



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023-2024

# 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 .....	18
Comité milieu de vie .....	22
Comité des mesures d'urgence .....	23
Comité de soins infirmiers .....	24
Comité de prévention et contrôle des infections .....	26
Comité tactique SCPD .....	27
Comité SST .....	28
Agrément Canada .....	29
La protection des personnes .....	29
Services auxiliaires (volets technique et alimentaire).....	30
Service des ressources financières .....	32
États financiers .....	33
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie .....	35
Service des ressources humaines .....	35
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs .....	39

# **Message du président du conseil d'administration et de la coordonnatrice des opérations et de la transformation**

C'est avec une fierté renouvelée que nous vous déposons le rapport annuel de gestion 2023-2024 du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis.

Cette dernière année fut celle de l'ajustement, alors que l'équipe de gestion a dû redéfinir ses priorités en fonctions des absences et du remaniement au sein même de l'équipe, des besoins identifiés sur le terrain et des défis cliniques grandissants de la clientèle. La grève exercée par tous les syndicats de l'établissement a contraint les réalisations visées entre le mois de novembre et le début janvier. L'équipe de gestion devait contribuer aux tâches journalières sur les étages afin que les employés exercent leur droit de grève. L'épuisement et la division ont menacé l'ambiance au travail à quelques reprises, mais les valeurs d'entraide, de communication saine et de bienveillance ont permis de contrer cette adversité.

En mars 2024, l'annonce de la construction de la première maison des aînés privée, figurant au *Plan québécois des infrastructures*, a été diffusée dans les médias. Cette nouvelle a ranimé les espoirs d'un établissement pouvant permettre aux résidents de bénéficier d'un environnement mieux adapté à leurs besoins et aux employés de travailler dans un environnement moderne et récent.

Les principaux objectifs sur lesquels nous avons travaillé au courant de l'année 2023-2024 sont les suivants :

- Assurer la stabilité des ressources humaines et réorganiser les ressources en fonction de la réalité clinique;
- Diminuer progressivement l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante;
- Déployer la politique d'hébergement et de soins de longue durée du MSSS;
- Déployer des actions et des interventions alliant compétence et jugement;
- Placer le résident au centre des actions et favoriser l'inclusion;
- Allier la participation communautaire à notre milieu de vie;
- Poursuivre le développement des compétences en favorisant des formations diversifiées et adaptées aux réalités cliniques;
- Réintroduire les comités prépandémiques;
- Promouvoir l'établissement comme employeur de choix avec la poursuite de stages venant de centres de formation professionnelle;
- Analyser les problématiques récurrentes et apporter les correctifs nécessaires;

- Intégrer les responsables du répartiteur alimentaire dans certains comités afin de les sensibiliser aux enjeux de la clientèle, les responsabiliser sur l'importance de standardiser l'offre alimentaire et d'offrir un service de qualité et sécuritaire;
- Susciter le sentiment d'appartenance et la rétention du personnel;
- Exercer une gestion de proximité axée sur le travail d'équipe et la reconnaissance;
- Assurer la sécurité des lieux par l'entretien et le remplacement du matériel défectueux;
- Poursuivre un mode de gestion axé sur l'amélioration continue avec le suivi d'indicateurs de qualité et de performance, le suivi des plaintes et des recommandations émises par les instances gouvernementales.

Notons que le mandat de gestion avec le Groupe Champlain se poursuit et qu'il permet de maintenir le soutien dans l'atteinte de nos objectifs et de nos standards élevés de qualité des soins et services offerts.

Nous tenons à remercier l'ensemble du personnel, les médecins, les pharmaciens, 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'enthousiasme que nous entamons la période 2024-2025.

Bonne lecture!



Vincent Morin,  
Président du conseil d'administration



Marie-Ève Dussault,  
Coordonnatrice 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 2023-2024 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 2024.



Marie-Ève Dussault,  
Coordonnatrice des opérations et  
De la transformation  
de la transformation



Annie Cornéliier,  
Directrice générale  
Groupe Champlain

## 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.*

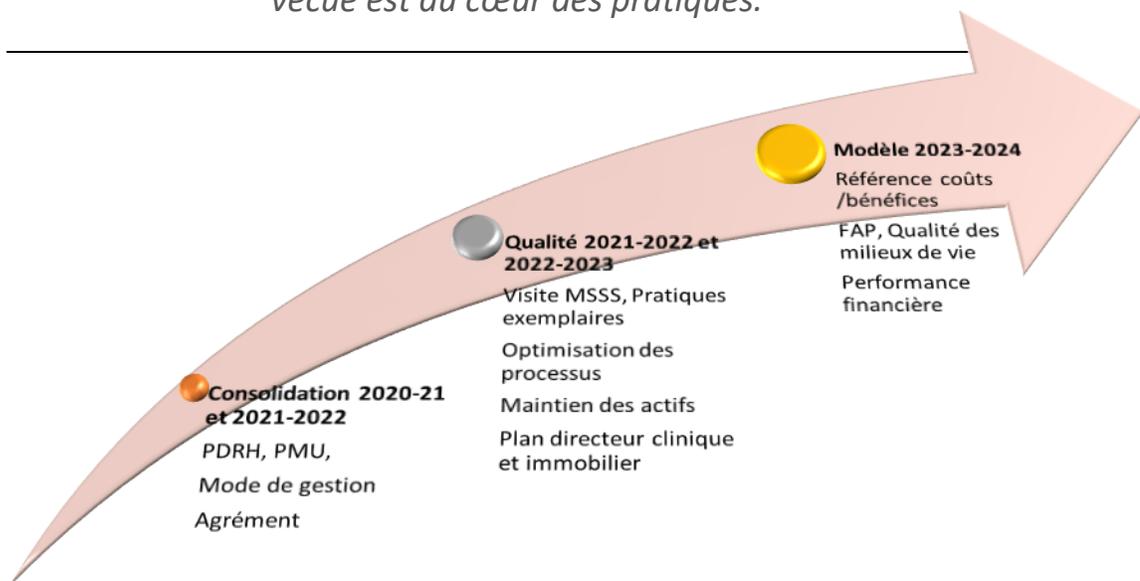
---

## 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 2023-2024 selon ces axes.

---

## Potentiel humain

- Bilan :**
- Poursuite de la mise en place du tableau des bons coups;
  - Poursuite du rehaussement du leadership infirmier;
  - Conception d'outil d'accompagnement et d'intégration pour le personnel d'agence;
  - Création d'un recueil de remerciements venant des familles obtenus lors de bons soins suite à un décès;
  - Poursuite du « Défi santé »;
  - Poursuite du programme reconnaissance;
  - Mise en place d'un groupe tactique SCPD;
  - Remise en place du comité Santé et sécurité au travail.
- 

