



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2024-2025

TABLE DES MATIÈRES

Message du président du conseil d'administration et de la coordonnatrice des opérations et de la transformation.....	3
Déclaration de fiabilité des données	5
Mission – Vision – Valeurs.....	6
Orientations stratégiques	7
Organigramme fonctionnel	9
Membres du conseil d'administration	10
Membres du comité de gestion.....	11
Comité de vigilance et de la qualité des services	12
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	15
Comité de gestion des risques	16
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	19
Comité des usagers	20
Comité milieu de vie	23
Comité des mesures d'urgence	24
Comité pharmacologie	25
Comité paritaire en SST	26
Agrément Canada	28
La protection des personnes	29
Charte de la langue française	29
Services auxiliaires (volets technique et alimentaire).....	30
Service des ressources financières	31
États financiers	32
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	37

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 2024-2025 du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc.

Encore une fois cette année, la stabilité de l'équipe de gestion était au cœur des défis opérationnels, alors que deux nouvelles chefs d'unités se sont jointes à l'équipe. Le secteur des ressources humaines fut aussi impacté par le manque de personnel et plusieurs stratégies organisationnelles ont dû être mises en place afin de limiter les impacts dans ce secteur d'activités. Grâce à la cohésion partenariale entre le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. et le Groupe Champlain, nous avons pu bénéficier de ressources additionnelles permettant ainsi d'assurer les services aux employés et de soutenir les gestionnaires. Du printemps jusqu'à la fin de l'été, des travaux d'amélioration de la sécurité et d'entretien ont eu lieu dans l'établissement. Certains résidents ont dû être déménagés temporairement sur une unité bien adaptée afin de permettre l'exécution de ces travaux. Ce défi a permis à nouveau de démontrer l'esprit d'équipe et la capacité d'adaptation exceptionnelle de l'ensemble des gestionnaires, des professionnels et du personnel de soins et a engendré un sentiment de fierté collective. Dès l'automne, nous avons intensifié les activités préparatoires reliées à la visite d'Agrément Canada.

En février 2025, une panne informatique majeure a contraint nos activités quotidiennes. Cette situation, qui a perduré pendant plusieurs semaines, a engendré quelques ajustements et stratégies communicationnelles de la part de toute l'équipe. Malgré cette entrave, nous avons fait preuve de résilience et nous avons maintenu l'atteinte de notre objectif d'offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires et ainsi, démontrer l'étendue de notre savoir-être et de notre savoir-faire lors de la visite d'Agrément Canada. C'est parfois dans l'adversité que se fait le plus grand apprentissage.

Les principaux objectifs sur lesquels nous avons travaillé au courant de l'année 2024-2025 sont les suivants :

- Concevoir et approuver la planification stratégique 2024-2027.
- Maintenir les standards de qualité et de sécurité d'Agrément Canada.
- Poursuivre le déploiement de la politique d'hébergement et de soins de longue durée du MSSS dont l'amorce de la démarche OPUS-AP-PEPS.
- Consolider la cogestion médicale.
- Placer le résident et son proche au centre des actions, favoriser l'inclusion et diversifier les approches relationnelles.
- Encourager la participation communautaire à notre milieu de vie.
- Poursuivre l'application et l'évaluation de l'approche milieu de vie pour améliorer les soins et services.
- Améliorer les aires communes des milieux de vie.

- Améliorer la qualité de l'activité du temps de repas.
- Assurer la stabilité des ressources humaines et réorganiser les ressources en fonction de la réalité clinique.
- Intensifier le recrutement afin de pourvoir l'ensemble des postes offerts.
- Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux employés.
- Limiter jusqu'à enrayeur l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.
- Poursuivre le développement des compétences en favorisant des formations diversifiées et adaptées aux réalités cliniques.
- Poursuivre les divers comités et optimiser les interventions définies.
- Analyser les problématiques récurrentes et apporter les correctifs nécessaires.
- Promouvoir une approche de bientraitance en exploitant mensuellement auprès des équipes, les thèmes de la roue de l'approche relationnelle.
- Diversifier les modes de communication et la formule des activités de formation.
- Promouvoir les valeurs organisationnelles.
- 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 défaillant.
- Poursuivre un mode de gestion axé sur l'amélioration continue avec des audits mensuels, 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 professionnels, les médecins, les pharmaciens, les bénévoles, les proches aidants ainsi que nos partenaires pour leur collaboration manifeste face à l'amélioration, la qualité, la sécurité et les services offerts quant aux soins qui demeurent au cœur de nos activités. Votre loyauté et votre dévouement sont remarquables. Ce don de soi, cette humanité dans un contexte environnemental limité nous touche profondément.

