



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022

TABLE DES MATIÈRES

Message du président du conseil d'administration et du coordonnateur des opérations et de la transformation.....	3
Déclaration de fiabilité des données	5
Mission – Vision – Valeurs.....	6
Orientations stratégiques.....	7
Organigramme fonctionnel	8
Membres du conseil d'administration	9
Membres du comité de gestion.....	10
Comité de vigilance et de la qualité des services	11
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	14
Comité de gestion des risques	15
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	18
Comité des usagers	21
Comité milieu de vie	24
Comité des mesures d'urgence	26
Comité de soins infirmiers	27
Comité de prévention et contrôle des infections	28
Agrément Canada	29
La protection des personnes	30
Services auxiliaires (volets technique et alimentaire).....	30
Service des ressources financières	31
États financiers	33
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	34
Service des ressources humaines	34
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	39

Message du président du conseil d'administration et du coordonnateur des opérations et de la transformation

C'est avec une fierté renouvelée que nous vous déposons le rapport annuel de gestion 2021-2022 du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis.

Cette année encore, nous avons vécu une année pleine de rebondissements avec la pandémie de la COVID-19 qui nous a poussés à réinventer nos manières de faire. Nous avons travaillé avec rigueur et esprit d'équipe afin de rendre notre milieu de vie sécuritaire face à la situation pandémique. Malgré tous les efforts déployés, nous avons malheureusement eu une deuxième éclosion du 17 janvier 2022 au 9 mars 2022 et une troisième qui a débuté en date du 27 mars 2022. Ces épreuves demeurent des défis qui nous permettent de réaliser que notre équipe est forte, dévouée et résiliente.

Tout au cours de l'année, le conseil d'administration, la direction et les services ont été mobilisés pour la mise en œuvre de la nouvelle planification stratégique de 2021-2024. Les principaux objectifs sur lesquels nous avons travaillé au courant de la période 2021-2022 sont les suivants :

- En premier lieu et prioritairement à tout autre objectif dans un contexte de pénurie de personnel, s'assurer du bien-être et de la sécurité des résidents en tout temps;
- Assurer la mobilisation et la stabilité des ressources humaines;
- Poursuivre le développement de notre partenariat avec le Groupe Champlain;
- Poursuivre notre démarche de préparation à la visite d'Agrément Canada dans le but de maintenir notre standard de qualité;
- Assurer le respect des cibles budgétaires (fonctionnement et heures cliniques);
- Poursuivre l'implantation d'un mode de gestion axé sur l'amélioration continue et le suivi d'indicateurs de qualité et de performance.

Malgré la situation pandémique toujours active au cours de l'année 2021-2022, nous sommes fiers d'avoir réussi notre processus d'accréditation d'Agrément Canada avec un taux de conformité global de 97,9 %. Cela démontre clairement qu'une culture d'amélioration continue contribue grandement à maintenir une qualité de soins et de services lors des situations les plus imprévisibles.

Notons que le mandat de gestion avec le Groupe Champlain se poursuit et nous permet de faciliter l'implantation de nouvelles pratiques en soins d'hébergement. Ce partenariat est essentiel à notre organisation afin de s'assurer de maintenir notre haut standard de qualité.

Nous avons la profonde conviction d'avoir mené à bien tous les efforts requis pour faire face à cette situation exceptionnelle, tant par rapport à la qualité des soins et services offerts qu'à la gestion efficiente des ressources.

En 2022-2023, nous entamons la deuxième année de notre planification stratégique 2021-2024. Celle-ci est principalement axée sur trois priorités : le potentiel humain, la gestion efficiente des ressources et la culture de qualité.

Nous tenons à remercier l'ensemble du personnel, les médecins, les bénévoles ainsi que nos partenaires pour leur collaboration manifeste face à l'amélioration, la qualité et les services offerts quant aux soins qui demeurent au cœur de nos initiatives. Votre loyauté et votre dévouement sont remarquables. Cet apport exceptionnel dans le contexte actuel de la pénurie de main-d'œuvre nous touche profondément.

C'est avec un sentiment d'espoir et d'enthousiasme que nous entamons la période 2022-2023.

Bonne lecture!



Michel Bédard,
Président du conseil d'administration



François Guimont,
Coordonnateur des opérations
et de la transformation

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2021-2022 du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. :

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

Nous déclarons donc qu'à notre connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.



François Guimont,
Coordonnateur des opérations et
de la transformation



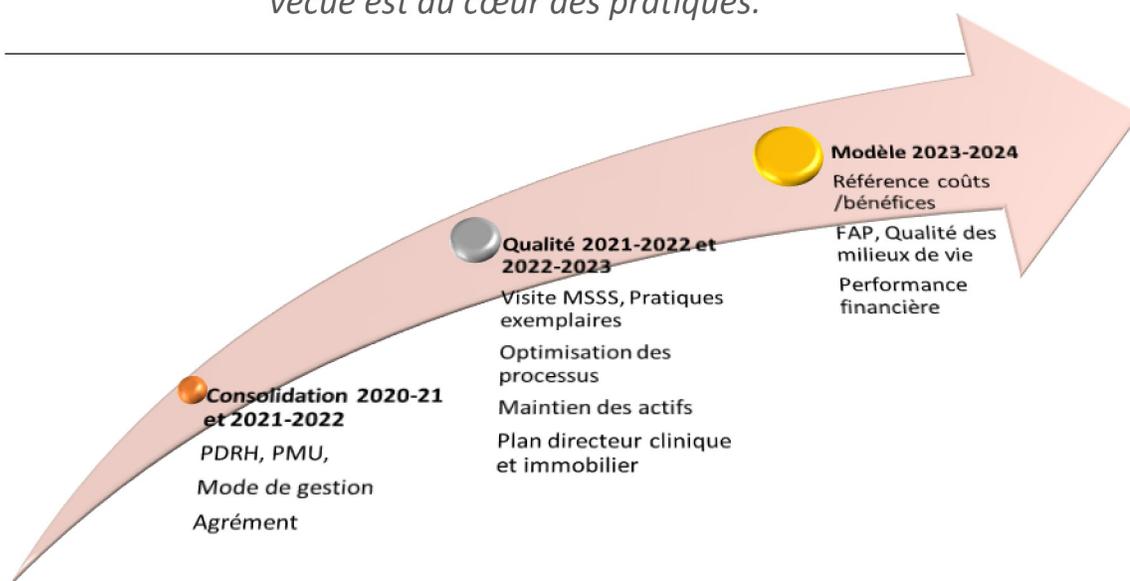
Anne Beauchamp
Directrice générale des opérations
Groupe Champlain par intérim

MISSION

Offrir un milieu de vie personnalisé et sécuritaire qui répond aux besoins complexes d'une clientèle en perte d'autonomie, soutenu par une approche humaine de soins et de services.

VISION

Être un milieu accueillant pour les résidents et leurs proches, où il fait bon vivre et travailler. Par l'excellence de ses soins et services, être reconnu comme un milieu avant-gardiste où l'expérience client vécue est au cœur des pratiques.



VALEURS

- *RESPECT ET BIENVEILLANCE,*
 - *INTÉGRITÉ ET TRANSPARENCE,*
 - *EXCELLENCE ET PROFESSIONNALISME*
-

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Notre planification stratégique a été élaborée selon trois (3) axes principaux : le potentiel humain, la gestion efficiente des ressources et la mise en œuvre d'une culture de qualité.

Voici les activités réalisées en 2021-2022 selon ces axes.

Potentiel humain

- Bilan :**
- Développement d'un partenariat avec le centre de formation professionnelle et reprise des activités de stage;
 - Implantation d'un « Défi santé » afin de favoriser les saines habitudes de vies pour les employés;
 - Mise en application et suivi du programme reconnaissance;
 - Remise en place du comité Santé et sécurité au travail.
-