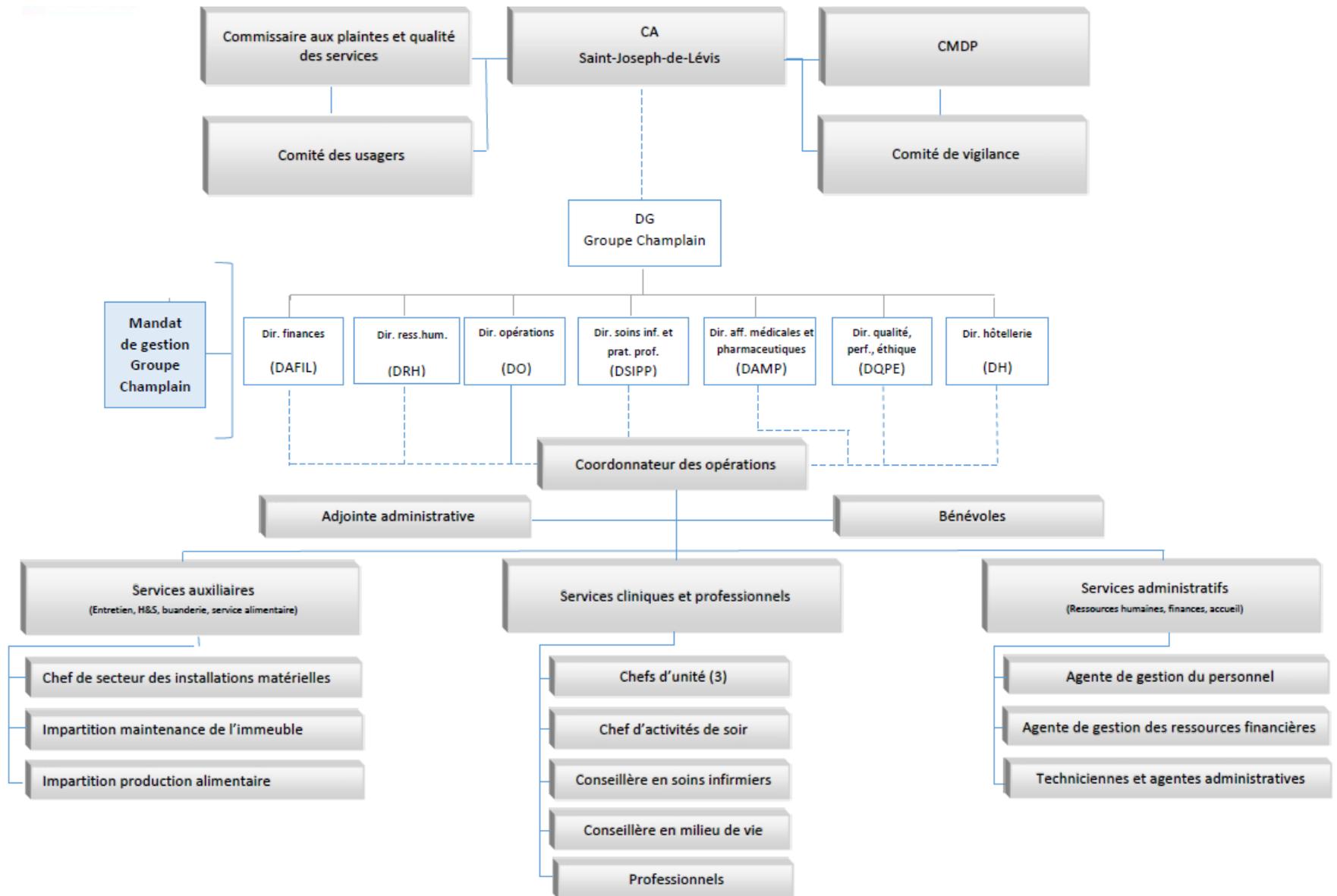
## Gestion efficiente des ressources

- Bilan :**
- Ritualisation de la salle de pilotage et des tableaux de bord;
  - Amélioration majeure des installations et ajouts de matériel divers et récent répondant aux besoins de la clientèle;
  - Poursuite de la formation via la plate-forme Philippe Voyer (pour tous les employés);
  - Optimisation de l'utilisation des outils de formation fournis gracieusement par les partenaires du réseau.
- 

## Culture de qualité

- Bilan :**
- Poursuite du système de contrôle de qualité global;
  - Poursuite du calendrier de suivi de tous les audits et contrôles qualité répertoriés dans l'organisation;
  - Suivi rigoureux des rapports reliés aux incidents-accidents et aux événements sentinelles;
  - Poursuite de la diffusion des indicateurs cliniques aux équipes;
  - Poursuite de la diffusion du *Flash-info* hebdomadaire aux équipes de soins afin de bonifier les plates-formes de communication;
  - Poursuite des tables cliniques pour les préposés aux bénéficiaires;
  - Poursuite du comité pharmacologique et des tables cliniques infirmières.
-

# ORGANIGRAMME FONCTIONNEL



# LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

## Président

**Monsieur Vincent Morin**  
Gestionnaire d'actifs principal, Est du Canada  
Placements immobiliers  
**Desjardins Gestion internationale d'actifs**  
(à partir de juin 2023)

**Monsieur Michel Bédard**  
Vice-président  
Placements immobiliers  
**Desjardins Gestion internationale d'actifs**  
(jusqu'en juin 2023)

## Vice-président

**Mme Sylvie Lecours**  
Directrice  
**Desjardins Sécurité financière**  
(à partir de juin 2023)

**Monsieur Tony Roy**  
Vice-président régional, Est du Canada  
Placements immobiliers  
**Desjardins Gestion internationale d'actifs**  
(jusqu'en avril 2023)

## Secrétaire-trésorier

**Monsieur Vincent Morin**  
Gestionnaire d'actifs principal, Est du Canada  
Placements immobiliers  
**Desjardins Gestion internationale d'actifs**

## Administrateur

**Madame Annie Cornellier**  
Directrice générale  
**Groupe Champlain**  
(à partir de novembre 2023)

**Monsieur Sylvain Lemieux**  
Président et chef de la direction à Groupe  
Santé Sedna, directeur général Groupe  
Champlain par intérim  
(de juin 2023 à novembre 2023)

**Madame Christine Touchette**  
Directrice générale  
Groupe Champlain  
(d'octobre 2022 à juin 2023)

## Administrateur

**Mme Christine Malenfant**  
Conseiller juridique senior  
Affaire juridique  
**Desjardins Gestion internationale d'actifs**  
(à partir de juin 2023)

**Madame Johanne Brien**  
Vice-présidente Finances et chef de la  
direction financière  
**Groupe Santé Sedna Inc.**  
(jusqu'en août 2023)