C'est avec un sentiment d'optimisme que nous entamons la période 2025-2026.

Bonne lecture!



Vincent Morin,
Président du conseil d'administration



Marie-Eve 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 2024-2025 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 2025.



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



Annie Cornélius,
Vice-présidente Hébergement et Soins infirmiers
Groupe Santé Sedna Inc.

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 2024-2025 selon ces axes.

Potentiel humain

- Bilan :**
- Poursuite de la mise à jour du tableau des bons coups.
 - Poursuite des formations reliées au rehaussement du leadership infirmier.
 - Intensification du recrutement de personnel.
 - Fin de l'utilisation de la main d'œuvre indépendante (sauf en découverte d'urgence).
 - Mise à jour du recueil de remerciements venant des familles, obtenu lors de bons soins suite à un décès et impression pour l'équipe de l'étage concernée.
 - Poursuite du « Défi santé » en période estivale.
 - Poursuite du programme reconnaissance employés et cadres.
 - Révision, approbation et diffusion du programme d'accueil et intégration des employés.
 - Intégration de préposés chef d'équipe.
 - Déploiement d'une nouvelle salle des employés en collaboration avec les syndicats.
 - Introduction des statutaires entre les chefs d'unités et les assistantes du supérieur immédiat.
 - Réintroduction des comités d'amélioration continue (CAC) par les chefs d'unités sur les étages pour chaque quart de travail.
 - Poursuite des évaluations au rendement.
 - Développement et consolidation de la cogestion médicale.
 - Introduction et diffusion des indicateurs de blessures et de violence au travail en comité Santé et sécurité au travail.