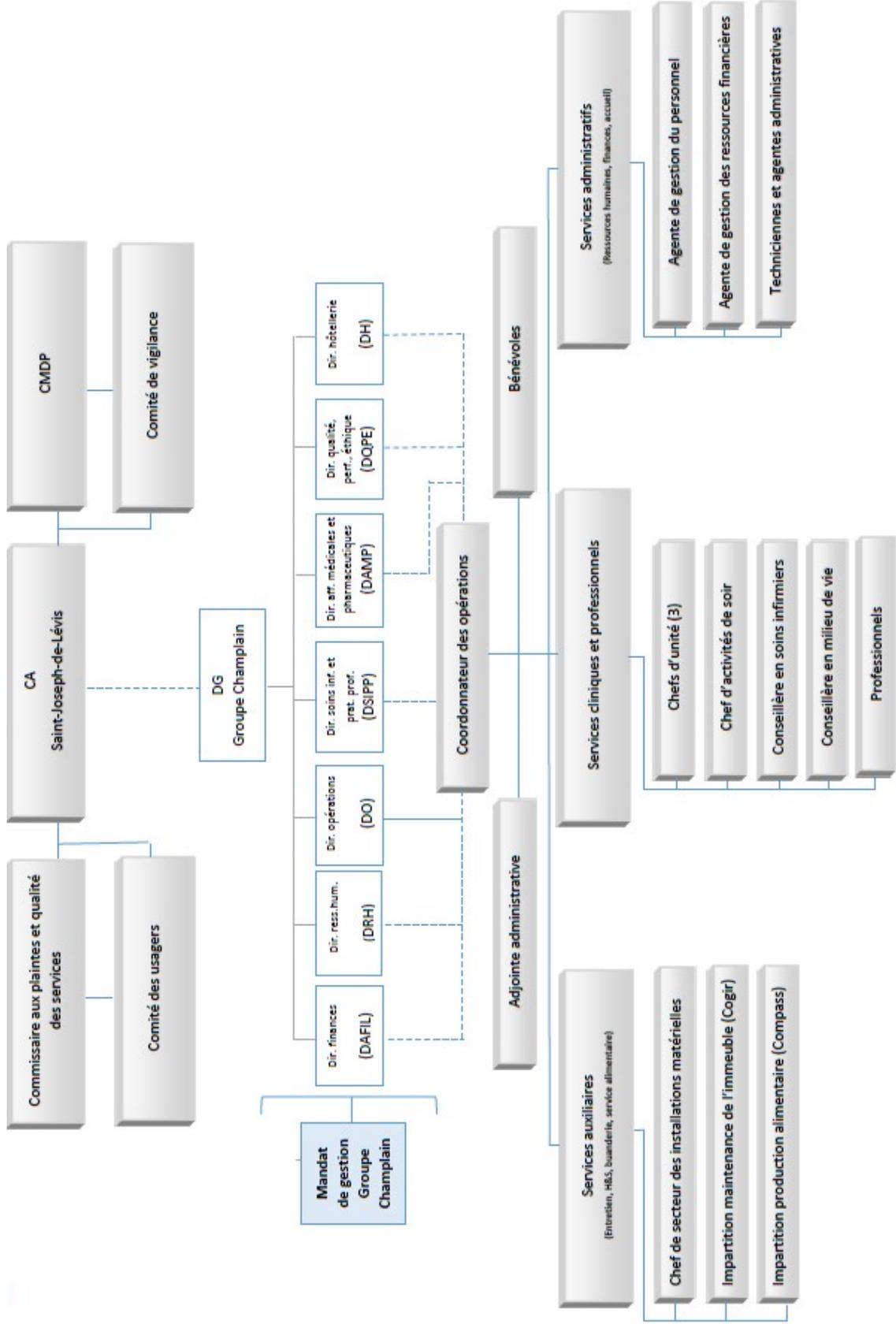
Gestion efficiente des ressources

- Bilan :**
- Ritualisation de la salle de pilotage et des tableaux de bord;
 - Implantation de la formation via le web (pour tous les employés);
 - Intégration dans le journal de Groupe Champlain afin de favoriser la communication avec les familles et partenaires.
-

Culture de qualité

- Bilan :**
- Mise en place d'un tableau de bord accessible pour les résidents et familles;
 - Processus d'évaluation par Agrément Canada réussi avec un taux de conformité global de 97,9 %;
 - Mise en place d'un système de contrôle de qualité global;
 - Mise en place d'un calendrier de suivi de tous les audits et contrôles qualité répertoriés dans l'organisation.
-

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL



LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

Monsieur Michel Bédard
Vice-président
Placements immobiliers
Desjardins Gestion internationale d'actifs

Vice-président

Monsieur Christian Pouliot
Vice-président régional, Est du Canada
Placements immobiliers
Desjardins Gestion internationale d'actifs

Secrétaire-trésorier

Monsieur Pierre Gagnon
Gestionnaire d'actifs, Est du Canada
Placements immobiliers
Desjardins Gestion internationale d'actifs

Administrateur

Monsieur Yves Parent
Directeur général
Groupe Champlain
(jusqu'en août 2021)

Madame Anne Beauchamp
Présidente-directrice générale de
Villa Médica
Directrice générale des opérations
Groupe Champlain par intérim
(à partir d'août 2021)

Administrateur

Madame Johanne Brien
Vice-présidente Finances et chef de
la direction financière
Groupe Santé Sedna Inc.

Administrateur

Monsieur André Girard
Vice-président
États financiers et contrôleur
Desjardins Sécurité financière

LES MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION

M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation

Mme Marie-France Blanchette, agente de gestion du personnel

Mme Marie-Claude Chartier, responsable des services alimentaires et accueil

Mme Marianne Drouin, agente de gestion des ressources financières (jusqu'en janvier 2022)

Mme Marie-Ève Dussault, chef d'unités

Mme Fanny-Laure Élisabeth, chef d'unités (jusqu'au 18 mars 2022)

M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles (depuis octobre 2021)

Mme Ann Lacasse, agente de gestion du personnel

M. René Marcoux, chef d'unités (jusqu'en août 2021)

Mme Josée Mercier, adjointe administrative

Mme Nadia Mercier, chef d'unités

Mme Claudia Perron, chef d'activités de soir

Comité de vigilance et de la qualité des services

Membres du comité

- M. Pierre Gagnon, administrateur
- M. André Girard, administrateur
- Mme Anne Beauchamp, présidente-directrice générale de Villa Médica et directrice générale des opérations Groupe Champlain par intérim (à partir d'août 2021)
- Mme Caroline Boutin, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches (à partir de juin 2021)
- M. Horea Dan Ghiran, directeur de qualité, performance et éthique (intérim), Groupe Champlain (depuis septembre 2021)
- M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation
- Mme Véronique Lavallée, directrice de la qualité, de la performance et de l'éthique, Groupe Champlain (jusqu'en septembre 2021)
- M. Yves Parent, directeur général Groupe Champlain (jusqu'en août 2021)
- M. Sylvain Tremblay, commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services, CISSS de Chaudière-Appalaches (depuis juin 2021)

Le comité de vigilance et de la qualité des services est principalement responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Ce comité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives aux rapports et recommandations transmis au conseil d'administration sur les éléments suivants :

- La pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus;
- Le respect des droits des résidents;
- Le traitement des plaintes des résidents et de leurs proches.

Recommandations provenant du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2021-2022, le comité de vigilance et de la qualité des services a reçu des rapports anonymisés des plaintes et des interventions conclues, incluant les recommandations et les suivis effectués par les commissaires (la commissaire aux plaintes et à la qualité de Groupe Champlain pour la période 1^{er} avril 2021 au 31 mai 2021 et du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Chaudière-Appalaches depuis le 1^{er} juin 2021), ont été présentés et adoptés par les membres du comité. Ces rapports incluent les recommandations formulées par les commissaires auprès de différents instances et services de l'établissement en lien avec les motifs suivants :

- Droits particuliers
- Soins et services dispensés;

- L'abus ou une suspicion d'abus (conformément à la loi visant à contrer la maltraitance);
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles;
- Relations interpersonnelles.

Recommandations du Protecteur du citoyen

Aucune plainte n'a été adressée au Protecteur du citoyen.

Autres recommandations provenant d'autres organismes externes en matière de qualité

Un tableau de suivi des recommandations qualité des organismes externes est déposé lors de chaque rencontre du comité de vigilance et de la qualité des services pour analyse et discussion. Pour 2021-2022, les membres ont pu s'assurer du suivi des recommandations formulées par :

- La direction qualité du MSSS et dans le cadre des visites vigie du milieu de vie qui ont eu lieu dans le contexte de pandémie liée au COVID-19.
Les principaux éléments de recommandations pour ces visites concernaient l'ajustement de certaines pratiques liées à l'activité repas, l'affichage et les activités d'animation et de loisirs, selon les mesures à respecter de prévention et de contrôle des infections.
- Agrément Canda, lors de la visite du mois de novembre 2021.
Les recommandations ont visé le programme d'entretien préventif des équipements et le consentement des employés à la confidentialité des informations.

Recommandations au regard d'événements sentinelles

Un rapport trimestriel des événements sentinelles incluant les recommandations retenues et leur suivi est présenté et analysé au comité. Pour l'année 2021-2022, les principaux suivis réalisés étaient en lien avec les thématiques suivantes :

- Les activités liées au processus de préparation et distribution alimentaires;
- La prévention et gestion des comportements d'abus;
- La prévention et gestion des chutes;
- La gestion des médicaments;
- L'entretien préventif des équipements.

Rapports trimestriels sur les incidents-accidents et indicateurs cliniques

Le comité reçoit et analyse les rapports trimestriels de l'établissement qui incluent des indicateurs de qualité en lien avec l'expérience client, les données issues des rapports d'incidents et accidents, l'application des mesures de contrôle, la prévention et le contrôle des infections, les mesures d'urgence et la violence en milieu de travail. Le contenu du rapport trimestriel est revu annuellement suivant les rétroactions des membres du comité.

Les principaux indicateurs qui ont fait l'objet de suivis avec le comité de vigilance et de la qualité des services sont en lien avec :

- Les plaies de pression;
- Les chutes avec conséquences graves;
- Les événements ou cas de suspicion d'abus et d'agression;
- La gestion des éclosions en générale et celle reliée à la COVID-19 en particulier;
- Les mesures de contrôle.