## Administrateur

**Mme Nancy Marois**  
CPA  
**Groupe Champlain**  
(à partir de novembre 2023)

**Monsieur André Girard**  
Vice-président  
États financiers et contrôleur  
**Desjardins Sécurité financière**  
(jusqu'en avril 2023)

# LES MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION

---

Mme Marie-Ève Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation

Mme Sylvana Carda-Podda, chef d'unités (jusqu'en juin 2023)

Mme Rosalie Charest, chef d'unités

Mme Nadine Gagnon, agente de gestion des ressources financières

M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles

Mme Ann Lacasse, agente de gestion du personnel (jusqu'en août 2023)

Mme Audrey Lord, chef d'unités (depuis mai 2023)

Mme Josée Mercier, adjointe administrative

Mme Claudia Perron, chef d'activités de soir

Mme Vanessa Pruneau, chef d'unités (de juin 2023 à janvier 2024)

Mme Alicia Roy, agente de gestion du personnel (depuis septembre 2023)

---

# Comité de vigilance et de la qualité des services

## Membres du comité

- Mme Caroline Boutin, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches
- Mme Geneviève Chartrand, directrice de la qualité, de l'éthique et de la performance, Groupe Champlain
- Mme Annie Cornellier, administratrice (depuis novembre 2023)
- M. André Girard, administrateur (jusqu'en avril 2023)
- M. Sylvain Lemieux, administrateur (de juin à novembre 2023)
- Mme Christine Malenfant, administratrice (depuis juin 2023)
- Mme Josée Mercier, adjointe administratrice
- Monsieur Vincent Morin, administrateur
- Mme Christine Touchette, administratrice (jusqu'en juin 2023)
- M. Sylvain Tremblay, commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services, CISSS de Chaudière-Appalaches

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 2023-2024, 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 le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ces rapports incluent les recommandations formulées par les commissaires auprès de différentes instances et services de l'établissement en lien avec les motifs suivants :

MOTIFS	Plaintes		Interventions		TOTAL	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Accessibilité	0	0	0	0	0	0
Aspect financier	1	33.3	0	0	1	14
Droits particuliers	1	33.3	0	0	1	14
Maltraitance (Loi)	0	0	2	50	2	29
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	1	33.3	2	50	3	43
Soins et services dispensés	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Sommairement, 7 dossiers furent traités (3 plaintes et 4 interventions).

### Recommandations du Protecteur du citoyen

Aucune plainte n'a été adressée au Protecteur du citoyen en 2023-2024.

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

Une visite ministérielle sur la qualité du milieu de vie a eu lieu en mai 2023. Trois (3) recommandations ont été émises par l'équipe de visiteurs.

1. S'assurer de développer les connaissances des différents acteurs impliqués auprès des résidents afin d'offrir un milieu de vie accueillant : plan d'action complété à 100 %.
2. S'assurer que les résidents ne soient pas en attente plus de vingt minutes avant le début du repas : plan d'action débuté et complété à plus de 50 %.
3. S'assurer d'informer les résidents des mets qui leur sont servis : plan d'action débuté et complété à plus de 50 %.

Aucun rapport du coroner n'a été adressé au CASJL.

### Recommandations au regard d'événements sentinelles

Il y a eu deux (2) événements sentinelles avec recommandations retenues et leur suivi est présenté et analysé au comité. Pour l'année 2023-2024, les principaux suivis réalisés étaient en lien avec la thématique suivante :

- Le programme des symptômes psychologiques et comportementaux relié à la démence.
- Le programme de prévention des chutes.

## 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 des soins et des services, 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;
- Les mesures de contrôle.

## Réalisations 2023-2024

- ☐ Suivi rigoureux des recommandations qualité provenant d'instances internes et d'organisme externe à l'égard des services rendus;
- ☐ Suivi des indicateurs sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- ☐ Suivi du registre des plaintes et/ou des insatisfactions, en incluant le signalement des suspicions de maltraitance selon le cas;

## Objectifs 2024-2025

- ☐ Suivi des plans d'action issus des sondages de satisfaction de la clientèle;
- ☐ Suivi des indicateurs sur les mesures d'urgence et la violence en milieu de travail.
- ☐ Suivre le registre des plaintes et/ou des insatisfactions, et inclure le signalement des suspicions de maltraitance selon le cas;
- ☐ Poursuivre la transmission de rapports et de recommandations au conseil d'administration, selon le cas.



Vincent Morin,  
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;
- Dix (10) médecins de garde;
- Deux (2) pharmaciens;
- Un (1) dentiste.

## Nombre de rencontres

- Une (1) rencontre a été tenue du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024.

## Réalisations 2023-2024

- ☐ Constat décès à distance;
- ☐ Mise à jour de divers documents tels :
  - Protocole de renouvellement de narcotique;
  - Ordonnances collectives;
  - Évaluation de la qualité de l'acte;
- ☐ Révision des prescriptions et mise à jour des protocoles pharmaceutiques avec la collaboration des pharmaciens si nécessaire.

## Objectifs 2024-2025

- ☐ Évaluation de la qualité de l'acte;
- ☐ Mise à jour des divers documents, dont les ordonnances collectives;
- ☐ Déploiement de OPUS-AP;
- ☐ Participation au CMDP du Groupe Champlain.

Aucun dossier de plainte médicale n'a été déposé pour l'année 2023-2024.

Docteure Catherine Jean,  
Présidente

---

# Comité de gestion des risques

## Membres du comité

- Mme Josée Bélanger, préposée aux bénéficiaires
- Mme Johanne Béliveau, représentante des familles (jusqu'en février 2024)
- Mme Geneviève Chartrand, directrice de la qualité, de l'éthique et de la performance, Groupe Champlain
- M. Serge Corriveau, assistant du supérieur immédiat
- Mme Jocelyne Delorme, spécialiste en procédés administratifs à la gestion des risques, direction de la qualité, de la performance et de l'éthique (jusqu'en juillet 2023)
- M. Pierre-Luc Dubé, pharmacien
- Mme Marie-Ève Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- Mme Maryse Gagné, conseillère en gestion des risques, Groupe Champlain (depuis novembre 2023)
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Josée Mercier, adjointe administrative
- Mme Vanessa Pruneau, chef d'unités (jusqu'en janvier 2024)

## La prestation sécuritaire des soins et services

### *La déclaration et divulgation des incidents et accidents*

La sécurité des résidents est au cœur de nos priorités, car elle est partie intégrante de la qualité des soins et des services fournis. Notre établissement accorde une importance primordiale à la gestion des risques, veillant à ce que les actions réalisées par l'ensemble du personnel s'alignent sur cet objectif.