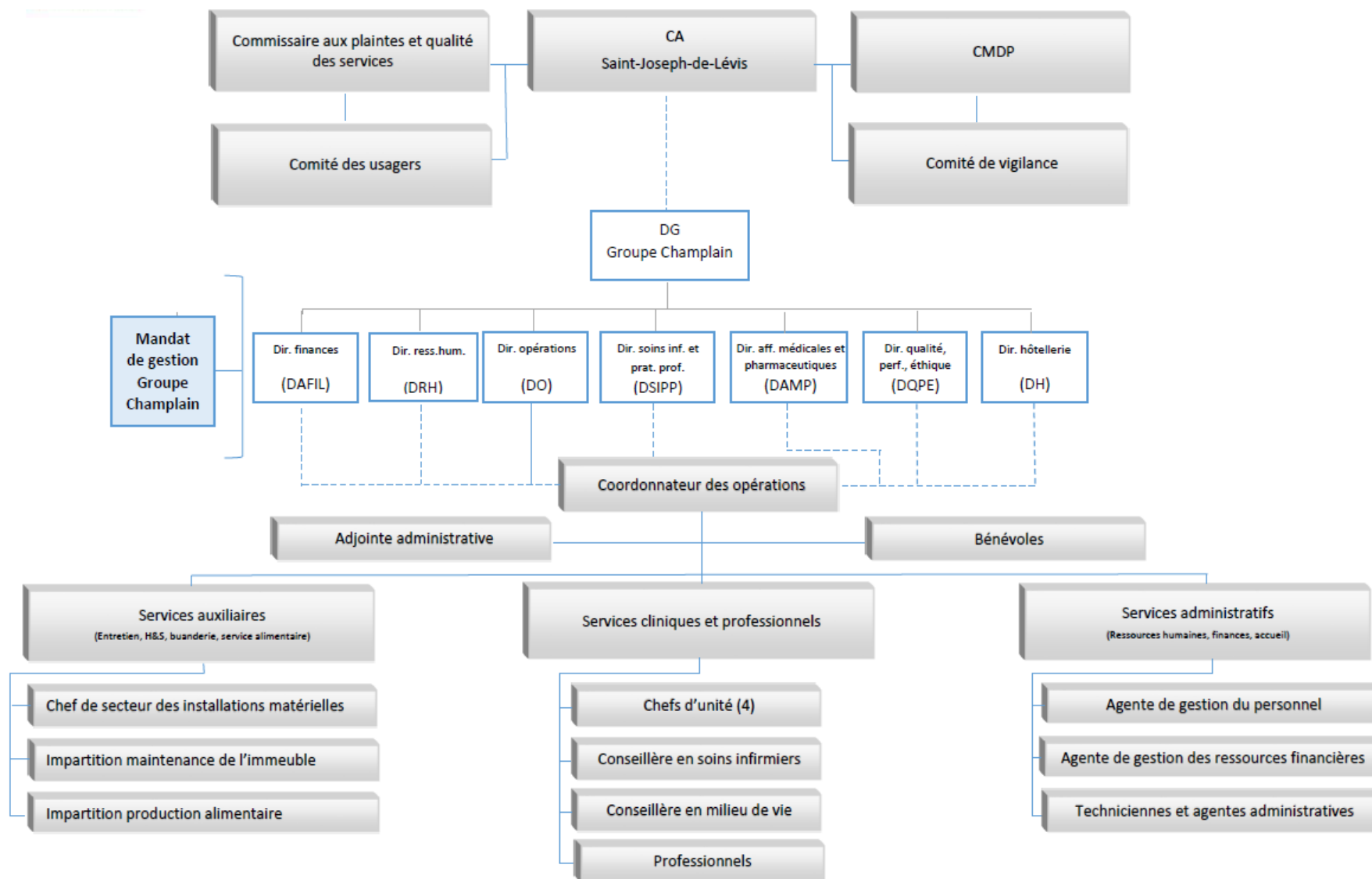
Gestion efficiente des ressources

- 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.
 - Bonification des audits sur la qualité des temps de repas pour les résidents.
 - Introduction d'audits cliniques biannuels par la conseillère en soins externe Champlain.
 - Introduction des chariots alimentaires Burlodge chaud-froid afin d'améliorer l'expérience repas.
 - Suivi rigoureux des rapports reliés aux incidents-accidents et aux événements sentinelles.
 - Poursuite de la diffusion des indicateurs cliniques simplifiés aux équipes de soins.
 - Poursuite de la diffusion du *Flash-info* hebdomadaire aux équipes de soins afin de bonifier les plates-formes de communication.
 - Poursuite du comité pharmacologique et des tables cliniques infirmières.
 - Renforcement de la capacité d'intervention des T.E.S. en situations de SCPD.
 - Introduction d'un mécanisme de révision des politiques de gestion des médicaments lors des comités pharmacologiques.
-

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

Vice-président

Mme Sylvie Lecours
Directrice
Desjardins Sécurité financière

Secrétaire-trésorier

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

Administrateur

Madame Annie Cornellier
Vice-présidente Hébergement et Soins
infirmiers
Groupe Santé Sedna Inc.

Administrateur

Mme Christine Malenfant
Conseiller juridique senior
Affaire juridique
Desjardins Gestion internationale d'actifs

Administrateur

Mme Nancy Marois
Directrice des finances – volets
conventionné
Groupe Santé Sedna Inc

LES MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION

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

Mme Rosalie Charest, chef d'unités

Mme Nadine Gagnon, agente de gestion des ressources financières (jusqu'en juin 2024)

M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles

Mme Anne-Laure Lagourde, chef d'unités (depuis en août 2024)

Mme Audrey Lord, chef d'unités (jusqu'en août 2024)

Mme Josée Mercier, adjointe administrative

Mme Claudia Perron, chef d'unités

Mme Alicia Roy, agente de gestion du personnel

Mme Manon Savard, chef d'unités (depuis septembre 2024)

Comité de vigilance et de la qualité des services

Membres du comité

- Mme Isabelle Bourrassa, directrice de la qualité, performance et éthique, Groupe Champlain (depuis février 2025)
- 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, performance et éthique, Groupe Champlain (jusqu'en janvier 2025)
- Mme Annie Cornellier, administratrice
- Mme Christine Malenfant, administratrice
- Mme Josée Mercier, adjointe administratrice
- Monsieur Vincent Morin, administrateur
- M. Sylvain Tremblay, commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services, CISSS de Chaudière-Appalaches

Mandat général du comité de vigilance et de la qualité

Selon la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) et dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits des usagers, le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement :

- D'assurer le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la présente loi ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (article 156, LGSSSS).
- De surveiller l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers ou au traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi des recommandations de ces instances (article 156, LGSSSS).

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

Au cours de l'année 2024-2025, 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 le commissaire 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	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	1	5	1	5
Maltraitance (Loi)	0	0	12	60	12	54
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	2	10	2	9
Relations interpersonnelles	1	50	0	0	1	5
Soins et services dispensés	1	50	5	25	6	27
Autre	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	100	20	100	22	100

Recommandations du Protecteur du citoyen

Aucune plainte n'a été adressée au Protecteur du citoyen en 2024-2025.

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

Aucunes recommandations reçues au courant de l'année 2024-2025. Un rapport du coroner a été adressé au CASJL mais aucunes recommandations n'ont été émises.

