la polypharmacie et maintenir les cliniques de déprescription en interdisciplinarité, en préparation à l'intégration du programme PEPS en 2025-2026.
- Regrouper la médication afin d'en favoriser une administration biquotidienne, dans une approche adaptée au milieu de vie (PEPS).
- Poursuivre le suivi des antipsychotiques et éliminer l'usage inapproprié de cette classe pharmacologique.
- Assurer un déploiement harmonieux d'OPUS-AP, conformément à l'échéancier établi (pour les 4 étages), et développer les outils de travail nécessaires pour faciliter la déprescription (ex. : grille de suivi OPUS-AP).
- Réduire le nombre d'accidents ou d'incidents liés à l'administration des médicaments.
- Réduire les chutes associées à des effets médicamenteux.
- Continuer d'offrir de la formation continue aux résidents et aux employés.
- Accroître les rôles des infirmières et du pharmacien, en respect de leur champ de pratique respectif, notamment par la rédaction d'une entente de pratique collaborative à signer avec les médecins.

La collecte des indicateurs liés au programme OPUS-AP-PEPS s'est poursuivie cette année. L'extraction des données à partir du logiciel GespharX8 (gestion des ordonnances) est effectuée au début de chaque mois. Ces données, précieuses pour le suivi de l'évolution de la déprescription, permettent d'identifier les secteurs où des efforts supplémentaires doivent être investis. Le comité médicament mobilise son équipe en ce sens et se donne pour mandat de mener à bien le projet OPUS-AP-PEPS, en veillant au bon déroulement de chacune des étapes de son intégration.

### Constitution

**Jean-François Forest**

Responsable du comité  
Pharmacien

**Anne-Marie Leblanc**

Inf. clinicienne

**Renée Gravel**

Inf. clinicienne

**Suzie Tremblay**

Directrice DSIMV

**Nadine Comeau**

Directrice générale

**Carolyn Roby**

Infirmière assist. de soir

**Caroline Lavoie**

Infirmière

**Stefanie Pasqualini**

Infirmière

**Myriam Archambault**

Chef d'unités

**Mathieu Grégoire**

Infirmier auxiliaire

## Conseil multidisciplinaire

Pour l'année 2024-2025, le conseil multidisciplinaire (CM) s'est réuni à 2 reprises.

Les principales actions et réalisations sont :

- Le comité exécutif s'est rencontré à 2 reprises pour préparer un « World Café ». Ces rencontres avaient pour but de redéfinir le rôle du CM en général. Le comité exécutif prévoit faire l'activité avec ses membres en 2025-2026.
- Présence du Centre de Jour au salon des ressources en Mars 2025. Ceci a permis de faire connaître davantage les services offerts à la population.
- Il y a eu le visionnement de la vidéo « Au-delà des mots », un documentaire sur la réalité des proches-aidants. Celle-ci a été visionnée avec les membres du CM et cela a amené de belles discussions et réflexions en équipe.
- Une activité de bienveillance a eu lieu avec les membres qui désiraient y participer. L'activité a permis de créer des liens et mettre du bonheur dans la vie des membres. Une pensée et/ou petit cadeau étaient remis de façon anonyme durant une semaine à un autre collègue.
- Échanges et discussions sur certains enjeux reliés à la pratique ou en lien avec le contexte du travail avec la direction générale et/ou la direction des soins infirmiers et du milieu de vie.
- Présentations pour partage de connaissances et d'expertise acquise lors de formation.

### Les sujets ont été :

- *Santé sexuelle des aînés et Bientraitance.* Cette conférence animée par une sexologue du Néo a permis de présenter les aspects de la sexualité des aînés et l'importance de parler des tabous. Par Amélie Racine, T.E.S.
- *Conférence sur la maltraitance et le processus de signalement.* Nathalie Renaud, travailleuse sociale, nous a expliqué le processus obligatoire de signalement dans tous types d'organisations.
- *Thérapie myofasciale structurale.* Janick, physiothérapeute au Centre de Jour, a suivi une formation donnée par une massothérapeute. Le but de cette formation est d'aider à soulager les douleurs et apprendre de nouvelles techniques pour une meilleure posture.
- Julie Lauzon, ARH a participé à un Webinaire en lien avec les SCPD et les diagnostics de TNC. Elle nous partage aussi un livre qui transmet bien la méthode d'écoute active. « Je parle Alzheimer, le langage du cœur » auteure Joëlle Thomas.
- *Maladies neurodégénératives et anémies.* Annie Grondin, Nutritionniste a participé à une formation sur les risques de dysphagie selon le type de diagnostic. De plus, elle nous informe qu'il y a un formulaire qui existe pour aider les intervenant à faire de la prévention.