Dans le but de renforcer et d'optimiser nos procédures de déclaration et de divulgation des incidents et accidents, notre équipe de gestion, en étroite collaboration avec la direction de la qualité, de la performance et de l'éthique du Groupe Champlain, a identifié la qualité de la complétion des AH-223 comme action à prioriser en 2023-2024.

L'objectif est l'amélioration des déclarations réalisées par le personnel. Ainsi, la formation des gestionnaires et l'accompagnement de ces derniers avec les équipes par la suite ont permis d'identifier et de documenter la bonne circonstance des chutes et ainsi de réduire au minimum la catégorie « trouvée par terre ». Les plaies de pression, les blessures d'origine connue et inconnue ont aussi été ciblées.

En améliorant ainsi la qualité de la déclaration, nous avons permis aux équipes de mettre en place des mesures afin de prévenir la récurrence et la gravité des incidents et accidents lors de la prestation de soins et de services auprès des résidents.

### ***Suivi du système local de surveillance des incidents-accidents et répartition des principaux événements par indice de gravité pour 2023-2024***

Le nombre total d'incidents (indices de gravité A et B) est de 29 incidents, ce qui représente 3 % de l'ensemble des événements déclarés au moyen de notre système local de surveillance. Les quatre principaux types d'incidents sont ceux liés à la médication, ceux liés aux effets personnels des résidents, ceux liés aux problèmes d'équipement et de matériel et ceux de la catégorie « Autres ».

#### ***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)
<b>Médication</b>	8	27,7 %
<b>Lié aux effets personnels</b>	6	20,7 %
<b>Lié à l'équipement/matériel</b>	6	20,7 %
<b>Autre*</b>	6	20,7 %

\*« Autre » types d'événements

Le nombre total d'accidents (indices de gravité C à I) est de 947 accidents, ce qui représente 97 % de l'ensemble des événements déclarés. Les quatre principaux types d'accidents sont les chutes, les déclarations liées à la catégorie « Autres », ceux liés à la médication ainsi que les blessures d'origine inconnue.

#### ***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)
<b>Chute</b>	342	36,2 %
<b>Autre*</b>	305	32,3 %
<b>Médication</b>	176	51,1 %
<b>Blessure origine inconnue</b>	148	15,6 %

\*« Autre » types d'événements

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

- Reprise du comité SST.
- Reprise du comité soins de fin de vie.
- Poursuite des tables cliniques avec les infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI's), infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires (PAB's).
- Acquisition de matériel adapté à la clientèle pour assurer la sécurité.
- Ajustement des ratios de personnel de soir : augmentation du nombre de PAB's et d'ASI's.
- Poursuite de la formation PDSP pour l'ensemble du personnel.
- Outil ludique de diffusion des indicateurs cliniques aux unités après chaque fin de période pour sensibiliser et responsabiliser l'ensemble du personnel.
- Poursuite des rencontres du comité pharmacologique avec personnel des soins et pharmaciens afin d'assurer une vigie sur le circuit du médicament.
- Rencontres individuelles et plan de développement individualisé.
- Flash Info via courriel au personnel afin d'optimiser la communication.

- Implantation de l'équipe tactique SCPD.
- Six semaines de la sécurité sur thèmes variés avec capsules de formation et activités.

### **Rapports du coroner**

Le Bureau de coroners, réalise des rapports et émet des recommandations pour des événements survenus au sein d'autres organisations que le Centre d'accueil Saint-Joseph-de-Lévis. Ces recommandations sont analysées par l'équipe de la DQPE afin d'en vérifier la pertinence pour l'établissement et, si nécessaire, de mettre en place des mesures préventives afin de minimiser le risque. À cet effet, un rapport adressé à d'autres organisations a été envoyé aux gestionnaires, car quatre recommandations contenues dans ces rapports pouvaient s'appliquer à l'établissement.

Les recommandations ont visé 1- la présence suffisante d'infirmières spécialisées en prévention et contrôle des infections, 2- la planification de simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale, 3- l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative en contexte de soins aigus en CHSLD. Ces trois recommandations ont été finalisées et ont fait l'objet d'un plan d'action.

De plus, aucun rapport du coroner n'a été adressé au CASJL.

### **Signalement de maltraitance.**

À titre d'employeur, le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis a la responsabilité d'offrir des soins et services de qualité, profondément humains, en continu et dans un milieu de vie sécuritaire, à des personnes ayant des besoins complexes au cours de leur parcours de vie en hébergement. Il doit notamment se conformer au cadre législatif de Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ainsi qu'à Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, c.L-6.3)

En cours d'année, il y a eu quatre (4) signalements de suspicion de maltraitance communiqués au commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il y a eu 3 plaintes, mais aucune recommandation.

### **Divulgence des actes répréhensibles**

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

- 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**

Geneviève Chartrand

Direction de la qualité, de la performance et de l'éthique (DQPE), Groupe Champlain

# Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Depuis le 1<sup>er</sup> 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](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

Sommairement, 7 dossiers furent traités (3 plaintes et 4 interventions).

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](mailto:sylvain.tremblay@ssss.gouv.qc.ca)

---

## Comité des usagers

### Composition du comité

- Mme Johanne Béliveau, administratrice et membre de famille (jusqu'en février 2024)
- M. Germain Bouffard, administrateur et membre de famille
- Mme Rachel Dallaire, administratrice et membre de famille (depuis février 2024)
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie, invitée
- M. Denis Labrie, président et résident
- Mme Isabelle Lachance, administratrice et membre de famille
- Mme Aline Plante, administratrice et membre de famille

### Nombre de rencontres

Sept (7) rencontres ont été tenues du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024.

### Réalisations 2023-2024

- 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 22 juin 2023, de l'assemblée générale annuelle du comité des usagers;

- ❑ Réalisation du calendrier 2024 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;
- ❑ Participation à la réouverture de la salle à manger du rez-de-chaussée afin d'offrir le service du dîner du lundi au vendredi pour les résidents;
- ❑ Réalisation d'un nouveau dépliant présentant le comité des usagers;
- ❑ Participation à la visite ministérielle pour la qualité du milieu de vie le 10 mai 2023;
- ❑ Réalisation d'un kiosque à la réception le 15 juin 2023 dans le cadre de la semaine de la bientraitance;
- ❑ Collaboration au projet en lien avec la mesure 25 de la politique d'hébergement de soins et de services de longue durée, soit la réalisation d'un salon des familles;
- ❑ Participation au Congrès du RPCU les 12 et 13 octobre 2023;
- ❑ Participation aux tables de mission organisées par le RPCU;
- ❑ Organisation d'une conférence à l'intention des proches offerte par l'organisme Albatros Lévis;
- ❑ Dans le cadre de la semaine des droits des usagers du 12 au 18 novembre 2023, organisation d'une conférence destinée aux proches sur les régimes de protection, les testaments et les mandats d'incapacité offerte par un notaire, Me Mireille Boucher;
- ❑ Participation à la réalisation du « Sondage de satisfaction de la clientèle » en février et mars 2024;
- ❑ Accompagnement auprès de familles en lien avec des insatisfactions vécues;
- ❑ Envois par la poste d'une lettre de bienvenue aux représentants des nouveaux résidents afin de faire connaître le comité des usagers.