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, des plans d'action intégrée (PAI) ont été mises en place et ont été toutes complétées au courant de l'année 2024-2025 :

1. S'assurer de développer les connaissances des différents acteurs impliqués auprès des résidents afin d'offrir un milieu de vie bienveillant : 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 complété à 100 %.
3. S'assurer d'informer les résidents des mets qui leur sont servis : plan d'action complété à 100 %.

Recommandations au regard d'événements sentinelles

Pas d'événements sentinelles survenus au courant de l'année 2024-2025.

Trois (3) recommandations de l'année 2023-2024 ont été traitées au courant de l'année 2024-2025 :

- 2 recommandations émises lors d'une analyse approfondie d'un événement sentinelle d'une chute. La première porte sur la mise à jour du programme de chute et l'application des politiques est terminée. La deuxième porte sur des procédures et des programmes relatifs aux risques de chutes par le personnel soignant est à 75 % de réalisation de son plan d'action intégrée (PAI).

- 1 recommandation émise lors d'une analyse approfondie d'un événement sentinelle, portant sur la révision et le déploiement du programme des symptômes psychologiques et comportementaux reliés à la démence, est terminée.

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.

Pour l'année 2024-2025 :

- Les trimestres 2 et 4 de l'année 2024-2025 présentent les taux moyens de résidents avec mesures de contrôle (MC) les plus élevés, avec respectivement 3 % et 3,67 %.
- On observe une stabilité globale de l'utilisation des mesures de contrôles avec un taux moyen annuel passant de 2,81 % en 2023-2024 à 2,83 % en 2024-2025.
- Le taux moyen annuel de résidents avec une nouvelle plaie de pression pour l'année 2024-2025 a été de 1,48 % ce qui est en bas de la cible fixée < 1,8 %. On observe une baisse de 65,9 % du taux moyen de résidents avec une nouvelle plaie de pression (4,35 % pour l'année 2023-2024).
- Il y a eu 10 éclosions cette année, le covid-19 a été l'éclosion la plus fréquente.
- Il y a une baisse de 43,7 % du nombre de résidents infectés en 2024-2025 comparativement à l'année 2023-2024).
- Aucune personne hébergée n'a développé une infection nosocomiale.

Il est à noter qu'en raison d'une panne informatique, le portrait des incidents et des accidents sera complété ultérieurement. Néanmoins un plan de contingence a été mise en place afin de permettre la gestion des incidents et des accidents ainsi que leur documentation au travers du formulaire papier AH-223.

Réalisations 2024-2025

- ☐ 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 2025-2026

-  Ajuster les indicateurs de qualité et les cibles en fonction des données probantes disponibles.
-  Renforcer les compétences des gestionnaires dans l'interprétation des indicateurs afin de soutenir la mise en œuvre d'actions d'amélioration ciblées au sein de l'établissement.
-  Consolider les mécanismes nécessaires pour dégager des constats systémiques à partir des résultats indicateurs et prioriser les actions correctives et préventives.



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
- Quatre (4) pharmaciens
- Un (1) dentiste

Nombre de rencontres

- Une (1) rencontre a été tenue du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025.

Réalisations 2024-2025

-  Participation au CMDP de Groupe Champlain.
-  Mise à jour de divers documents.
-  Mise à jour d'ordonnances collectives (pharmaciens).

Objectifs 2025-2026

-  Évaluation de la qualité de l'acte.
-  Poursuite des mises à jour des divers documents, dont les ordonnances collectives.
-  Formation et déploiement de OPUS-AP.

Aucun dossier de plainte médicale n'a été déposé pour l'année 2024-2025.

Docteure Catherine Jean,
Présidente

Comité de gestion des risques

Membres du comité

- Mme Mélanie Bernier, préposée aux bénéficiaires
- Mme Isabelle Bourrassa, directrice de la qualité, performance et éthique, Groupe Champlain (depuis février 2025)
- Mme Geneviève Chartrand, directrice de la qualité, de l'éthique et de la performance, Groupe Champlain (jusqu'en janvier 2025)
- M. Serge Corriveau, assistant du supérieur immédiat
- Mme Rachel Dallaire, représentante des familles
- M. Pierre-Luc Dubé, pharmacien
- Mme Marie-Eve Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Anne-Laure Lagourde, chef d'unités
- M. Thurel Mah, conseiller en gestion des risques et maltraitance, Groupe Champlain
- Mme Josée Mercier, adjointe administrative

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 un souci d'amélioration continue de la qualité et de favoriser la déclaration d'événements indésirables, l'équipe de gestion des risques de la Direction de la qualité, de la performance et de l'éthique du Groupe Champlain en collaboration avec les gestionnaires ont offert au courant de l'année 2024-2025 des formations au centre d'accueil Saint-Joseph Lévis inc. sur les pratiques organisationnelles requises en gestion de risques à tout le personnel, tout titre d'emploi confondu. Les principes de la gestion de risque ont été abordés à savoir la déclaration, la divulgation, la culture de sécurité, le processus d'amélioration continue derrière la gestion de risques, l'identification des accidents et des incidents ainsi que le rôle et les responsabilités de chaque membre du personnel. Tous les nouveaux gestionnaires ont reçu une formation pour leur permettre de mieux réaliser leurs analyses sommaires.