### Constitution de l'exécutif

**Isabelle Dubé, TES**

Présidente

**Julie Lauzon, ARH**

Vice-présidente

**Amélie Racine, TES**

Secrétaire

## Comité des usagers

Le comité des usagers de la Côte Boisée et du centre de jour J.A. Duchesneau est formé de douze membres, soit : quatre résidents du CHSLD, quatre représentants des familles, trois représentants des bénévoles, une représentante du centre de jour, une secrétaire et une personne ressource, sans droit de vote. Cette année, un poste occupé par les usagers du centre de jour J.A. Duchesneau est demeuré vacant. Nous espérons pouvoir relancer la participation d'usagers au sein du comité pour l'année à venir.

Le comité des usagers a tenu dix rencontres au cours de la dernière année et une assemblée générale annuelle. Lors de ces rencontres, nous invitons au besoin le personnel de la direction générale et/ou les personnes responsables des dossiers en cours. Ajoutons également l'implication des membres du comité dans les différents comités de direction et du milieu de vie.

Tout en tenant compte des mesures de sécurité relatives à la pandémie en place au CHSLD, ainsi que des différentes éclosions toujours possibles dans le milieu des CHSLD pendant l'année, les activités prévues afin d'accroître la visibilité du comité ont été nombreuses. Les membres du comité ont rencontré régulièrement les usagers et ont participé aux activités habituelles dans le cadre d'événements annuels.

Notre implication dans le milieu de vie est constante et nous avons réalisé plusieurs activités. La personne ressource présente au CHSLD tout au long de l'année favorise grandement tout le volet logistique du comité.

- Participation à la Journée mondiale de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées (15 juin). Sensibilisation à l'aide d'un quiz sur les droits des usagers et tirage de participation ;
- Promotion de la Semaine des droits des usagers, tournée de sensibilisation aux droits des usagers et articles promotionnels ; poursuite du projet de bonification des murales des droits sur les étages et au centre de jour ;
- Participation à plusieurs rencontres avec les membres de la direction, les usagers et leurs proches, sur différents sujets concernant les usagers, entre autres la présentation de capsules sur la politique d'hébergement ;
- Promotion du comité des usagers et de son mandat par courriels aux résidents et familles et par la publication d'un journal ;
- Émission de recommandations écrites et verbales à la direction de l'établissement concernant différentes pistes d'amélioration ; rencontres concernant, entre autres, le manque de lingerie, le bruit sur les étages, la perte de vêtements, le processus de peinture dans les chambres, le respect des résidents ;
- Participation à l'évaluation de la satisfaction des services offerts aux usagers et suivi des recommandations ; sondages effectués auprès des résidents (sondage qualité milieu de vie, sondage sexualité/intimité) ;
- Utilisation d'un registre des commentaires complété par les membres du comité et analysé à chaque réunion ;
- Travail afin de promouvoir le comité des usagers, son mandat et l'implication des personnes significatives pour le bien-être des usagers au quotidien. Participation des membres lors d'événements rassemblant les clients partenaires ;
- Accompagnement personnalisé d'un usager et/ou d'un membre de la famille lors d'une insatisfaction pouvant mener à une plainte.

Pour l'année qui vient, nous poursuivons la mobilisation et la sensibilisation pour contrer la maltraitance envers les personnes vulnérables. Participation à la journée de sensibilisation au bruit.

Nous poursuivons nos activités afin d'améliorer notre visibilité auprès des usagers. Nous prévoyons dynamiser les tableaux du milieu de vie au RC et aux étages, et augmenter la présence des membres dans le milieu de vie.