Œuvre collective sous la forme d'une murale, où les résidents, leurs enfants et petits-enfants ainsi que les élèves du service de garde de l'école primaire Charles-Rodrigue ont été invités à participer. Cette murale est exposée dans le salon des familles. Le comité des usagers a collaboré à l'élaboration de ce projet

## Objectifs 2024-2025

### 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 2024
- Participation à la semaine de la bientraitance;	Juin 2024
- Participer à la semaine des droits des usagers;	Novembre 2024
- Produire le calendrier 2025 du comité;	Décembre 2024
- 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;	2025
- Offrir des conférences afin d'informer les résidents et leurs proches sur divers sujets;	Mars 2025
- Participer à des activités telles des cafés-rencontres et des activités thématiques afin de rencontrer les résidents et les familles et d'échanger avec eux sur divers thèmes en lien avec leurs droits et obligations.	Mars 2025

### 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 2024;	Mai 2024
- Participer aux activités afin de souligner la « Journée internationale des personnes âgées »;	Octobre 2024
- Participer à la mise en place de projets en lien avec l'actualisation de la politique d'hébergement de soins et de services de longue durée;	Mars 2025
- Collaborer à la réalisation du sondage annuel portant sur la satisfaction de la clientèle;	Mars 2025

<b>ACTIONS</b>	<b>ÉCHÉANCE</b>
- Poursuivre la participation aux tables de mission du RPCU;	Mars 2025
- Préparer et faire connaître les actions du comité dans le rapport annuel de gestion.	Mars 2025

### **3) DÉFENDRE LES DROITS ET LES INTÉRÊTS COLLECTIFS DES RÉSIDENTS**

<b>ACTIONS</b>	<b>ÉCHÉANCE</b>
- 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**

<b>ACTION</b>	<b>ÉCHÉANCE</b>
- Selon les besoins, offrir du support et de l'accompagnement aux résidents ainsi qu'aux membres de familles lors de situation d'insatisfaction en lien avec les soins et les services reçus.	En continu

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

<b>ACTIONS</b>	<b>ÉCHÉANCE</b>
- Avoir les ressources matérielles / humaines nécessaires;	En continuité
- Adhésion annuelle au Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).	Mars 2025

Les membres du comité des usagers souhaitent remercier Mme Johanne Béliveau qui a participé activement au comité des usagers durant près de 5 ans. Tout au long de son parcours au sein du comité, Mme Béliveau a démontré une grande volonté à défendre les droits des résidents et à leur assurer la meilleure qualité de soins et services.

M. Denis Labrie  
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 et du comité des usagers
- 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 Sylvana Carda-Podda, chef d'unités (jusqu'en juin 2023)
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie
- Mme Émilie Lepage, travailleuse sociale
- Mme Audrey Lord, chef d'unités (depuis août 2023)
- Mme Josiane Pomerleau, technologue en physiothérapie
- Mme Danièle Savard, représentante des membres de famille
- Mme Nancy St-Pierre, préposée aux bénéficiaires

## Nombre de rencontres

- Quatre (4) rencontres ont eu lieu au cours de l'année.

## Réalisations 2023-2024

- 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 2024;
- Collaboration à la réalisation du plan d'action suite à la réalisation du sondage de satisfaction de la clientèle 2023;
- Collaboration à la réalisation du plan d'action suite à la visite ministérielle du 10 mai 2023;
- Consultation en lien avec le projet spécial dans le cadre du déploiement de la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, plus particulièrement en lien avec la mesure 25;
- Consultation et collaboration au projet visant à remettre en place les fiches d'histoire de vie dans les chambres des résidents;
- Consultation des membres dans le cadre de la révision du guide d'accueil des nouveaux résidents et de leurs proches;
- Consultations en lien avec les divers projets de travaux dans l'établissement (peinture des chambres, installation de pellicules solaire dans les fenêtres des verrières, etc.);
- Discussions, en points statutaires, des soins et services offerts lors des admissions de nouveaux résidents.

## Objectifs 2024-2025

- 📁 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, actualiser 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 assistantes du supérieur immédiat (ASI) de soir;
- 📁 Collaborer à l'actualisation du plan d'action suite à la visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie réalisée par le CISSS de Chaudière-Appalaches le 15 avril 2024;
- 📁 Collaborer à la réalisation du plan d'action suite à la réalisation du sondage de satisfaction de la clientèle 2024;
- 📁 Collaborer à l'actualisation du plan d'action en lien avec la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée du ministère de la Santé et des Services sociaux.

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
- Mme Marie-Ève Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Jérôme Tremblay, préposé aux bénéficiaires
- Sylvie Cloutier, ergothérapeute

### Réalisations 2023-2024

- 📁 Réalisation d'une pratique sur le code rouge;
- 📁 Réalisation d'une pratique sur le code blanc;
- 📁 Préparation des plans et devis en prévision des travaux d'installation d'un système de gicleurs automatiques en cours;
- 📁 Inspection annuelle de toutes les composantes du système d'alarme incendie;
- 📁 Formation des assistantes du supérieur immédiat (ASI) du quart de soir sur le fonctionnement du système d'appel général du panneau d'alarme incendie;

- ☐ Mise à jour du système de portes codées du pavillon Youville;
- ☐ Capsules de formation sur les codes d'urgence pendant la semaine de la sécurité (42 employés ont été formés).

## **Objectifs 2024-2025**

- ☐ Formation des assistantes du supérieur immédiat (ASI) du quart de jour et de nuit sur le fonctionnement du système d'appel général du panneau d'alarme incendie;
- ☐ Formation de la majorité des nouveaux employés sur les principes de base du code rouge;
- ☐ 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 pour le sous-sol et le 1<sup>er</sup> étage du pavillon Saint-Joseph.
- ☐ Sécurité au niveau du stationnement, remplacement de deux grilles d'égout;
- ☐ Ajout de caméras de sécurité derrière le bâtiment.

Danny Goupil,  
Chef de secteur des installations matérielles

---

## **Comité de soins infirmiers**

### **Membres du comité**

- M. Samuel Adam, assistant du supérieur immédiat, représentant syndical
- Mme Marie-Ève Bernier, infirmière auxiliaire, représentante syndicale
- Mme Marie-Estelle Couture, conseillère en soins infirmiers (membre invitée)
- Mme Marie-Ève Desjardins, assistante du supérieur immédiat
- Mme Marie-Ève Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- Mme Josée Mercier, adjointe administrative
- Mme Claudia Perron, chef d'activités de soir

### **Nombre de rencontres**

- Deux (2) rencontres ont eu lieu au cours de l'année.