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 2024-2025

• **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)
Médicament	11	18,96 %
Autres*	10	17,24 %
Effets personnels	9	15,52 %
Diète	6	10,34 %

*« Autre » types d'événements

• **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	657	48,29 %
Autres	399	29,93 %
Médicament	213	15,98 %
Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation	28	2,10 %

Par ailleurs, un plan de contingence a été mise en place pour assurer la continuité de la gestion et de la documentation des incidents et des accidents qui sont survenus au courant de la panne informatique.

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

- Poursuite du comité CPSST avec divulgation des indicateurs de violence et accidents.
- Poursuite du comité soins de fin de vie.
- Poursuite des tables cliniques avec les infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI's), infirmières auxiliaires.
- Acquisition de matériel adapté à la clientèle pour assurer la sécurité.
- Amélioration du milieu de vie.
- Poursuite de la formation PDSP pour 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.
- Poursuite des *Flash Info* via courriel au personnel afin d'optimiser la communication.
- Reprise des comités d'amélioration continue (CAC) aux étages par les chefs d'unités.
- Ajout de PAB chef d'équipe en soutien aux équipes.
- Formation SCPD accrue préparatoire à la démarche OPUS-AP-PEPS.
- Optimisation de la capacité d'intervention des techniciennes en éducation spécialisée en situations SCPD.

Rapports du coroner

Le Bureau du coroner 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 inc. 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 au Centre d'accueil Saint-Joseph-de-Lévis inc., aucune recommandation n'a été émise.

Signalement de maltraitance.

À titre d'employeur, le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. 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)

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.

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**

Objectifs 2025-2026

Pour l'année 2025-2026, les membres ont émis quatre objectifs :

- Ajuster les indicateurs et les cibles en fonction des données probantes disponibles.
- Renforcer les compétences des gestionnaires dans l'interprétation des indicateurs de gestion des risques afin de soutenir la mise en œuvre d'actions d'amélioration ciblées au sein de l'établissement.
- Consolider les mécanismes nécessaires pour dégager des constats systémiques à partir des résultats indicateurs des risques et prioriser les actions correctives et préventives.

Isabelle Bourassa

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^{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 de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivantes : www.cisss-ca.gouv.qc.ca

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

- M. Germain Bouffard, administrateur et membre de famille (jusqu'en juin 2024)
- Mme Rachel Dallaire, administratrice et membre de famille (depuis février 2024)
- Mme Camille Dufour, administratrice et membre de famille (depuis octobre 2024)
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie, invitée
- M. Denis Labrie, président et résident
- Mme Isabelle Lachance, administratrice et membre de famille (jusqu'en mai 2024)
- Mme Aline Plante, administratrice et membre de famille (jusqu'en juin 2024)
- Mme Danièle Savard, administratrice et membre de famille (depuis septembre 2024)
- M. Roland Vien, administrateur et membre de famille (depuis octobre 2024)

Nombre de rencontres

- Sept (7) rencontres ont été tenues du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025.

Réalisations 2024-2025

- ☐ 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 17 juin 2024, de l'assemblée générale annuelle du comité des usagers.
- ☐ Réalisation du calendrier 2025 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'un kiosque à la réception le 15 juin 2024 dans le cadre de la semaine de la bientraitance.
- ☐ Collaboration au projet en lien avec les mesures 13 et 25 de la politique d'hébergement de soins et de services de longue durée, soit la décoration des onze salles de bain, la décoration des verrières du pavillon Saint-Joseph ainsi que l'achat de matériel sensorielle afin de créer un espace chaleureux et calme, l'achat de tableaux d'orientation et d'horloge afin d'aider les résidents à se repérer dans le temps et la réalisation de séances de musicothérapie.
- ☐ Participation au Congrès du RPCU du 25 au 27 septembre 2024.
- ☐ Réalisation d'un kiosque d'information et distribution de biscuits messagers illustrant les droits des usagers dans le cadre de la semaine des droits des usagers qui s'est tenue du 10 au 16 novembre 2024.