### Constitution

**Hélène Sarrazin**

Présidente, bénévole

**Jacques Goyette**

Trésorier, bénévole

**Géraldine Blais**

Secrétaire, bénévole

**Jean-Claude St-Gelais**

Représentante des résidents

**Mme Yolande Desjardins**

Représentante des résidents

**Claudette Brodeur**

Représentante des résidents

**Manon Lizotte**

Représentante des résidents

**Louise Beaupré**

Représentante des répondants

**Chantal Daunais**

Représentante des familles

Représentant du Centre de jour

Représentante des usagers du Centre de jour

**Camille Bisson**

Conseillère qualité milieu de vie, responsable

Nous maintiendrons à jour le registre des commentaires consignés et notre implication au sein des différents comités, afin de nous assurer que la voix des résidents et de leurs proches soit entendue et comprise.

Nous serons présents dans le milieu afin de nous assurer que les droits des usagers sont respectés, et nous continuerons notre implication dans les dossiers jugés prioritaires, découlant des sondages du milieu de vie.

Nous prévoyons une implication concrète dans l'application de la politique d'hébergement.

Nous adapterons les outils de sensibilisation à la réalité des usagers.

Bref, nous sommes convaincus que toutes nos démarches permettent au comité des usagers d'utiliser adéquatement le budget qui nous est alloué, en mesurant les priorités qui sont directement liées au bien-être des usagers

## Comité PDRH (plan de développement et des ressources humaines) - comité Santé et Mieux-être

Au cours de l'année, plusieurs actions ont été réalisées pour soutenir le développement des compétences du personnel, renforcer la conciliation vie personnelle-travail, valoriser et reconnaître la contribution des employés, promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être, ainsi que favoriser l'inclusion et le multiculturalisme.

En matière de conciliation vie personnelle-travail, une collaboration étroite a été établie avec les gestionnaires afin d'adapter les mesures aux situations vécues par les employés, tout en respectant les directives ministérielles. De plus, l'accès aux horaires informatisés a été facilité et leur utilisation optimisée.

Du côté de la reconnaissance, le programme annuel a été maintenu : célébration des années de service, cadeaux de Noël, tirages et soulèvements des bonnes pratiques ont contribué à renforcer le sentiment d'appartenance. Le processus de désignation de la Mention d'honneur de l'employé a également été révisé, notamment par l'utilisation de la plateforme SurveyMonkey.

Pour le développement des compétences, les formations à distance ont été maintenues via la plateforme ENA Partenaire, en plus de parcours multimodaux animés par Philippe Voyer. Le plan de formation a été établi à partir des besoins exprimés par le personnel et des priorités organisationnelles, comme l'Approche relationnelle de soin (ARS), le Plan de développement des soins palliatifs (PDSP), ou encore les formations sur la communication bienveillante. Un processus structuré de prélèvements sanguins mensuels en milieu de travail a aussi été mis en place en partenariat avec les services cliniques.

Concernant la santé, le bien-être et les habitudes de vie, divers ateliers de gestion du stress et de relaxation ont été offerts, de même qu'une sensibilisation aux saines habitudes de vie. Le Programme d'aide aux employés (PAE) a été promu et des articles portant sur le bien-être au travail ont été diffusés. Des repas familiaux à emporter, préparés sur place, ont été proposés, et une activité spéciale a été organisée à l'occasion du Mois de la nutrition, comprenant un atelier de découverte culinaire et de sensibilisation aux bienfaits nutritionnels.

L'inclusion et le multiculturalisme ont également été mis à l'honneur à travers des découvertes multiculturelles incluant la distribution de collations et de breuvages d'inspiration internationale, la publication d'un article sur

### Constitution PDRH

#### Alexandre Asselin

Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel

#### Suzie Tremblay

Directrice des soins infirmiers et du milieu de vie

#### Anne-Marie Leblanc

Infirmière clinicienne

#### Valérie Baril

Tech. Diététiste

#### Annick Beaulieu

PAB collaboratrice SQESS cat 2

#### Alexandra Lemieux

Inf. aux, collaboratrice SQESS cat 1

#### Cédric Lafond

Inf. aux, collaboratrice SQESS cat 1

### Volet Santé et mieux-être

#### Alexandre Asselin

Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel

#### Michelle Campeau

Chef d'unités

#### Isabelle Dubé

TES Centre de Jour

#### Pascal Grondin

Responsable du service alimentaire

#### Alexandra Lemieux

Inf. aux, collaboratrice SQESS cat 1

#### Myriam Archambault

Chef d'unités

#### Sylvie Lamarche

P.E.M.