Réalisations 2021-2022

- ☐ Suivi des activités liées aux meilleures pratiques d'Agrément Canada;
- ☐ Suivi des plans d'action en lien avec les événements sentinelles;
- ☐ Suivi des activités d'amélioration continue de l'établissement;
- ☐ Suivi du plan de pandémie de l'établissement;
- ☐ Suivi rigoureux du traitement des plaintes et des insatisfactions signalées à l'égard des services rendus.

Objectifs 2022-2023

- ☐ Suivre rigoureusement les recommandations qualité provenant d'instances internes et d'organismes externes à l'égard des services rendus;
- ☐ Suivi des plans d'action issus des sondages de satisfaction de la clientèle;
- ☐ Suivi des indicateurs sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- ☐ Suivre le registre des plaintes et/ou des insatisfactions, selon le cas;
- ☐ Poursuivre la transmission de rapports et de recommandations au conseil d'administration, selon le cas.



Pierre Gagnon,
Président du comité de vigilance et de la qualité des services

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres du comité

- Six (6) médecins offrant une présence partielle sur place;
- Onze (11) médecins de garde;
- Un (1) pharmacien.

Nombre de rencontre

- Deux (2) rencontres ont été tenues du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Réalisations 2021-2022

- ☐ Présence lors de la deuxième éclosion du 17 janvier 2022 au 9 mars 2022 et de la troisième débutée en date du 27 mars 2022;
- ☐ Mises à jour de divers documents tels (en continu) :
 - Protocole de renouvellement des narcotiques;
 - Ordonnances collectives.
- ☐ Armoire d'urgence;
- ☐ Évaluation de la qualité de l'acte;
- ☐ Révision du protocole de renouvellement des narcotiques.

Objectifs 2022-2023

- ☐ Constat de décès à distance;
- ☐ Mises à jour de divers documents tels (en continu) :
 - Protocole de renouvellement des narcotiques;
 - Ordonnances collectives.
- ☐ Déploiement du protocole de détresse en soins palliatifs;
- ☐ Évaluation de la qualité de l'acte;

Un (1) dossier de plainte médicale a été déposé pour l'année 2021-2022.

Docteure Catherine Jean,
Présidente

Comité de gestion des risques

Membres du comité

- M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation;
- Mme Caroline Carrier, préposée aux bénéficiaires;
- Mme Roxanne Gagnon-Girard, préposée aux bénéficiaires;
- M. Serge Corriveau, assistant du supérieur immédiat;
- M. Pierre-Luc Dubé, pharmacien;
- Mme Johanne Béliveau, représentante des familles;
- M. Horea Dan Ghiran, directeur de la qualité, de la performance et de l'éthique (intérim), Groupe Champlain;
- M. Yves Laliberté, résident et membre du comité des usagers;
- Mme Marie-Ève Dussault, chef d'unités;
- Mme Laurie Bouchard, conseillère cadre-gestion intégrée de la qualité.

La prestation sécuritaire des soins et services

➤ *La déclaration et divulgation des incidents et accidents*

Afin de promouvoir et d'améliorer nos pratiques de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents, l'équipe de la gestion, en collaboration avec la direction de la qualité, de la performance et de l'éthique de Groupe Champlain, a mis en place plusieurs activités, dont la suivante :

- Accompagner les gestionnaires pour analyser les événements, pour mettre en place des mesures de prévention de la récurrence et pour préparer les rencontres de divulgation.

Suivi du système local de surveillance des incidents-accidents et répartition des principaux événements par indice de gravité pour 2021-2022

Nous avons enregistré un nombre de 972 déclarations, 12 % de moins que l'année 2020-2021. Les conditions liées à la pandémie COVID-19 peuvent expliquer cette baisse.

Les catégories les plus importantes demeurent les chutes (47,9 %), les « Autres » types d'événements (20,6 %) et les erreurs liées à la médication (19,3 %). En tout, ces trois catégories représentent 87,8 % du volume des déclarations. Les autres catégories sont représentées en proportions variables de 12,2 %. Notons une augmentation de 39 % des erreurs liées à la diète, seul type d'événement qui a connu une augmentation.

Dans la catégorie « Autre » types d'événements, 47,5 % d'entre eux sont représentés par les blessures d'origine inconnue, 36,5 % par celles d'origine connue et les autres (16,5 %).

Outre ces trois catégories, d'autres événements ont également été déclarés : des situations liées à la diète (4,5 %), des situations en lien avec les effets personnels (3 %), des abus, agressions, harcèlement et intimidation (2,9 %), le matériel/équipement (1,5 %) et les traitements (0,3 %).

Du point de vue de l'impact sur la santé et le bien-être des résidents, il est constaté que les incidents (gravités A et B) représentent 6,6 % des déclarations, les accidents sans conséquence

pour les résidents (gravités C et D) représentent 72,4 % des déclarations, les accidents avec conséquences temporaires (gravités E1, E2 et F) représentent 20,7 % des déclarations et 3 événements ont eu des conséquences graves et permanentes (gravités G, H et I). Il s'agit de trois chutes et elles ont un niveau de gravité G.

La majorité des incidents (indices de gravité A et B) se retrouve dans la catégorie des événements liés à la diète (59,4 % des incidents). Les événements liés aux effets personnels (10,9 % des incidents) et les événements liés à la médication (9,4 % des incidents) viennent loin derrière. La majorité des accidents (indices de gravité C à I) se retrouve dans les catégories des événements liés aux chutes (51,1 % des accidents). Les « Autre » types d'événements (21,5 % des accidents) et les événements liés à la médication (20,0 % des accidents) viennent ensuite.

La majorité des incidents et des accidents déclarés (indices de gravité A à D) n'ont pas eu de conséquence pour les résidents. Ils représentent 79 % des événements. Les événements déclarés qui ont été à l'origine de conséquences mineures et temporaires (indices de gravité E1, E2 et F) représentent quant à eux 21 % des événements. Il faut noter que toutes les analyses sommaires ont été faites, donnant ainsi des résultats plus exacts.

Principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

TYPE DE RISQUE	NOMBRE	POURCENTAGE (type d'incident/total des événements-indices de gravité A et B)
Diète	38	59,4 %
Lié aux effets personnels	7	10,9 %
Médication	6	9,4 %
Lié à l'équipement/matériel	5	7,8 %
Autre*	5	7,8 %
Chute	2	3,1 %
Traitement	1	1,6 %
AAHI**	0	0,0 %

*« Autre » types d'événements

**Abus, agression, harcèlement, intimidation

Principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

TYPE DE RISQUE	NOMBRE	POURCENTAGE (type d'accident/total d'événements-indices de gravité C à I)
Chute	464	51,1 %
Autre*	195	21,5 %
Médication	182	20,0 %
AAHI**	28	3,1 %
Effets personnels	22	2,4 %
Équipement/matériel	10	1,1 %
Diète	6	0,7 %
Traitement	1	0,1 %

*« Autre » types d'événements

**Abus, agression, harcèlement, intimidation

En lien avec les principaux risques d'incidents et d'accidents identifiés, plusieurs actions ont été mises en place :

- Analyse prospective sur la distribution sécuritaire des aliments;
- Mise à jour des procédures sur la distribution sécuritaire des médicaments en lien avec les changements reliés au mode de distribution.

Rapports du coroner

Au 31 mars 2022, l'établissement était en attente pour un événement de chute survenu en octobre 2021.

Les recommandations de rapports de coroner consécutifs à des événements survenus dans d'autres organisations sont par ailleurs analysées afin d'en vérifier la pertinence pour l'établissement et, si nécessaire, mettre en place des mesures préventives afin de minimiser le risque. À cet effet, six rapports consécutifs à des événements survenus dans d'autres organisations ont été envoyés par la DQPE aux gestionnaires.

Divulgence des cas de maltraitance et des actes répréhensibles

En vertu de l'article 21 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, l'établissement est tenu de signaler au commissaire aux plaintes et à la qualité des services les cas de maltraitance.

En cours d'année, trois signalements et plaintes ont été effectués et reçus. Deux d'entre eux ont fait l'objet de recommandations (quatre recommandations au total).

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

- Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations : **AUCUN**
- Le nombre de divulgations auxquelles il a été mis fin en application du paragraphe 3° de l'article 22 : **AUCUN**
- Le nombre de divulgations fondées : **AUCUN**
- Le nombre de divulgations réparti selon chacune des catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4 : **AUCUN**
- Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 : **AUCUN**

Laurie Bouchard,
Conseillère cadre-gestion intégrée de la qualité
Direction de la qualité, de la performance et de l'éthique (DQPE), Groupe Champlain

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Couvrant la période du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2021

Note : Dépôt du rapport annuel le 25 février 2022/ par Marielle Dion Commissaire aux plaintes et à la qualité des services/Groupe Champlain.