- ☐ Collaboration à la réalisation du plan d'action en lien avec le sondage de satisfaction de la clientèle 2024.
- ☐ Participation à la réalisation du « Sondage de satisfaction de la clientèle » en février et mars 2025.
- ☐ Diffusion d'une publication Facebook en janvier 2025 afin de faire connaître le comité des usagers.
- ☐ Envois par la poste d'une lettre de bienvenue aux représentants des nouveaux résidents afin de faire connaître le comité des usagers.

Objectifs 2025-2026

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 2025
- Participation à la semaine de la bientraitance.	Juin 2025
- Participer à la semaine des droits des usagers.	Novembre 2025
- Produire le calendrier 2026 du comité.	Décembre 2025
- 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.	En continuité
- Offrir des conférences afin d'informer les résidents et leurs proches sur divers sujets.	Mars 2026
- Réaliser un bulletin d'information afin de transmettre des renseignements aux résidents et aux membres de famille sur leurs droits et obligations ainsi que de faire connaître les réalisations du comité des usagers.	

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 2025.	2025

ACTIONS	ÉCHÉANCE
- Participer aux activités afin de souligner la « Journée internationale des personnes âgées ».	Octobre 2025
- 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 2026
- Collaborer à la réalisation du sondage annuel portant sur la satisfaction de la clientèle.	Mars 2026
- Préparer et faire connaître les actions du comité dans le rapport annuel de gestion.	Mars 2026

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
- 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

ACTIONS	ÉCHÉANCE
- Avoir les ressources matérielles / humaines nécessaires.	En continuité
- Adhésion annuelle au Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).	Mars 2026

Les membres du comité des usagers souhaitent remercier M. Germain Bouffard, Mme Isabelle Lachance et Mme Aline Plante qui ont participé activement au comité des usagers et ont contribué à améliorer la qualité de vie des résidents du Centre d'accueil. Leur dévouement, leur implication et leur ouverture d'esprit ont grandement apporté au comité des usagers.

M. Denis Labrie

Président du comité des usagers du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc.

Comité milieu de vie

Membres du comité

- M. Germain Bouffard, représentant des membres de famille et du comité des usagers (jusqu'en juin 2024)
- Mme Marie-Claude Bouchard, technicienne en éducation spécialisée et représentante de l'APTS
- Mme Rosalie Charest, chef d'unités (de septembre 2024 à novembre 2024)
- Mme Marie-Eve Desjardins, assistante du supérieur immédiat
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie
- M. Denis Labrie, résident et président du comité des usagers (depuis novembre 2024)
- Mme Julie Lejeune, travailleuse sociale (depuis mars 2025)
- Mme Émilie Lepage, travailleuse sociale (jusqu'en juillet 2024)
- Mme Audrey Lord, chef d'unités (jusqu'en août 2024)
- Mme Nancy Messervier, travailleuse sociale (de juillet à décembre 2024)
- Mme Josiane Pomerleau, technologue en physiothérapie
- Mme Danièle Savard, représentante des membres de famille (jusqu'en septembre 2024)
- Mme Manon Savard, chef d'unités (depuis novembre 2024)
- Mme Nancy St-Pierre, préposée aux bénéficiaires (jusqu'en septembre 2024)

Nombre de rencontres

- Trois (3) rencontres ont eu lieu au cours de l'année.

Réalisations 2024-2025

- ☐ 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.
- ☐ Consultation en lien avec le projet de mise en place de chariots alimentaires chauffant pour améliorer la température des aliments lors des repas.
- ☐ Consultation en lien avec les recommandations émises lors de la visite qualité sur le milieu de vie par le CISSS de Chaudière-Appalaches le 15 avril 2024.
- ☐ 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 afin de déployer les mesures 13 et 25.
- ☐ Discussions, en points statutaires, des soins et services offerts lors des admissions de nouveaux résidents.

Objectifs 2025-2026

-  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 la réalisation du plan d'action suite à la réalisation du sondage de satisfaction de la clientèle 2025.
-  Poursuivre l'actualisation du déploiement de la roue de l'approche relationnelle par le biais de diverses activités.
-  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 dont, entre autres, la mesure 17 soit : Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées.

Mélanie Guay,
Conseillère en milieu de vie

Comité des mesures d'urgence

Membres du comité

- Mme Michelle Beaulieu, infirmière auxiliaire
- M. Denis Labrie, représentant du comité des usagers
- M. Serge Corriveau, assistant du supérieur immédiat
- Mme Marie-Eve 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 2024-2025

-  Réalisation d'une pratique sur le code rouge.
-  Réalisation d'une pratique sur le code bleu.
-  Inspection annuelle de toutes les composantes du système d'alarme incendie.
-  Visite du service des incendies de la ville de Lévis.
-  Mise à jour du plan de mesure d'urgence.