#### Nadine Comeau

Directrice générale

#### Christmaellenzsa Désir

Technicienne en administration

les traditions culinaires dans le journal interne, ainsi qu'une activité annuelle de partage des cultures. Une campagne de sensibilisation à la prévention de l'intimidation et de la discrimination a aussi été menée, accompagnée d'une formation sur le respect et l'acceptation des différences.

Enfin, des améliorations ont été apportées à l'environnement de travail, notamment par l'aménagement d'aires de repos intérieures avec du mobilier ergonomique et la création d'espaces de détente favorisant un climat apaisant.

Un suivi régulier a été effectué, incluant une évaluation semestrielle de la satisfaction du personnel par sondage interne. Des ajustements ont été réalisés en continu selon les retours et les indicateurs de participation. Pour l'exercice 2025-2026, les objectifs visent à approfondir la formation continue, enrichir le programme de reconnaissance et optimiser les outils de soutien.

## Comité du plan de mesures d'urgence

**Le nombre de rencontre :** le comité plan des mesures a tenu deux rencontres durant l'année.

**Les simulations que le comité a réalisées, analysé et émis des recommandations :**

- 1 code blanc
- 1 code jaune
- 1 code rouge
- 1 code brun (Panne d'ascenseur)

**Le comité a analysé ces événements réels et émis des recommandations :**

- 4 codes rouge
- 1 code jaune
- 1 code brun
- 2 urgences médicales

**Le comité a effectué ces formations de révisions :**

- Café-rencontre annuel avec les résidents et bénévoles.
- Café-rencontre annuel avec le comité des résidents.
- Rappel du contenu de la valise d'urgence
- Mise à jour de la liste de rappel au travail
- Rappel des codes d'urgence et mise à jour avec les équipes de soins
- Formation –utilisation du panneau d'alarme incendie

**Actions prévues en 2024-2025**

- Revoir les codes d'urgence
- Revoir le plan d'évacuation
- Revoir et bonifier les plans de maintien des opérations

### Constitution

**Alexandre Asselin**

Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel  
Coordonnateur des mesures d'urgence

**Nadine Comeau**

Directrice générale

**Suzie Tremblay**

Directrice des soins infirmiers

**André Latour**

Ouvrier de maintenance

**Carolyn Roby**

Assistante Infirmière de soir

**Esther Beauzile**

Assistante infirmière de nuit

**Renée Gravel**

ASI

**Mélanie Gallant**

Chef d'unités

**Olivier Asselin**

Adjoint au DSFT

**Vacant**

Résident

# Comité Santé et sécurité au travail (SST)

## Sous-comité PDSB transfert et Sous-comité Prévention de la violence en milieu de vie

Au cours des 3 rencontres tenues tout au long de l'année, le comité SST de l'établissement a travaillé sur plusieurs dossiers, notamment : la préparation et l'animation d'une journée de promotion de la santé et de la sécurité au travail en juin, à l'intention de tous les employés et stagiaires de l'établissement ; la participation à la semaine de la sécurité en partenariat avec le comité de gestion des risques en octobre ; la réalisation d'inspections du milieu à l'aide de la grille d'inspection en SST ; la présentation de la capsule de formation de l'ASSTSAS « Prévention de l'incivilité et du harcèlement au travail » à l'ensemble des employés, tous titres d'emploi confondus ; ainsi que le suivi d'une plainte déposée à la CNESST concernant une situation clinique particulière survenue au 1er étage, et le suivi des indicateurs. Par ailleurs, le comité a mené un sondage auprès de la main-d'œuvre portant sur la violence, le harcèlement, le stress en milieu de travail ainsi que la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Les résultats de ce sondage ont été présentés en comité, et à partir de ceux-ci, un plan d'action a été adopté. Les actions prévues seront mises en œuvre au cours de l'année 2025-2026.

### Éléments ciblés du sondage ayant contribué à l'élaboration du plan d'action :

- Environnement de travail perçu comme non sécuritaire (10 % d'insatisfaction, 15 % neutre) ;
- Présence régulière de facteurs de stress chez les employés (12 %) ;
- Exposition au harcèlement, à l'abus ou à la violence en milieu de travail (20 % ont répondu « oui ») ;
- Insatisfaction face aux mesures de prévention du racisme et de la discrimination (7,3 % d'insatisfaction, 22 % neutre) ;
- Faible fréquence des discussions avec le gestionnaire concernant des situations personnelles influençant la prestation de travail (20 % ont répondu « rarement ou jamais »).