Les commissariats au traitement des plaintes et à la satisfaction des usagers, par la voie de leur commissaire respectif aux plaintes des différentes régions des CISSSS et CIUSSS, ont autorisé la commissaire du Groupe Champlain en raison de l'entrée en vigueur de la Loi 52, à finaliser toutes les plaintes reçues ou dossiers en cours au 1^{er} juin 2021. Un rapport du registre tenu du traitement de ces plaintes pour la période du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2021 leur fut acheminé une fois tous les dossiers traités conclus de même que le rapport annuel 2020-2021.

Responsabilités

Nommée par le conseil d'administration, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers ce dernier du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes et de leurs insatisfactions. À ce titre, elle reçoit l'ensemble des plaintes des usagers, y compris les plaintes médicales qui sont ensuite transférées au médecin examinateur. Elle peut aussi intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et s'il y a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés.

Conformément à l'article 33.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), la commissaire produit un rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits. Ce rapport intègre également le bilan de ses activités ainsi que le rapport du médecin examinateur et du comité de révision comme prévu à l'article 76.11 de la LSSSS.

Faits saillants du rapport annuel de la commissaire 2021-2022

Il importera de nous souvenir en cette triste année de pandémie, générée par la propagation au niveau mondial du virus du COVID-19, qu'au plus fort de la pandémie, toutes les visites en CHSLD ont été interdites, même pour les personnes en fin de vie. Plusieurs aînés ont ainsi vécu leurs derniers moments de vie, privés de la présence des personnes aimées. Les proches ont également dû surmonter un deuil devenu douloureux sur le plan humain en raison du stress inhérent à la pandémie, des circonstances particulières de décès parfois sans accompagnement, générant ainsi des sentiments de culpabilité, de regrets, de colère et d'injustice au sein de la population québécoise.

La pandémie actuelle nous a offert de nombreuses occasions pour une réflexion collective qui nous l'espérons sensibilisera nos gouvernements à l'importance d'allouer des ressources suffisantes auprès des aînés, cela, de manière récurrente. Les mesures sanitaires mises en place afin de prévenir la contagion et protéger les personnes vulnérables vivant en CHSLD ont dû être privilégiées.

Mentionnons que parmi ces personnes vulnérables déjà éprouvées durant le confinement par la privation de liens affectifs, ont vu leur vie se terminer d'une façon inoubliable sur le plan humanitaire. Cette situation a engendré un sentiment d'impuissance et d'injustice chez les proches et les gestionnaires ont usé de multiples approches afin de permettre des communications par téléphone, par FaceTime et/ou en communiquant les informations ponctuelles de santé des aînés aux proches et familles. Nous remercions infiniment les gestionnaires et le personnel pour avoir offert une performance de prestations de services inégalée aux familles, sans oublier le personnel qui a contracté la maladie. Nous ne pouvons que souhaiter que la dispensation du vaccin contre la COVID-19 a pu permettre enfin un peu de répit au personnel de la santé tout en leur permettant de contribuer aux soins de manière sécuritaire.

Au cours de l'année 2021-2022, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est intervenue dans un (1) dossier de plainte. Ce dossier d'un représentant de l'utilisateur fut conclu durant l'exercice, à l'intérieur des 45 jours prévus à son traitement.

Aussi, la commissaire fut consultée dans le cadre de la divulgation d'un (1) dossier de maltraitance mettant en cause un membre du personnel. Cette personne ayant quitté l'établissement, n'a pu faire l'objet du suivi en lien avec cette enquête, mais les gestionnaires ont assisté et rassuré la famille en regard de la situation dénoncée.

RÉPARTITION DES DOSSIERS

	PLAINTES	INTERVENTIONS DIVERSES	INTERVENTIONS MALTRAITANCE	ASSISTANCE	CONSULTATION	TOTAL
2019-2020	3	-	3	-	-	6
2020-2021	3			1		4
2021-2022 Avril à juin 2021	1	0	1	0	1	3

Aucun dossier n'a fait l'objet d'une demande de seconde analyse par le Protecteur du citoyen et aucune plainte médicale n'a été formulée pour l'année 2021-2022.

PRINCIPAUX MOTIFS D'INSATISFACTION

	PLAINTES ET INTERVENTIONS		ASSISTANCE ET CONSULTATION	
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022
Accessibilité		-		-
Aspect financier		-		-
Droits particuliers		1		-
Organisation du milieu et ressources matérielles	3	1	1	-
Relations interpersonnelles		1		-
Soins et services dispensés	1	1		-
Maltraitance (Loi) Divulgation famille / aucune plainte	2	-		1
Total	6	4	1	1
N. B. Un dossier peut porter sur plus d'un motif de plainte			Total Plaintes 2021-2022 : 4 motifs	

Les quatre (4) motifs d'insatisfaction se répartissent de la façon suivante pour chacune de ces catégories :

- Organisation du milieu et ressources matérielles : Droit de participation aux soins comme proche-aidante et être associée aux soins prodigués en regard de l'état de santé de l'usager;
- Soins et services dispensés : Information famille choix de médication et plan de soins infirmiers;
- Droits particuliers : Le droit d'être informé sur l'état de santé et le plan de soins de l'usager;
- Relations interpersonnelles : Mesures encadrement infirmière pour amélioration des communications avec la famille et leur participation au plan de soins;
- Maltraitance (Loi) : Une situation de divulgation de maltraitance physique à caractère sexuel/ augmentation surveillance. Aucune plainte déposée.

Plaintes et signalements relatifs à la maltraitance

En vertu de l'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (2017, L 6-3) la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a l'obligation de rendre compte des plaintes et des signalements reçus en vertu de cette *Loi*.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a reçu un (1) signalement de la gestion ayant trait à la divulgation de la famille d'une situation de maltraitance. Il s'agissait d'une maltraitance physique à caractère sexuel dénoncée à l'encontre des soins d'hygiène génitaux prodigués à l'usagère par un intervenant.

Autres fonctions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2021-2022, afin d'assumer ses responsabilités en lien avec la diffusion d'information relative aux droits des usagers, la promotion du code d'éthique et la promotion du régime d'examen des plaintes, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a réalisé les activités suivantes :

- Discussion clinique avec les gestionnaires concernés par les dossiers pour évaluer opportunités d'amélioration des services;
- Vigie relativement à l'accessibilité des coordonnées afin de rejoindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Participation au comité de vigilance et de la qualité par TEAM;
- Participation aux rencontres du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité du Québec par TEAM en raison de la pandémie;
- Transfert des dossiers du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis vers le commissariat aux plaintes du CISSS désigné, en vertu de l'application de la Loi 52.

Moyens pour la population d'accéder au rapport annuel de la commissaire

Vous pouvez consulter le rapport annuel 2021-2022 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (couvrant la période du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2022) sur le site Internet de l'établissement au www.castjoseph.com. Le rapport est également disponible pour toute personne qui en formule la demande au bureau de la commissaire au 7150, rue Marie-Victorin, Montréal (Québec) H1G 2J5 ou par téléphone au 1 888 999-7484.

Marielle Dion,
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis
25 février 2022

Couvrant la période du 2 juin 2021 au 31 mars 2022

Depuis le 1^{er} juin 2021, le commissaire relève maintenant du CISSS de Chaudière-Appalaches en vertu de la PL-52 et les données complètes concernant les plaintes pourront être consultées dans le rapport annuel de gestion du CISSS à l'adresse suivantes : www.cisss-ca.gouv.qc.ca

Sommairement, 8 dossiers furent traités (3 plaintes, 4 interventions et 1 plainte médicale).

Sylvain Tremblay,
Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services
CISSS de Chaudière-Appalaches
55, rue Mont-Marie
Lévis (Québec) G6V 0B8
Tél. : 418 833-3218 poste 1407
sylvain.tremblay@ssss.gouv.qc.ca

Comité des usagers

Composition du comité

- Mme Johanne Béliveau, administratrice et membre de famille
- M. Germain Bouffard, administrateur et membre de famille
- Mme Marie Charron, administratrice et membre de famille
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie, invitée
- M. Denis Labrie, administrateur et résident
- M. Yves Laliberté, président et résident

Nombre de rencontres

Cinq (5) rencontres ont été tenues du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022 et une rencontre spéciale portant sur l'alimentation en novembre 2021.

Réalisations 2021-2022

- ☐ Implication de certains membres au sein du comité milieu de vie ainsi que du comité des mesures d'urgence et du comité gestion des risques;
- ☐ Consultation en lien avec différents dossiers touchant la qualité de vie des résidents au Centre d'accueil tels que : la prévention des infections, l'alimentation, le milieu de vie, l'éthique, les visites ministérielles, le sondage de satisfaction de la clientèle, etc.;
- ☐ Réalisation, le 20 septembre 2021, de l'assemblée générale annuelle du comité des usagers;
- ☐ Rencontre spéciale tenue le 2 novembre 2021 pour aborder exclusivement la question de l'alimentation au Centre d'accueil et revoir certains mets du menu;
- ☐ Réalisation du calendrier 2021 à l'intention des résidents, des familles, des bénévoles et des membres du personnel dans lequel sont présentés les membres du comité des usagers, leurs mandats et leurs rôles ainsi que le code d'éthique du Centre d'accueil;
- ☐ Réalisation d'une activité spéciale pour souligner la « Journée internationale des personnes âgées », le 1^{er} octobre 2021 avec entre autres une collation spéciale sur chaque unité ainsi qu'une animation musicale;
- ☐ Réalisation d'activités dans le cadre de la semaine des droits des usagers du 9 au 15 novembre 2021 dont entre autres la diffusion d'un communiqué ainsi que l'animation d'un kiosque d'information à la réception du Centre d'accueil;
- ☐ Collaboration au processus d'agrément et participation aux rencontres planifiées avec les visiteurs d'Agrément Canada;
- ☐ Participation à la réalisation du « Sondage de satisfaction de la clientèle » en février et mars 2022;
- ☐ En partenariat avec le comité milieu de vie, implication dans le projet d'amélioration de l'environnement physique au niveau des salons des pavillons Saint-Joseph et Youville;
- ☐ Envois par la poste d'une lettre de bienvenue aux représentants des nouveaux résidents afin de faire connaître le comité des usagers.