-  Rehaussement du système de caméras pour la sécurité extérieure en collaboration avec COGIR.
-  Accentuation du partenariat avec l'équipe de direction des services techniques du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Objectifs 2025-2026

-  Poursuivre la formation des assistantes du supérieur immédiat du quart de jour, de soir 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.

Danny Goupil,
Chef de secteur des installations matérielles

Comité pharmacologie

Membres du comité

- Mme Jessie Blais, infirmière auxiliaire
- Mme Mélanie Bouchard, infirmière auxiliaire
- Mme Émilie Boutin, assistante du supérieur immédiat
- Mme Rosalie Charest, chef d'unités
- Mme Marie-Estelle Couture, conseillère en soins infirmiers
- Mme Marie-Eve Desjardins, assistante du supérieur immédiat
- M. Pierre-Luc Dubé, pharmacien
- Mme Anne-Laure Lagourde, chef d'unités
- Mme Claudia Perron, chef d'unités
- Mme Laurie Prévost, pharmacienne
- Mme Karine Rancourt, pharmacienne
- Mme Manon Savard, chef d'unités
- M. Vincent Turpin, pharmacien

Réalisations 2024-2025

-  Réalisation de 3 rencontres du comité pharmaco.
-  Accueil de deux nouveaux pharmaciens clinique dans notre établissement.
-  Profil pharmacologique à jour dans chaque dossier.

- ❏ Déploiement d'une trousse d'urgence disponible sur chaque unité.
- ❏ Sécurisation de la réception des narcotiques au bureau polyvalent.
- ❏ Réduction du nombre de concentrations différentes d'un même médicament sur les unités afin de diminuer le risque d'erreurs de médicaments.
- ❏ Plusieurs politiques mises à jour.
- ❏ Modification de l'armoire de nuit pour régler une problématique de sachets de médicaments qui tombaient dans une fente.
- ❏ Semaine de la prévention des erreurs de médicaments.

Objectifs 2025-2026

- ❏ Poursuivre la mise à jour des politiques et procédures en lien avec la gestion des médicaments.
- ❏ Poursuivre l'amélioration des processus afin d'augmenter la sécurité liée à l'administration de la médication.
- ❏ Formation sur les différentes classes de médicaments.
- ❏ Semaine de prévention des erreurs de médicaments.
- ❏ Déploiement du programme OPUS.

Marie-Estelle Couture,
Conseillère en soins infirmiers

Comité paritaire en SST

Membres du comité

- Mme Marie-Eve Dussault, coordonnatrice des opérations et de la transformation
- M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles
- Mme Audrey Lord, chef d'unités (jusqu'en août 2024)
- Mme Martine Pichette, CRIA, agente de gestion du personnel CNESST et projets spéciaux, Service de santé du Groupe Champlain Inc. (depuis novembre 2024)
- Mme Alicia Roy, agente de gestion du personnel (animatrice)
- Mme Manon Savard, chef d'unités (depuis septembre 2024)
- Représentante de l'APTS
- Représentantes de la FIQ
- Représentante du SCFP

Nombre de rencontres

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

Réalisations 2024-2025

- ☐ Poursuite du comité conjoint Santé et sécurité au travail.
- ☐ Introduction d'un audit sur les risques de violence en milieu de travail.
- ☐ Présentation des statistiques de violence en milieu de travail et accident/incident.
- ☐ Nommer un représentant en santé et sécurité (RSS) pour l'établissement.

Objectifs 2025-2026

- ☐ S'assurer que les employés ont les outils, les informations et la formation nécessaires pour être des acteurs mobilisateurs et promouvoir de bonnes pratiques.
- ☐ Poursuite et bonifier l'audit sur la violence en milieu de travail.
- ☐ Introduire des comités d'organisation du travail.
- ☐ Assurer la mise en place des processus entourant le respect de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST).

Alicia Roy,
Agente de gestion du personnel



Agrément Canada

La visite d'agrément Canada a eu lieu en avril 2025. À la suite de celle-ci, nous avons obtenu le statut « agréé avec mention d'honneur » avec un taux de conformité de 98.8 %. Ce statut est valide jusqu'en 2029.

Objectifs 2025-2026

-  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 l'inclusion des résidents et leurs familles de la démarche systématique entourant l'élaboration de programmes et de politiques.
-  Poursuivre les tables cliniques pour les équipes de soins.
-  Assister aux rencontres *Agrément* offertes par le Groupe Champlain.
-  Poursuivre la plan d'action relié au sondage HSO.
-  Poursuivre le développement de la télésanté en collaboration avec le Groupe Champlain.
-  Sensibiliser et former les nouveaux gestionnaires sur le processus d'Agrément.