### Quelques statistiques

	Nb déclaration transfert	Nb arrêt de travail transfert	Nb Déclaration agressivité	Nb arrêt de travail agressivité	Nb total déclaration	Nb total arrêt de travail
2024-2025	13	4	44	2	116	13
2023-2024	8	2	52	0	113	8

#### SOUS-COMITÉ

Prévention de la violence en milieu de travail

**Nadine Comeau**, Directrice générale  
**Julie Lauzon**, Agente de relations humaines  
**Michelle Campeau et Mélanie Gallant**  
Chefs d'unités de vie  
**Julie Banville**, PAB refuge (jour)  
**Alexandre Asselin**, DRHDO  
**Vacant**, PAB (soir)  
**Annick Beaulieu**, PAB (SQESS cat.2)  
**Alexandra Lemieux**, Infirmière auxiliaire (SQESS cat.1) et instructeur PDSP  
**Olivier Asselin**, adjoint DSFT

#### SOUS-COMITÉ

PDSP-transferts

**Michelle Campeau**, Chef d'unités de vie  
**Alexandre Asselin**, DRHDO  
**Alexandra Lemieux**, Infirmière auxiliaire (SQESS cat.1) et instructeur PDSP  
**Mélanie Coulombe**, Infirmière AIC nuit et instructeur PDSP

#### Constitution

**Michelle Campeau**

Chef d'unités de vie, responsable

**Nadine Comeau**

Directrice générale

**Alexandre Asselin**

DRHDO

**Olivier Asselin**

Responsable achats et entretien

**Annick Beaulieu / Jessica Cuierrier**

Préposée aux bénéficiaires (SQESS cat.2)

**Alexandra Lemieux**

Infirmière auxiliaire (SQESS cat.1) et instructeur PDSP

**Martine Julien**

PAB de soir 3<sup>e</sup>

**Julie Banville**

PAB de jour refuge

**Valérie Baril**

Assistante service alimentaire (APTS)

**Vacant**

Préposée entretien ménager



## COMITÉ VERT

Le comité vert a tenu deux rencontres, soit en novembre 2024 et en mars 2025, avec ses membres.

### Projets réalisés en 2024-2025 :

- Un article dans le Journal du Boisé (pour les employés) et un dans le Journal Milieu de vie (pour les résidents et familles);
- Kiosque du comité vert lors de la Journée de la Terre, le 22 avril  
Retrait progressif des verres et ustensiles à usage unique;
- Réduction de l'impression papier pour les relevés de paie et les horaires;
- Relance auprès de la Ville pour un compostage à plus grande échelle;
- Réduction de l'utilisation de papier pour les sondages (utilisation de « Survey Monkey »);
- Réduction continue du gaspillage alimentaire;
- Installation de distributeurs de papier à main dans les salles de bain publiques, réduisant la consommation et le suremballage;
- Lors des travaux dans l'établissement, les options les plus écologiques sont priorisées lorsque possible  
Priorisation des achats locaux dans les services, lorsque possible.

### Projets pour l'année 2025-2026 :

- Poursuite du processus « Favorisons la réutilisation » : relance du vide-penderie, foire aux livres/jouets, fabrication de blocs-notes à partir de papier recyclé;
- Un article dans le Journal du Boisé (employés) et un dans le Journal Milieu de vie (résidents et familles);
- Kiosque du comité vert lors de la Journée de la Terre, le 22 avril;
- Poursuite du retrait progressif des verres et ustensiles à usage unique;
- Poursuite de la réduction de l'impression papier pour les formulaires;
- Relance auprès de la Ville pour un compostage à plus grande échelle;
- Réduction continue du gaspillage alimentaire;
- Priorisation des options écologiques lors de travaux dans l'établissement, lorsque possible;
- Priorisation des achats locaux dans les services, lorsque possible;
- Optimisation de la desserte alimentaire de la salle à manger du rez-de-chaussée;
- Projet pilote : utilisation de verres et cuillères lavables pour la distribution de la médication.

Merci à tous les membres. Maintenant plus que jamais, chaque geste plus vert compte ! Redoublons d'efforts et de créativité pour l'an prochain !