### **Réalisations 2023-2024**

- ☐ 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.;

- ☐ Poursuite du système de contrôle qualité global afin d'évaluer la conformité d'application des processus en place dans le but de maintenir un suivi rigoureux des pratiques;
- ☐ Poursuite du comité pharmacologique ayant pour objectif premier d'améliorer les processus de distribution de la médication;
- ☐ Implantation des différents axes ciblés au plan d'action de la Politique en hébergement du MSSS;
- ☐ Migration du programme de soins SICHELD vers Clinibase;
- ☐ Mise en place des semaines de la sécurité abordant plusieurs thèmes : PMU, circuit du médicament, chute, incident-accident, violence en milieu de travail, etc.;
- ☐ Renforcement des mesures et des processus encadrant le transport et la préparation des narcotiques.

## **Objectifs 2024-2025**

- ☐ Suivre les résultats des audits prévus au calendrier 2024-2025 soit : bilan comparatif des médicaments, chutes, contentions, dysphagie, etc., et mettre en place des plans d'action permettant l'amélioration des processus;
- ☐ Suivre les indicateurs cliniques avec les équipes de soins et poursuivre la mise à jour du tableau de bord;
- ☐ Poursuivre la diminution des erreurs de médicaments, dont celles reliées aux omissions;
- ☐ Poursuivre l'implantation des différents axes de la Politique d'hébergement du MSSS, dont initier la démarche OPUS-AP;
- ☐ Poursuivre la présentation de capsules de formation de la plateforme Philippe Voyer au personnel infirmier, aux différentes tables cliniques des assistantes du supérieur immédiat et des infirmières auxiliaires;
- ☐ Rehausser le leadership infirmier en consolidant la compréhension du rôle et des responsabilités qui s'y rattachent;
- ☐ Poursuivre la mise en place de stratégies innovatrices, stimulantes et multiples afin d'atteindre les objectifs attendus lors de formation (capsules filmées, chambre de simulation, tables d'échange, etc.).

Marie-Ève Dussault,  
Coordonnatrice des opérations et de la transformation

---

# Comité de prévention et contrôle des infections

## Membres du comité

- Mme Marie-Ève Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- Mme Rosalie Charest, chef d'unités
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Audrey Lord, chef d'unités (depuis mai 2023)
- Mme Marie-Estelle Couture, conseillère en soins infirmiers
- Mme Claudia Perron, chef d'activités de soir

## Réalisations 2023-2024

- ☐ 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 ainsi que sur la mise en place des mesures de précautions additionnelles;
- ☐ Rencontre des nouveaux employés et stagiaires pour leur présenter une capsule de formation concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI) et remise d'un guide d'accueil en PCI;
- ☐ Rencontre d'équipe quotidiennement lors d'éclosion afin de s'assurer que toutes les mesures en place sont optimales et permettant de suivre étroitement l'évolution de la situation;
- ☐ Activité de sensibilisation à l'importance de l'hygiène des mains à travers un kiosque mobile dans l'établissement permettant de rejoindre plusieurs travailleurs de différentes professions.

## Objectifs 2024-2025

- ☐ Mettre à jour et simplifier les différents outils et formulaires utilisés lors d'isolement et d'éclosion;
- ☐ 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;
- ☐ Poursuivre les efforts déployés pour faciliter et rendre accessible la vaccination pour les employés et les résidents;
- ☐ 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;
- ☐ Création de capsules vidéo de formation portant sur différents aspects de la PCI qui sera accessible en tout temps par tous afin d'être utilisées comme rappel ou pour la formation des nouveaux employés.

Marie-Estelle Couture,  
Conseillère en soins infirmiers

# Comité tactique SCPD

## Membres du comité

- Mme Marie-Claude Bouchard, technicienne en éducation spécialisée-loisirs
- Mme Lyly Bourgeois, assistante du supérieur immédiat
- Mme Sylvie Cloutier, ergothérapeute
- Mme Marie-Estelle Couture, conseillère en soins infirmiers
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie
- Mme Emilie Lepage, travailleuse sociale
- M. José Lortie, ergothérapeute (animateur)
- Mme Mélina MacFarlane, technicienne en éducation spécialisée-loisirs
- Mme Lolita Memi, assistante du supérieur immédiat
- Mme Maryse Pépin, technicienne en éducation spécialisée-loisirs
- Mme Claudia Perron, chef d'activités de soir
- Mme Mélanie Bouchard, infirmière auxiliaire
- Mme Julie Leblond, préposée aux bénéficiaires
- Mme Awilda Castro Rosa, préposée aux bénéficiaires

## Nombre de rencontres

- Deux rencontres ont eu lieu au cours de l'année.

## Réalisations 2023-2024

- ☐ Appropriation par le comité tactique SCPD du programme de prévention et d'intervention auprès des résidents présentant des symptômes comportementaux et psychologiques associés aux troubles neurocognitifs. (PRO-010);
- ☐ Identification des besoins organisationnels pour actualiser le programme (PRO-010);
- ☐ Regroupement des besoins organisationnels sous trois thématiques (Formation, Environnement, Procédures);
- ☐ Priorisation des besoins;
- ☐ Formation de trois sous-comités responsables d'élaborer un plan d'action et de l'actualiser pour chacune des thématiques.

## Objectifs 2024-2025

- ☐ Comité tactique SCPD : Harmoniser l'évolution des sous-comités et assurer la pérennité des mesures mises en place;
- ☐ *Sous-comité Formation* : Planifier la formation du personnel, afin de favoriser l'excellence et des réponses adaptées aux besoins des résidents avec un SCPD;

- 📁 *Sous-comité Environnement* : Développer un environnement adapté aux besoins spécifiques des résidents avec un SCPD;
- 📁 *Sous-comité Procédures* : Mettre à jour et bonifier l'ensemble des processus organisationnels du programme (PRO-010) pour optimiser les soins et services aux résidents.

José Lortie,  
Ergothérapeute

---

## Comité SST

### Membres du comité

- Mme Marie-Ève Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Ann Lacasse, agente de gestion du personnel (animatrice) (Jusqu'à août 2023)
- Mme Audrey Lord, chef d'unités
- Mme Alicia Roy, agente de gestion du personnel (animatrice) (Depuis septembre 2023)
- Représentante de l'APTS
- Représentante de la FIQ
- Représentante du SCFP

### Nombre de rencontres

- Une (1) rencontre a eu lieu au cours de l'année.