Objectifs 2022-2023

1) RENSEIGNER LES RÉSIDENTS SUR LEURS DROITS ET OBLIGATIONS

ACTIONS	ÉCHÉANCE
- Publier le dépliant du comité des usagers et autres articles promotionnels;	En continuité
- Tenir une assemblée générale annuelle;	Juin 2022
- Participer à la semaine des droits des usagers;	Novembre 2022
- Produire le calendrier 2023 du comité;	Décembre 2022
- Poursuivre l'envoi d'une lettre de bienvenue aux familles des nouveaux résidents afin de présenter le comité des usagers, les droits et obligations des résidents et membres de famille;	Mars 2023
- Tenir des kiosques d'information à l'intention des résidents, des familles et des employés sur divers thèmes dont la maltraitance.	Mars 2023

2) PROMOUVOIR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE VIE DES RÉSIDENTS ET ÉVALUER LEUR DEGRÉ DE SATISFACTION

ACTIONS	ÉCHÉANCE
- Réaliser, en partenariat avec le comité des usagers, le plan d'action en lien avec le sondage de satisfaction de la clientèle 2022;	Mai 2022
- Réaliser le sondage de satisfaction de la clientèle;	Mars 2023
- Participer aux activités regroupant les résidents et leur famille;	En continu
- Réaliser « La Journée internationale des aînés(es) »;	Octobre 2022
- Poursuivre le travail amorcé sur le plan de l'offre alimentaire par la tenue de rencontres du comité de menu dans lequel les membres du comité des usagers sont impliqués;	Mars 2023
- Préparer et faire connaître les actions du comité dans le rapport annuel de gestion.	Mars 2023

3) DÉFENDRE LES DROITS ET LES INTÉRÊTS COLLECTIFS DES RÉSIDENTS

ACTIONS	ÉCHÉANCE
- Participer à différents comités de l'établissement (de menu, du milieu de vie, etc.);	En continu
- Réaliser des activités en lien avec les droits des résidents.	En continu

4) ACCOMPAGNER OU ASSISTER UN RÉSIDENT

ACTION	ÉCHÉANCE
- À faire sur demande.	En continu

5) ASSURER UN BON FONCTIONNEMENT DU COMITÉ À L'EXERCICE DE SES FONCTIONS

ACTIONS	ÉCHÉANCE
- Avoir les ressources matérielles / humaines nécessaires;	En continuité
- Adhésion annuelle au Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).	Mars 2023

M. Yves Laliberté,
Président du comité des usagers du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis

Comité milieu de vie

Membres du comité

- M. Germain Bouffard, représentant des membres de famille
- Mme Marie-Michelle Breton, travailleuse sociale
- Mme Marie-Claude Bouchard, technicienne en éducation spécialisée et représentante de l'APTS
- Mme Marie-Ève Desjardins, assistante du supérieur immédiat et représentante de la FIQ
- Mme Fanny-Laure Élisabeth, chef d'unités (jusqu'au 18 mars 2022)
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie
- M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation
- M. Yves Laliberté, représentant du comité des usagers
- Mme Nadia Mercier, chef d'unités (depuis février 2022)
- Mme Josiane Pomerleau, technologue en physiothérapie (absente)
- Mme Nancy St-Pierre, préposée aux bénéficiaires

Nombre de rencontres

- Cinq (5) rencontres ont eu lieu au cours de l'année.

Réalisations 2021-2022

- ☐ Implication dans le projet d'amélioration de l'environnement physique au niveau des salons du pavillon Saint-Joseph et Youville en partenariat avec le comité des usagers;
- ☐ Implication continue dans différents dossiers et démarches requises, selon les besoins, exemples : organisation du travail, agrément, équipes interdisciplinaires, etc.
- ☐ En partenariat avec le comité des usagers, réalisation du plan d'action suite au sondage de satisfaction de la clientèle 2021;
- ☐ Mise en place des chariots de matériel pour les soins de fin de vie;
- ☐ Révision des fiches « Mon histoire de vie » complétée à l'admission d'un nouveau résident;
- ☐ Collaboration au sondage portant sur les activités de loisirs.

Objectifs 2022-2023

- ☐ Poursuivre l'amélioration de la qualité de milieu de vie en fonction des besoins des résidents et de leurs proches;
- ☐ En partenariat avec le comité des usagers, réaliser le plan d'action en lien avec le sondage de satisfaction de la clientèle réalisé auprès des résidents et des membres de familles;
- ☐ Analyser et mettre en place les mesures requises en lien avec la compilation des commentaires recueillis lors des appels post-admissions réalisés par les chefs d'unités;
- ☐ Se préparer en vue d'une prochaine visite ministérielle;
- ☐ Le cas échéant, élaborer et mettre en place le plan d'action selon les recommandations qui découleront de la visite ministérielle.

Mélanie Guay,
Conseillère en milieu de vie

Comité des mesures d'urgence

Membres du comité

- Mme Michelle Beaulieu, infirmière auxiliaire
- M. Germain Bouffard, représentant du comité des usagers
- M. Serge Corriveau, assistant du supérieur immédiat
- M. Richard Dubois, préposé au service d'hygiène et salubrité
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles (depuis octobre 2021)
- M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation
- M. Yves Laliberté, membre du comité des résidents
- M. René Marcoux, chef d'unités (jusqu'en août 2021)

Réalisations 2021-2022

- ☐ Réalisation de quatre (4) pratiques sur le code rouge;
- ☐ Formation des assistantes du supérieur immédiat (ASI's) sur le fonctionnement du nouveau système d'appel général du panneau d'alarme incendie;
- ☐ Formation de la majorité des nouveaux employés sur les principes de base du code rouge;
- ☐ Préparation des plans et devis en prévision des travaux d'installation d'un système de gicleurs automatiques;
- ☐ Inspection annuelle de toutes les composantes du système d'alarme incendie.

Objectifs 2022-2023

- ☐ Poursuivre la dispensation de la formation portant sur le plan d'urgence auprès du personnel de l'établissement;
- ☐ Planifier et réaliser des pratiques relatives aux codes décrits dans le plan d'urgence;
- ☐ Procéder aux travaux d'installation d'un système de gicleurs automatiques;
- ☐ Implanter l'outil résumé « guide abrégé » pour les unités de soins.

Danny Goupil,
Chef de secteur des installations matérielles

Comité de soins infirmiers

Membres du comité

- M. Samuel Adam, assistant du supérieur immédiat (depuis mars 2022)
- Mme Guylaine Baribeau, infirmière auxiliaire (jusqu'en mai 2021)
- Mme Marie-Estelle Couture, conseillère en soins infirmiers (membre invitée)
- Mme Marie-Ève Desjardins, assistante du supérieur immédiat
- Mme Marie-Ève Dussault, chef d'unités (à partir d'août 2021)
- M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation
- Mme Fanny-Laure Élisabeth, chef d'unités (jusqu'en mars 2022)
- M. René Marcoux, chef d'unités (jusqu'en août 2021)
- Mme Nadia Mercier, chef d'unités

Réalisations 2021-2022

- ☐ Deux rencontres du comité de soins infirmiers réalisées;
- ☐ Réalisation d'audits cliniques en vue d'évaluer la conformité des meilleures pratiques : soins des plaies, hygiène des mains, cabarets, transcription des ordonnances téléphonique et verbale, désinfection des équipements d'hydrothérapie, etc.;
- ☐ Implantation d'un système de contrôle qualité global afin d'évaluer la qualité de l'application des processus en place dans le but de maintenir un suivi rigoureux des pratiques;
- ☐ Mise en place d'un nouveau protocole en cas de détresse respiratoire et soins de fin de vie;
- ☐ Poursuite du comité pharmacologique ayant pour objectif premier d'améliorer les processus de distribution de la médication.

Objectifs 2022-2023

- ☐ Suivre les résultats des audits prévus au calendrier 2022-2023 soit : bilan comparatif des médicaments, chutes, contentions, dysphagie, etc.;
- ☐ Présenter des capsules de formation de la plateforme Philippe Voyer au personnel infirmier, de façon mensuelle, aux différentes tables des assistantes du supérieur immédiat et des infirmières auxiliaires;
- ☐ Poursuivre la réduction d'activités de soins à valeur non ajoutée;
- ☐ Revoir la façon de rédiger les plans de travail du personnel de soins sur le logiciel « Sicheld ».