### Constitution

Les membres du comité sont :

**Nadine Comeau**

Directrice générale

**Alexandre Asselin**

DRH

**Michelle Campeau**

Chef d'unités

**Olivier Asselin**

Responsable entretien et achats

**Pascal Grondin**

Chef de production alimentaire

**Renée Gravel**

Infirmière clinicienne

**Josiane Rousseau**

Préposée aux bénéficiaires

**Éric Laflamme**

Résident

**Camille Bisson**

Agente milieu de vie, tech en loisir

Responsable du comité



Fondation  
CHSLD de la Côte Boisée  
Une fondation au grand cœur

## FONDATION

### Conseil d'administration

Michel Leroux, **Président**, bénévole  
Yvan Gervais, Trésorier, bénévole  
Julien Céré, agent financier, employé  
Robert Maquignaz, administrateur  
Lyne Laporte, administratrice  
Laure Choquette, administratrice  
Camille Bisson, secrétaire, employée

Dans le courant de l'année 2024-2025, la Fondation a collaboré à la réalisation de différents projets, dont :

- L'aménagement du Bistro au rez-de-chaussée (RC)
- La participation aux événements du 25e anniversaire
- La soirée de reconnaissance annuelle des bénévoles
- L'achat de nouveaux sapins de Noël pour les unités
- L'aménagement des quatre salles de bains sensorielles
- Les cadeaux remis aux résidents (Noël, fête des Mères, fête des Pères, bingo)
- L'achat d'un juke-box
- Le balcon illuminé pour la période hivernale
- Les visites aux chambres de l'organisme *Mouvement de passage*

### Nos coups de cœur de l'année !

- **La création de l'activité "Café viennoiserie" chaque semaine**, tenue par des bénévoles au Bistro du RC. Un moment agréable, très apprécié des résidents, familles, employés et bénévoles !
- **Le tirage-voyage**, qui a permis d'amasser 2 000 \$ grâce à l'investissement de Linda Pouliot, employée au CHSLD et agente de voyage.

### La Fondation du CHSLD de la Côte Boisée, c'est quoi ?

Nous avons un grand souci du bien-être des personnes habitant au CHSLD de la Côte Boisée. L'un de nos engagements est de promouvoir et de défendre leurs intérêts, en ajoutant un « plus » à leur milieu de vie.

### Notre vision

Nous veillons scrupuleusement à leur soutien moral et matériel. Nous nous efforçons d'apporter les éléments essentiels à une vie de qualité, en collaboration avec les acteurs du milieu et la communauté.

### Projets futurs

- Augmenter la visibilité de la Fondation;
- Diversifier nos partenariats afin de poursuivre notre mission;
- Multiplier nos actions pour en faire bénéficier encore plus les usagers.

# RAPPORT DE LA DIRECTION



## RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Chsld de la Côte Boisée 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 de la Côte Boisée 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 Bellemare, Aubut, s.e.n.c. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Bellemare, Aubut, s.e.n.c. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Président du conseil  
d'administration

Nadine Comeau  
Directrice générale



## **CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE**

**À l'intention  
de l'administrateur**

**Adopté par le comité de direction  
le 9 juin 2025**

## **SECTION 1**

### **DISPOSTIONS GÉNÉRALES ET OBJECTIVES**

**L'établissement est un CHSLD privé conventionné, gouverné par un conseil d'administration du CHSLD de la Côte Boisée.**

**Afin d'exploiter son établissement privé conventionné dans le respect de la Loi sur le ministère du conseil exécutif, le conseil d'administration détient un code d'éthique et de déontologie qui identifie les devoirs et obligations qu'il s'engage à respecter. Ces devoirs et obligations prouvent et assurent que l'administrateur est préoccupé par :**

- 1. L'identification de situation de conflits d'intérêts;**
- 2. Les pratiques reliées à la rémunération;**
- 3. Ses devoirs et obligations.**

**Ainsi, en adhérant à ces principes d'éthique et de déontologie, l'administrateur veut garantir à la clientèle, aux familles, aux employés, aux bénévoles et au reste de la population que l'établissement est géré sainement de manière à ce que les fonds publics, soient tels qu'identiques au budget entièrement dédié à la prestation de soins et de services pour la clientèle.**