### Réalisations 2023-2024

- 📁 Remise en place d'un comité conjoint Santé et sécurité;
- 📁 Mise en œuvre des semaines de la sécurité au mois de février 2024.

### Objectifs 2024-2025

- 📁 Nommer un représentant en santé et sécurité (RSS) pour l'établissement;
- 📁 S'assurer que les employés ont les outils, les informations et la formation nécessaire pour être des acteurs mobilisateurs et promouvoir de bonnes pratiques.

Alicia Roy,  
Agente de gestion du personnel

---



## Agrément Canada

La visite d'agrément Canada a eu lieu en novembre 2021. À la suite de celle-ci, nous avons obtenu le statut « agréé avec mention » avec un taux de conformité de 97,9 %. Ce statut est valide jusqu'en 2025.

### Objectifs 2024-2025 en vue de la visite prévue en avril 2025

- 📁 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 les exercices et audits de conformité avec la collaboration de la DQPE du Groupe Champlain;
- 📁 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;
- 📁 Dispenser des formations auprès du personnel et des bénévoles afin de répondre aux normes émises par notre accréditeur;
- 📁 Poursuivre les tables cliniques pour les équipes de soins;
- 📁 Assister aux rencontres *Agrément* offertes par le Groupe Champlain;
- 📁 Utiliser l'autoévaluation réalisée en 2023 afin de réviser nos processus et nos politiques et, assurer la conformité de façon méthodique;
- 📁 Sensibiliser et former les nouveaux gestionnaires sur le processus d'Agrément.

Marie-Ève Dussault,  
Coordonnatrice des opérations et de la transformation

---

## La protection des personnes

### Personnes mises sous garde

Selon l'article 118,2 de la LSSSS, l'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 2023-2024 :

- Aucune demande de garde préventive ou provisoire n'a été présentée au tribunal par l'établissement, donc aucun résident n'a fait l'objet d'une garde préventive ou provisoire;
- Aucune demande d'ordonnance d'hébergement, en vertu de l'article 16 du Code civil du Québec, n'a été présentée au tribunal par l'établissement pour un usager.

Émilie Lepage,  
Travailleuse sociale

---

## **Services auxiliaires**

### **Volets technique et alimentaire**

#### **Réalisations 2023-2024**

- 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.);
- Achat massif d'équipements de cuisine favorisant une production alimentaire de qualité supérieure;
- Réorganisation partielle du service d'hygiène-salubrité afin d'optimiser le service;
- Réorganiser les cuisines des unités de soins du pavillon Saint-Joseph; ajout d'une distributrice à jus;
- Ajout d'une machine à glaçons à la cafétéria;
- Ajout d'un téléviseur 85'' et d'un cinéma maison pour nos résidents;
- Renouvellement des fauteuils pour nos employés;
- Remise en service de l'unité 3100;
- Création d'un poste de travail aux fins de formation du personnel;
- Réorganisation physique du service de réadaptation;
- Acquisitions d'équipements, fauteuils et literies pour le service de réadaptation;
- Rehaussement de la capacité électrique pour la climatisation des chambres de résidents;
- Rehaussement du système de caméras du pavillon Youville;
- Installation de pellicules teintées afin de diminuer le niveau de chaleur aux étages Saint-Joseph et à la cuisine;
- Suivi de tous les projets techniques de l'établissement.

## Objectifs 2024-2025

- 📁 Poursuivre l'amélioration physique des chambres du pavillon Youville et Saint-Joseph (peinture et plâtrage);
- 📁 Déploiement des nouveaux chariots alimentaires;
- 📁 Poursuivre l'amélioration physique des salles de bain de l'établissement;
- 📁 Rehaussement du système de cloches d'appel pour l'ensemble de l'établissement;
- 📁 Modification et réorganisation des routes de l'entretien ménager, abolition de l'affectation de chef d'équipe;
- 📁 Améliorer la sécurité du bâtiment par l'installation d'un système de gicleurs automatiques pour le pavillon Saint-Joseph au sous-sol et 1<sup>er</sup> étage (projet majeur d'une durée d'environ six à huit mois);
- 📁 Poursuivre l'acquisition et le renouvellement d'équipements de soins (leviers, lits et petits équipements de soins);
- 📁 Rehaussement d'équipements et ajout d'une trappe à graisse à la grande cuisine;
- 📁 Mise en fonction et début de production de la nouvelle courroie pour la distribution alimentaire;
- 📁 Finaliser le projet de buanderie concernant la perte de bas de nos résidents;
- 📁 Supporter l'équipe de gestion dans la mise en place des divers projets.

Danny Goupil,  
Chef de secteur des installations matérielles

---

# Service des ressources financières

## Réalisations 2023-2024

- ☐ Développer des outils de travail permettant de suivre les dépenses de façon régulière et continue;
- ☐ Établir des rencontres régulières avec les gestionnaires afin de les soutenir dans le suivi de leur budget respectif et adapter la présentation des résultats pour une meilleure compréhension de l'équipe de gestion;
- ☐ Création d'un outil de comparaison de nos résultats avec ceux de l'ensemble des établissements privés conventionnés;
- ☐ Création d'un outil de travail permettant d'accélérer la complétion du rapport S-471.

## Objectifs 2024-2025

- ☐ Supporter l'équipe des finances dans le changement de façon à conserver la rigueur de l'information financière ainsi que les bonnes pratiques;
- ☐ Intégrer les données du budget dans notre logiciel comptable;
- ☐ Gestion documentaire : procéder à une épuration des archives de l'établissement.

Nadine Gagnon  
Agente de gestion financière

---

## États financiers (selon le AS-471)

	2023-2024	2022-2023
<b>ÉTAT DES RÉSULTATS</b>		
<b>REVENUS</b>		
Agence régionale et MSSS	18 219 772	15 391 355
Contribution des usagers	3 535 452	3 362 571
Autres	176 902	170 186
<b>TOTAL DES REVENUS</b>	<b>21 932 126</b>	<b>18 924 112</b>
<b>DÉPENSES</b>		
Salaires	12 942 070	10 775 911
Avantages sociaux	2 575 459	2 388 381
Charges sociales	1 958 459	1 737 976
Fournitures et autres dépenses	4 899 806	4 310 357
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>22 375 794</b>	<b>19 212 625</b>
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES</b>	<b>(443 668 )</b>	<b>(288 513 )</b>

---

## ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Actifs financiers	7 189 436	6 594 286
Passifs	5 567 338	4 508 324
Actifs financiers nets	1 622 098	2 085 962
Actifs non financiers	163 085	142 889
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	<b>1 785 183</b>	<b>2 228 851</b>

---

## Contrats de services, comportant une dépense de 25 555 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2023 et le 31 mars 2024

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>		
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	6	2 981 833 \$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>6</b>	<b>2 981 833 \$</b>
1 Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.		
2 Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.		

## Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes-services						
Santé publique						
Services généraux - activités cliniques et d'aide						
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	12 980 568 \$	68%	15 523 205 \$	69%	2 542 637 \$	20%
Déficience physique						
Déficience intellectuelle et TSA						
Jeunes en difficulté						
Dépendances						
Santé mentale						
Santé physique	190 818 \$	1%	192 673 \$	1%	1 855 \$	1%
Programmes soutien						
Administration	1 349 123 \$	7%	1 421 228 \$	6%	72 105 \$	5%
Soutien aux services	3 304 277 \$	17%	3 542 490 \$	16%	238 213 \$	7%
Gestion des bâtiments et des équipements	1 387 839 \$	7%	1 696 198 \$	8%	308 359 \$	22%
<b>Total</b>	<b>19 212 625 \$</b>	<b>100%</b>	<b>22 375 794 \$</b>	<b>100%</b>	<b>3 163 169 \$</b>	<b>16%</b>

\* : Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

\*\* : Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure

# 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<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024 indique les données suivantes :

- Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : **80**
  - Nombre de demandes pour sédations palliatives continues administrées : **Aucune**
  - Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées : **0**
  - Nombre d'aides médicales à mourir administrées : **0**
  - Nombre d'aides médicales à mourir NON administrées : **0**
- 

## Service des ressources humaines

### Une année remplie de défis

Au cours de l'automne 2023, nous avons vécu plusieurs journées de grève par le Front commun ainsi que la FIQ lors de la période de négociation des conventions collectives. Cela fut une première pour l'équipe de gestion qui a dû apprendre à jongler avec les relations de travail difficiles et les horaires de grève afin de maintenir un bon climat de travail tout en s'assurant de la continuité et de la qualité des soins et services offerts à nos résidents. Cela s'est étalé jusqu'en décembre 2023.

De plus, en automne 2023, nous avons appris le projet de réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI) du Gouvernement dans les établissements publics et privés conventionnés. On nous a présenté des jalons de réduction progressive pour la période allant de janvier à octobre 2024. Cela a pour objectif de ne plus avoir recours à des ressources provenant d'agences. Nous avons dû élaborer des stratégies et faire une planification en équipe pour atteindre les cibles visées.

En plus de la réduction de la MOI, en mars 2024, nous avons également dû nous départir de nos ressources préposés à l'unité (aides de service). En effet, les heures de ces précieuses ressources devaient désormais passer dans notre budget de fonctionnement, alors qu'elles étaient attribuées à nos heures cliniques depuis les débuts. Cela a été un coup dur pour nous et nos équipes qui ont dû se réapproprier le travail qui était confié depuis un moment à nos préposées à l'unité. La bonne nouvelle, c'est que parmi ces 13 ressources détenant ce titre d'emploi, deux ont été rapatriées dans le secteur des installations matérielles, soit à l'entretien ménager. Trois d'entre elles ont décidé de poursuivre un cours AEP pour devenir préposé aux bénéficiaires et font partie de notre programme de bourses. Une ressource a décidé d'aller compléter une reconnaissance des acquis afin de continuer de travailler au sein de l'équipe en tant que préposée aux bénéficiaires. Deux d'entre elles ont pu être placées en jumelage directement puisqu'elles ont déjà complété un an d'études pour devenir infirmières auxiliaires.

Dû à ces annonces, l'équipe a redoublé d'efforts sur le volet recrutement. En effet, une moyenne de 5 entrevues est planifiée par semaine depuis le début de l'année 2024. De plus, nous avons entamé la révision de notre politique d'accueil et intégration du personnel qui a pour objectif de mieux accueillir et conserver le personnel recruté.

Du côté du service des ressources humaines, il y a eu le départ de l'agente de gestion du personnel en août 2023 qui a été un coup dur puisqu'elle était en poste depuis plusieurs années. J'ai débuté mes fonctions en septembre 2023 pour pourvoir le poste. Somme toute, le service RH est composé de ressources stables pour assurer le suivi de la liste de rappel et le mandat recrutement est en grande partie pris en charge par l'une des techniciennes administratives puisque cela demeure une des grandes priorités pour l'année à venir.

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

Le service des ressources humaines est structuré de la façon suivante : une agente de la gestion du personnel à temps complet, deux techniciennes en administration à temps complet ainsi qu'une ressource externe agente administrative pour assurer le suivi de la liste de rappel sur les quarts de fin de semaine. Il y a actuellement un poste de technicienne administrative à temps partiel en affichage pour combler les fins de semaine et des quarts de soir au besoin.

### **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.

## Ressources humaines de l'établissement

	Exercice précédent	Exercice courant
<b>PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES</b>		
<b>Personnel-cadre</b>		
Temps complet	5	6
Temps partiel	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<b>Personnel régulier</b>		
Temps complet	103	106
Temps partiel	38	32
<b>Nombre de personnes : équivalents temps complet</b>	130,1	124,6
<b>PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES</b>		
<b>Personnel-cadre</b>	0	0
<b>Personnel régulier</b>	45	43

## Répartition de l'effectif en 2024 par catégorie de personnel

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2024	Nombre d'ETC en 2023-2024
1- Personnel en soins infirmiers	41	38,6
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	81	70
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	10	8,8
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	8	7,2
5- Personnel d'encadrement	6	6
<b>Total</b>	146	124,6

## Statistiques embauches/départs

Nombre d'embauches au total : 45

- 1 Agente administrative;
- 1 Agente de la gestion du personnel;
- 7 Aides de service;
- 0 Assistante du supérieur immédiat;
- 2 Chefs d'unités;
- 4 Infirmières auxiliaires;
- 6 Préposés à l'entretien ménager;
- 21 Préposés aux bénéficiaires;
- 0 Préposé au service alimentaire;

- 0 Travailleuse sociale;
- 1 Technicienne en éducation spécialisée;
- 2 Techniciennes administratives.

Nombre de départs au total : 36

- 1 Agente administrative;
- 1 Agente de la gestion du personnel;
- 10 Aides de service;
- 1 Assistante du supérieur immédiat;
- 2 Chefs d'unités;
- 1 CEPIA;
- 1 Infirmière auxiliaire;
- 3 Préposés à l'entretien ménager;
- 16 Préposés aux bénéficiaires.

Motif des départs :

- 23 Départ volontaire (motif inconnu)
- 2 Autre;
- 1 Fin de stage;
- 1 Climat de travail insatisfaisant;
- 3 Mise à pied;
- 6 Probation échouée.

Alicia Roy,  
Agente de la gestion du personnel

---

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

Le 1<sup>er</sup> 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



**1945, vue aérienne**



**1958, vue aérienne sur le secteur du Rond-Point**

## **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](http://www.castjoseph.com)**