François Guimont,
Coordonnateur des opérations et de la transformation

Comité de prévention et contrôle des infections

Membres du comité

- Mme Geneviève Bouffard, préposée aux bénéficiaires
- Mme Marie-Estelle Couture, conseillère en soins infirmiers
- Mme Marie-Ève Desjardins, assistante du supérieur immédiat
- M. Richard Dubois, préposé au service d'hygiène et salubrité
- M. François Guimont, coordonnateur des opérations et de la transformation
- Mme Bianca Lapierre, préposée aux bénéficiaires
- M. René Marcoux, chef d'unités (jusqu'en août 2021)
- Mme Claudia Perron, chef d'activités de soir
- Mme Nancy St-Pierre, préposée aux bénéficiaires

Réalisations 2021-2022

- ☐ Réalisation de plusieurs audits concernant le respect des mesures de préventions des infections portant notamment sur l'hygiène des mains, le port du masque et de la protection oculaire, la désinfection du matériel ainsi que sur la technique pour mettre et retirer un équipement de protection individuel;
- ☐ Diffusion de plusieurs capsules de formation en lien avec la pandémie portant sur la prévention des infections comme éléments majeurs pour diminuer le risque de transmission aux résidents (hygiène des mains, port des équipements de protection individuel, dépistage, vaccination, etc.);
- ☐ Adaptations multiples des lieux physiques pour rendre l'établissement plus sécuritaire en lien avec la pandémie tel que l'aménagement de salles de pause afin d'augmenter la distanciation sociale;
- ☐ Achat de nombreux équipement pour augmenter la capacité de mise en place d'isolement à la chambre : tour de rangement, poubelles et chariots;
- ☐ Rencontre de tous les nouveaux employés et stagiaires pour leur donner une capsule de formation concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI) et remise d'un guide d'accueil en PCI.

Objectifs 2022-2023

- ☐ Mettre à jour et simplifier les différents outils et formulaires utilisés lors d'un suivi d'écllosion de gastroentérite ou d'influenza;
- ☐ Poursuivre la surveillance des infections nosocomiales;
- ☐ Poursuivre la sensibilisation du personnel et des bénévoles à l'importance du respect des mesures de prévention et de contrôle des infections et être en mesure de constater une augmentation des taux de conformité dans les différents audits réalisés;
- ☐ Poursuivre les efforts déployés pour augmenter le taux de vaccination des employés et des résidents;
- ☐ Réaliser un audit portant sur la vérification de la connaissance et du respect de la fréquence d'entretien des zones plus à risque (zones grises);

- 📁 Poursuivre la vérification de la conformité notamment en ce qui concerne la technique d'hygiène des mains et de désinfection des équipements d'hydrothérapie à l'aide de la réalisation d'audits;
- 📁 Augmenter le niveau de connaissance des employés d'hygiène et salubrité;
- 📁 Effectuer des audits portant sur l'hygiène et la salubrité de l'établissement;
- 📁 Amélioration de la gestion de la disposition des déchets.

Marie-Estelle Couture,
Conseillère en soins infirmiers



Agrément Canada

La visite d'agrément Canada a eu lieu en novembre 2021. À la suite de celle-ci, nous avons obtenu un taux de conformité de 97,9 %.

Deux recommandations principales ont été émises et les correctifs associés à celles-ci seront effectifs dès juin 2022.

Nous sommes donc très heureux d'avoir obtenu le statut « agréé avec mention ». Ce statut est valide jusqu'en 2025.

Objectifs 2022-2023

- 📁 Œuvrer à maintenir ce haut standard d'excellence quant à la dispensation de soins et de services de qualité et de sécurité dans l'établissement;
- 📁 Suivre les mises à jour des normes émises par Agrément Canada;
- 📁 Poursuivre l'élaboration ou la mise à jour de plusieurs programmes, politiques, procédures et autres documents;
- 📁 Assurer le suivi du calendrier d'audits et de contrôles qualité;
- 📁 Implanter de nouveaux indicateurs qualité mensuels pour les soins et services;
- 📁 Dispenser des formations auprès du personnel et des bénévoles afin de répondre aux normes émises par notre accréditeur.

François Guimont,
Coordonnateur des opérations et de la transformation

La protection des personnes

Personnes mises sous garde

Tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) doit transmettre les informations suivantes dans son rapport annuel de gestion.

Ainsi, au cours de l'année 2021-2022 :

- Il n'y a eu aucune garde préventive ou provisoire;
- Il y a 1 personne qui bénéficie d'une ordonnance d'hébergement, c'est-à-dire une garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil;
- Il n'y a eu aucune demande de mise sous garde présentée au tribunal par l'établissement;
- Aucun résident n'a été mis sous garde autorisée.

Marie-Michelle Breton,
Travailleuse sociale

Services auxiliaires

Volets technique et alimentaire

Réalisations 2021-2022

- Amélioration de l'environnement physique des salons du pavillon Saint-Joseph;
- Réorganisation physique de tous les secteurs en contexte de pandémie (salle à manger, bureaux, unités de soins, zone rouge, etc.);
- Réorganisation de l'entrée principale afin de mieux contrôler les accès;
- Achat massif d'équipements favorisant le bien-être et la sécurité de la clientèle;
- Amélioration de la sécurité du stationnement par l'installation d'une nouvelle signalisation;
- Embauche d'un nouveau chef de secteur des installations matérielles, M. Danny Goupil;
- Réorganisation complète du service d'hygiène-salubrité afin d'optimiser le service;
- Implantation de matériel isolant et chauffant afin de conserver la température des aliments lors du transport entre la production et le service des repas;
- Réorganisation du service de cafétéria en contexte de pénurie de personnel;
- Suivi de tous les projets techniques de l'établissement.

Objectifs 2022-2023

-  Poursuivre l'amélioration physique des chambres du pavillon Youville;
-  Réorganiser les cuisines des unités de soins du pavillon Saint-Joseph;
-  Améliorer la sécurité du bâtiment par l'installation d'un système de gicleurs automatiques pour le pavillon Saint-Joseph (projet majeur d'une durée d'environ six à huit mois);
-  Supporter l'équipe de gestion dans la mise en place des divers projets ;
-  Effectuer la planification et le suivi de la transition vers notre nouveau fournisseur de service en production alimentaire (prévu pour juin 2022).

François Guimont,
Coordonnateur des opérations et de la transformation

M. Danny Goupil,
Chef de secteur des installations matérielles

Service des ressources financières

Réalisations 2021-2022

-  Implanter le nouveau logiciel pour les prélèvements des résidents;
-  Optimisé le classement des documents financiers et mettre de l'ordre dans les archives;
-  Transmission de diverses demandes de remboursement auprès du MSSS pour des dépenses particulières encourues;
-  Poursuite de la mise en place des processus pour la comptabilisation des coûts reliés à la pandémie;
-  Poursuite de l'élimination de 75 % des paiements par chèques afin qu'ils soient réalisés par transfert bancaire.

Objectifs 2022-2023

-  Configurer le module LPRG dans Expresso afin que le rapport AS-471 puisse se générer automatiquement;
-  Mettre en place divers outils afin de faciliter le suivi des contrats;
-  Établir des rencontres régulières avec les gestionnaires afin de les soutenir dans la mise en place de divers projets ainsi que dans le suivi de leur budget respectif;
-  Entrepôt de données pour la production des rapports financiers.

François Guimont
Coordonnateur des opérations et de la transformation

Mélissa Gagné
Conseillère cadre aux contrôles, performance et optimisation, Groupe Champlain

États financiers (selon le AS-471)

	2021-2022	2020-2021
ÉTAT DES RÉSULTATS		
REVENUS		
Agence régionale et MSSS	17 297 875	15 046 140
Contribution des usagers	3 195 379	3 116 595
Autres	126 867	588 086
TOTAL DES REVENUS	20 620 121	18 750 821
DÉPENSES		
Salaires	12 480 069	10 228 908
Avantages sociaux	2 528 012	2 348 575
Charges sociales	1 772 317	1 699 851
Fournitures et autres dépenses	3 730 552	3 969 306
TOTAL DES DÉPENSES	20 510 950	18 246 640
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	109 171	504 181

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Actifs financiers	6 877 237	5 777 258
Passifs	4 502 461	2 814 765
Actifs financiers nets	2 374 776	2 962 493
Actifs non financiers	142 588	195 700
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	2 517 364	3 158 193

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le rapport sur l'application de la politique de l'établissement portant sur les soins de fin de vie pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022 indique les données suivantes :

- Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : **70**
 - Nombre de demandes pour sédations palliatives continues administrées : **Aucune**
 - Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées : **5**
 - Nombre d'aides médicales à mourir administrées : **4**
 - Nombre d'aides médicales à mourir NON administrées : **1**
-

Service des ressources humaines

Une autre année hors du commun pour le service des ressources humaines!