## **SECTION 2**

### **DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR**

**L'administrateur dans l'exercice de ses fonctions s'engage à :**

- 1. Respecter son contrat avec le MSSS/santé QC et répondre à son mandat suivant les usages, l'équité et la loi.**
- 2. Agir avec prudence et diligence dans l'accomplissement de son mandat (contrat).**
- 3. Agir avec loyauté et honnêteté en évitant les situations qui risqueraient de le placer en situation de conflit d'intérêts.**
- 4. Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.**
- 5. Ne pas confondre les biens de sa corporation avec ses biens personnels.**
- 6. Respecter les normes établies en termes de rémunération contenues au décret sur les conditions de travail des directeurs généraux.**
- 7. N'accepter aucun don ou legs de la clientèle qui reçoit des services au CHSLD (de même que les membres de sa famille).**
- 8. Garantir le droit de propriété et la qualité lorsqu'il vend son entreprise.**
- 9. Garder confidentiel tout renseignement obtenu dans le cadre de son mandat, et ce, qu'il soit de nature commerciale ou impliquant la clientèle.**

### **SECTION 3**

#### **MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE**

- 1. Aux deux ans, à tour de rôle, deux membres de direction (cadres, outre qu'un membre de la famille, seront responsable de l'application du présent code d'éthique et de déontologie. Il leur incombe de rédiger le rapport qui doit faire état annuellement des manquements au code et de s'assurer de l'intégrer au rapport annuel d'activités de l'établissement.**
- 2. Advenant une plainte dénonçant un manquement au code d'éthique et de déontologie, les cadres responsables réunissent un groupe externe formé de quatre personnes, dont deux membres du conseil d'administration de l'AEPC et deux membres choisis parmi les propriétaires ou actionnaires d'établissement privées conventionnées.**

### **SECTION 4**

#### **ENGAGEMENT**

- 3. Pour faire suite à un manquement à ce code d'éthique et de déontologie, l'administrateur qui reçoit un avantage financier ou autre type d'avantage s'engage à être redevable envers l'état de la valeur de l'avantage reçu.**
- 4. L'administrateur responsable rend public ce présent code en l'intégrant au rapport annuel d'activités qui est diffusé annuellement aux familles, à la clientèle, aux employés et au MSSS/Sanré Qc.**

**En vertu des paragraphes mentionnés ci-dessus, les administrateurs s'engagent à respecter les termes et conditions énumérés, en date du 9 juin 2025.**

**Les membres du conseil d'administration sont :**

**Tam Bui, administrateur et membre externe  
Yvan Durivage, administrateur et membre externe  
Pierre Brochu, administrateur et membre externe**



Alexandre Asselin  
Président du Conseil d'administration



Olivier Asselin  
Vice-président du Conseil d'administration

## **SECTION 5**

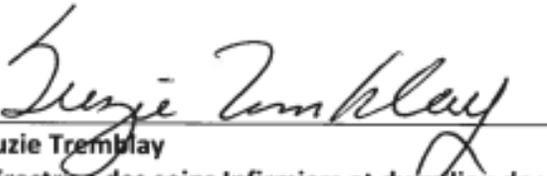
### **DÉCLARATION**

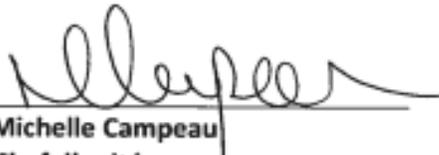
**Pour l'année 2024-2025 :**

**Outre les décisions prises à travers les activités réalisées dans les différents services, aucun cas particulier n'a été porté à l'attention des membres du comité de direction.**

**Aucun manquement au présent code d'éthique et de déontologie n'a été constaté au cours de l'année. Donc aucun cas traité.**

**En foi de quoi, nous avons signé à Terrebonne ce 21<sup>e</sup> jour du mois de juin 2024.**

  
Suzie Tremblay  
Directrice des soins Infirmiers et du milieu de vie  
CHSLD de la Cote Boisée

  
Michelle Campeau  
Chef d'unités  
CHSLD de la Cote Boisée



Sur demande, il est possible pour tout citoyen d'accéder au rapport annuel de l'établissement. Le présent rapport est également déposé sur le site web du CHSLD au [www.chslddelacoteboisee.org](http://www.chslddelacoteboisee.org).