Tout comme pour l'année précédente, la pandémie avec tout ce qu'elle implique (les nombreuses absences du personnel reliées aux isolements COVID, la gestion des horaires en période d'éclosion, la mise en place ainsi que la gestion des multiples primes, le suivi de la vaccination des employés ainsi que le suivi et l'application des différents arrêtés ministériels) auront donné une importante surcharge de travail au service des ressources humaines. À cela, d'autres dossiers d'envergure ont accaparé bien des heures de travail à l'équipe des ressources humaines. Pensons notamment à l'intégration des nouvelles conventions collectives, les diverses rétroactivités salariales, la titularisation du personnel infirmier pour ne nommer que ceux-là.

Parallèlement, l'équipe des ressources humaines a fait tout ce qui était en son pouvoir pour maintenir la qualité de ses activités de recrutement, de formation, de reconnaissance du personnel, de promotion de la santé et de la sécurité du personnel ainsi que sa participation à différents comités.

De même, le service des ressources humaines s'est impliqué dans la préparation de l'Agrément, dans l'accueil d'étudiants stagiaires ainsi que dans le programme de formation accéléré des infirmières auxiliaires.

Autre réalisation dont le service est fier, est l'aboutissement de la mission de recrutement en Tunisie. Après avoir attendu ces trois travailleurs durant plus de deux ans, ils sont enfin arrivés en octobre et en novembre dernier. Différentes actions ont été mises en place pour faciliter leur accueil au centre ainsi que leur intégration au Québec que ce soit par l'organisation d'un dîner rencontre, l'accompagnement dans la recherche d'un logement ou dans l'utilisation des services bancaires, la recherche d'ameublement, etc. Bien entendu, il ne faut pas oublier l'implication de la direction des ressources humaines du Groupe Champlain, car sans elle, ce projet n'aurait pas pu voir le jour et n'aurait pu être un aussi grand succès.

Bien que la dernière année fut difficile pour chaque membre de l'équipe, chacune peut être fière de ce qui a été accompli.

La composition de l'équipe du service des ressources humaines :

Le service des ressources humaines est structuré de la façon suivante : 1 agente de la gestion du personnel à temps complet, 2 techniciennes en administration à temps complet ainsi que 2 agentes administratives pour assurer le suivi de la liste de rappel sur les quarts de fin de semaine. Au cours de l'année 2021-2022, la structure a différé de ce qu'elle aurait dû être, car le service a fait face à la maladie, la pandémie ainsi qu'à des départs. Devant s'adapter à cette réalité, les membres de l'équipe ont retroussé leurs manches pour tenter maintenir la même offre de service ainsi qu'au même niveau de qualité. Le service a donc opéré avec les effectifs suivants : 2 agentes de la gestion du personnel à temps complet, 1 technicienne en administration volet avantages sociaux qui aura travaillé 2 mois à temps complet, 2 techniciennes en administration volet liste de rappel travaillant chacune 7 jours sur 14 dont l'une aura travaillé 6 mois et l'autre 9 mois. En support à l'équipe, une ressource externe dotée d'une grande expérience à la liste de rappel venait effectuer en moyenne 1 quart par semaine.

Tout au long de cette difficile année, le service des ressources humaines du Centre d'accueil a pu compter, dans la mesure du possible, au support de la direction des ressources humaines de Groupe Champlain qui a elle aussi largement été touchée par plusieurs départs.

Les secteurs d'intervention du service des ressources humaines :

- La liste de rappel;
- Le recrutement et la dotation;
- La rémunération et les avantages sociaux;
- La présence au travail (prévention et suivi des absences);
- Les relations de travail;
- La santé et la sécurité au travail;
- La reconnaissance du personnel;
- L'accompagnement des nouveaux gestionnaires;
- La formation et le développement organisationnel.

Le service des ressources humaines participe activement aux comités suivants :

- Le comité de gestion;
- Les comités de relation de travail (SPSQ-FIQ, APTS, SCFP);
- Le comité reconnaissance des années de service;
- Le comité SST;
- Le conseil d'administration (sur invitation, via la direction des ressources humaines de Groupe Champlain).

Ressources humaines de l'établissement

	Exercice précédent	Exercice courant
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel-cadre		
Temps complet	4	4
Temps partiel	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Personnel régulier		
Temps complet	91	107
Temps partiel	93	46
Nombre de personnes : équivalents temps complet	136,9	130,7
PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel-cadre	n/a	0
Personnel régulier	n/a	30

Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2022	Nombre d'ETC en 2021-2022
1- Personnel en soins infirmiers	45	47,4
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	118	108
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	8	8,4
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	12	8,6
5- Personnel d'encadrement	4	5
Total	187	177,4

Statistiques embauches/départs

Nombre d'embauches au total : 55

- 1 Agente administrative;
- 10 Aides de service;
- 3 Assistantes du supérieur immédiat;
- 1 Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire;
- 1 Chef des services techniques;
- 1 Chef d'unités;
- 2 Ergothérapeutes;
- 1 Gardien de sécurité;
- 4 Infirmières auxiliaires;
- 11 Préposés à l'entretien ménager;

- 15 Préposés aux bénéficiaires;
- 2 Préposés au service alimentaire;
- 1 Préposé à la buanderie;
- 1 Technicienne en diététique;
- 1 Technicienne administrative.

Nombre de départs au total : 74

- 2 Agentes administratives;
- 1 Agente de la gestion financière
- 12 Aides de service;
- 3 Assistantes du supérieur immédiat;
- 2 Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire;
- 1 Chef des services techniques;
- 2 Chef d'unités;
- 3 Ergothérapeutes;
- 2 Gardien de sécurité;
- 3 Infirmières auxiliaires;
- 11 Préposés à l'entretien ménager;
- 23 Préposés aux bénéficiaires;
- 5 Préposés au service alimentaire;
- 1 Technicienne en diététique;
- 1 Technicienne en éducation spécialisée;
- 2 Techniciennes administratives.

Motif des départs :

- 1 Déménagement;
- 27 Départ volontaire (motif inconnu)
- 1 Maladie ou accident;
- 5 Étude
- 3 Meilleur travail;
- 1 Temps de transport;
- 7 Fin de contrat;
- 1 Climat de travail insatisfaisant;
- 5 Carrière dans un autre secteur d'activités;
- 1 Promotion;
- 6 Départ à la retraite;
- 1 Congédiement;
- 4 Fermeture administrative;
- 5 Probation échouée;
- 1 Maladie de plus de 3 ans;
- 2 Ne répond pas aux exigences du poste;
- 1 Retour aux études pour un autre secteur d'activités;
- 1 Autre emploi dans la région avec un nombre d'heures plus élevé;
- 1 Vaccination.

Le développement professionnel et le maintien des compétences

Tout comme pour l'année précédente, la pandémie ainsi que la pénurie de personnel nous ont forcés à développer davantage l'offre de formations à distance. De nouveaux partenaires se sont joints à nous comme l'OIIQ, l'OIIAQ, la Maison Michel Sarazin et ce, pour en nommer que quelques-uns. Les formations pouvaient être suivies à distance ou à l'établissement en groupe.

Nonobstant ce qui a été mentionné précédemment, le retour aux formations en présentiel aura permis à certains employés de suivre des formations tels le RCR et le PDSB.

Le personnel ciblé par les formations à distance aura principalement été le personnel en soins infirmiers ainsi que les professionnels de tous titres d'emploi confondus. En ce qui a trait aux formations en présentiel, ce sont tous les titres d'emploi qui auront pu y participer. À noter que nous poursuivons le développement de la formation à distance sans mettre complètement de côté la formation en présentiel et ce, dans le but de rejoindre le plus grand nombre d'employés.

Pour conclure, je tiens à remercier le coordonnateur des opérations, les gestionnaires, les employés, nos partenaires syndicaux ainsi que le Groupe Champlain qui ont contribué à toutes les belles réalisations grâce à leur implication et collaboration de tous les instants. Un merci bien spécial à l'équipe du service des ressources humaines qui travaille souvent dans l'ombre mais qui est toujours là.

Ann Lacasse,
Agente de la gestion du personnel

Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le 1^{er} janvier 1998 sont entrés en vigueur les articles touchant le réseau de la santé dans la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie. Ces dispositions affectent les établissements privés conventionnés (EPC). Elles ont pour effet d'obliger les administrateurs des EPC, des établissements publics et des régies régionales à se doter d'un code d'éthique qui leur sera applicable. Le législateur demande d'établir une forme de guide de conduite pour ceux et celles qui sont des membres des conseils d'administration, ou de ce qui en tient lieu.

Le code d'éthique et de déontologie doit refléter les valeurs que nous prônons à titre d'administrateurs.

Mesures de prévention relatives aux administrateurs et identification de situation de conflits d'intérêts

Honnêteté et intégrité :

- L'administrateur doit, dans l'exercice de ses fonctions, respecter les obligations que la Loi et les règlements lui imposent.
- L'administrateur doit se comporter avec honnêteté, intégrité et loyauté et s'engage à déclarer par écrit tout intérêt susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.
- L'administrateur doit faire preuve de prudence, de diligence et agir au meilleur de sa connaissance dans l'exécution de son mandat (contrat).
- L'administrateur ne peut utiliser, à son profit ou au profit de tiers, l'information concernant la corporation qu'il obtient dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, à moins qu'il ne soit autorisé à le faire ou qu'il ne résulte de la Loi.
- L'administrateur ne peut utiliser sa fonction afin d'obtenir, pour lui-même ou pour un tiers, des services ou avantages auxquels il n'aurait pas droit.
- L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur ne doit pas confondre les biens de sa corporation avec ses biens personnels.
- L'administrateur doit éviter toute situation de corruption et de fraude et n'accepter aucune faveur ou avantage significatif pour lui-même ainsi que pour tout autre membre de sa famille immédiate.
- L'administrateur ne doit pas confondre les biens de la Compagnie avec son bien et ne peut utiliser lesdits biens pour ses fins personnelles ou pour celles de tout membre de sa famille immédiate (conjoint, enfants).

Discrétion :

- L'administrateur est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information et de la documentation ainsi reçues.
- L'administrateur a le devoir de respecter cette règle de confidentialité et de prendre les mesures nécessaires pour conserver l'information confidentielle, notamment en ne révélant d'aucune façon la substance de ce qui est porté à sa connaissance, à moins que le conseil d'administration de la Compagnie n'en décide autrement.

Loyauté :

- L'administrateur a le devoir de ne pas se servir de son poste pour utiliser ou obtenir des biens ou de l'information privilégiée à des fins personnelles ou pour l'avantage de tout membre de famille immédiate.
- L'administrateur doit, en acceptant le mandat qui lui est confié, reconnaître les exigences des disponibilités qui y sont afférentes. L'administrateur a notamment le devoir d'être présent de façon assidue aux réunions du conseil d'administration convoquées et d'y participer de façon active.
- L'administrateur ne doit pas utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions.

Conflits d'intérêts :

- L'administrateur doit éviter de se placer en situation réelle, apparente ou potentielle de conflit d'intérêts susceptible de compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaire à l'exécution de ses fonctions.
- L'administrateur doit dénoncer au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect d'une entreprise, susceptible de le mettre en conflit entre son intérêt personnel et celui de la Compagnie incluant toute charge d'administration (ou dirigeant) dans une entreprise autre qu'une entreprise liée avec la Compagnie.
- L'administrateur doit s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects.
- L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de transiger de quelque manière avec la Compagnie à moins d'une autorisation expresse du conseil d'administration.
- Sauf dans le cas dûment autorisé par le conseil d'administration, la Compagnie ne permet pas que son nom soit utilisé à des fins qui sont étrangères à ses activités.
- L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de toute sollicitation en mentionnant son poste au sein de la Compagnie, sauf avec l'autorisation du conseil d'administration ou du Président dudit conseil.
- L'administrateur ou tout membre de sa famille immédiate n'accepte aucun don ou legs d'un résident recevant des services dans le Centre d'accueil.
- En situation de conflits d'intérêts, l'administrateur a le devoir de s'abstenir de voter sur toute question concernant cette situation et d'éviter d'influencer la décision s'y rapportant.
- L'administrateur doit se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question.

Devoirs et obligations des personnes après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions

- L'administrateur garde confidentiel tout renseignement de nature commerciale ou de nature à impliquer les résidents, le personnel, la direction et les membres du conseil d'administration, obtenu dans le cadre de son mandat.
- L'administrateur ayant cessé d'exercer ses fonctions au sein du conseil d'administration devra continuer à se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de la Compagnie. De plus, il devra respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, discussion auxquels il a participé et qui avait un caractère confidentiel et ne divulguer aucune information confidentielle obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, ou donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information confidentielle concernant la corporation.

Mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et de la possibilité de sanctions

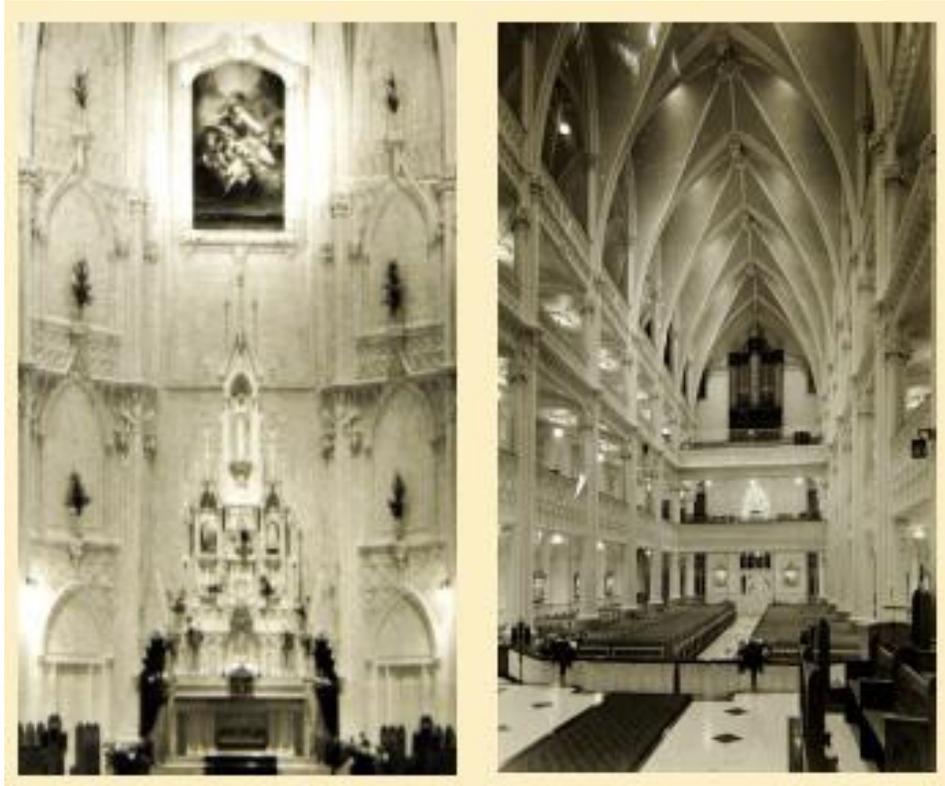
- Dès son entrée en fonction, l'administrateur doit s'engager à respecter le présent code d'éthique des administrateurs et signer le document intitulé « Engagement personnel ».
- Dans les soixante jours de sa nomination, l'administrateur doit déclarer ses intérêts en complétant, en signant et en remettant au Président du conseil d'administration le document intitulé « Déclaration des intérêts ». Quant au Président du conseil d'administration, il remettra sa déclaration d'intérêt à la Secrétaire de la Compagnie. Cette déclaration doit être amendée par l'administrateur si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.
- Le Président du conseil d'administration remet les déclarations reçues à la Secrétaire de la Compagnie qui les conserve et les tient à sa disposition.
- De plus, la Secrétaire de la Compagnie avise le Président du conseil d'administration de tout manquement aux obligations prévues dès qu'elle en a connaissance.
- Les déclarations remises sont traitées de façon confidentielle.
- Au 31 mars de chaque année, le Président doit faire état des manquements au code. Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et leurs suivis, des manquements constatés au cours de l'année.
- L'administrateur responsable s'assure de l'accessibilité au public du présent code et de s'assurer de l'intégrer au rapport annuel de l'établissement.
- Advenant une plainte dénonçant un manquement au code d'éthique et de déontologie, l'administrateur délégué par le conseil d'administration réunit un groupe externe formé de trois (3) personnes, dont deux (2) membres du conseil d'administration de la Compagnie et un membre du Mouvement Desjardins.
- Toute plainte devra être déposée par écrit et être motivée en indiquant de façon sommaire, la nature et les circonstances du comportement susceptible d'être dérogatoire au présent code.

- Le mécanisme d'étude de la plainte prévoit que sur réception de la plainte écrite, le groupe externe rencontre l'administrateur en cause et le plaignant dans un délai prédéterminé afin d'arriver à établir si la plainte est fondée ou non.
- Les conclusions du groupe externe, qu'elles soient positives ou non, doivent être motivées par écrit et accompagnées de recommandations au conseil d'administration relativement à une sanction, le cas échéant. Les sanctions peuvent aller de la réprimande, à la suspension ou autres.
- Les personnes chargées de faire l'examen ou de faire l'enquête relativement à des situations ou des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ou à l'imposition des sanctions appropriées, ne peuvent être poursuivies en justice par la Compagnie ou ses administrateurs en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leur fonction.
- L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement à ce code d'éthique et de déontologie est redevable envers la Compagnie de la valeur de l'avantage reçu.

Commentaires

Aucun cas n'a été traité pour quelque manquement que ce soit et aucune personne n'a été révoquée, suspendue ou déchu de charge.

Un peu d'histoire



Aujourd'hui



Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc.

5445, rue Saint-Louis, Lévis, (Québec) G6V 6G9

**Téléphone : 418 833-3414
Télécopieur : 418 833-3417**

www.castjoseph.com