Marie-Eve 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 2024-2025 :

- ☐ 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.

Julie Lejeune,
Travailleuse sociale

Charte de la langue française

L'article 20.1 de la Charte de la langue française, stipule qu'[un] « organisme de l'Administration publique, dans les trois mois suivant la fin de son exercice, le nombre de postes au sein de son organisation pour lesquels il exige, afin d'y accéder notamment par recrutement, embauche, mutation ou promotion ou d'y rester, la connaissance ou un niveau de connaissance spécifique d'une langue autre que la langue officielle ainsi que ceux pour lesquels une telle connaissance ou un tel niveau de connaissance est souhaitable. »

Ainsi, au cours de l'année 2024-2025, le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. n'a exigé ou souhaité aucune connaissance ni aucun niveau de connaissance spécifique d'une autre langue que la langue officielle, le français, pour pourvoir ses postes.

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

Services auxiliaires

Volets technique et alimentaire

Réalisations 2024-2025

-  Achat d'équipements pour le service de la buanderie (une sècheuse et une laveuse).
-  Bonification de l'offre de service pour le secteur de la buanderie en augmentant la fréquence de livraison des équipements de réadaptation.
-  Projet complété et réussi dans le secteur de la buanderie concernant la perte de bas des résidents.
-  Réorganisation du secteur des casiers, des locaux de rencontres et d'entreposage (fournitures et équipements du service d'hygiène et salubrité).
-  Réorganisation complète du service d'hygiène-salubrité afin d'optimiser leur rôle. Les routes de travail ont été revues dans leur entièreté.
-  Ajout d'une salle de lavage pour le secteur de la cuisine Mallet.
-  Déploiement des nouveaux chariots alimentaires Burlodge.
-  Réorganisation complète du service alimentaire afin d'optimiser le service. Les routes de travail ont été revues dans leur entièreté.
-  Installation d'une thermopompe à la cuisine afin de régulariser la température de l'environnement de travail.
-  Acquisition de nouveaux lits UMANO (60 % de nos lits ont maintenant moins de 10 ans).
-  Mise à jour du commutateur internet TELUS dans la salle du serveur.
-  Réorganisation physique du service de réadaptation.
-  Création d'une salle sécurisée pour les archives.
-  Destruction et réorganisation des archives de l'établissement en collaboration avec l'adjointe administrative de direction.
-  Rehaussement du système de caméras pour la sécurité extérieure en collaboration avec COGIR.
-  Installation complétée d'un système de gicleurs automatiques pour le pavillon Saint-Joseph au sous-sol et 1^{er} étage.
-  Suivi de tous les projets techniques de l'établissement.

Objectifs 2025-2026

-  Poursuivre l'amélioration physique des chambres du pavillon Youville et Saint-Joseph (peinture et plâtrage).
-  Poursuivre l'amélioration physique des salles de bain de l'établissement.

-  Augmenter les heures de formation du personnel.
-  Mettre en place un système efficace d'entretien préventif des équipements de soins.
-  Rehaussement du système de cloches d'appel pour l'ensemble de l'établissement.
-  Poursuivre l'acquisition et le renouvellement d'équipements de soins (leviers, lits et petits équipements de soins).
-  Finaliser la mise à jour du parc informatique et du serveur.
-  Renforcer la sécurité de la terrasse avant et arrière de l'établissement.
-  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 2024-2025

-  Poursuite du développement 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.

Objectifs 2025-2026

-  Maintenir le support de 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 : poursuivre l'épuration des archives de l'établissement.
-  Redéfinir les rôles et responsabilités de l'équipe des finances en collaboration avec Groupe Champlain.

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

États financiers (selon le AS-425)

	2024-2025	2023-2024
ÉTAT DES RÉSULTATS		ÉTAT DES RÉSULTATS
REVENUS		
Agence régionale et MSSS	17 306 226	18 219 772
Contribution des usagers	3 649 895	3 535 452
Autres	181 500	176 902
TOTAL DES REVENUS	21 137 621	21 932 126
DÉPENSES		
Salaires	11 358 428	12 942 070
Avantages sociaux	2 658 447	2 575 459
Charges sociales	1 949 046	1 958 459
Fournitures et autres dépenses	5 290 724	4 899 806
TOTAL DES DÉPENSES	21 256 645	22 375 794
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	(119 024)	(443 668)
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE		
Actifs financiers	5 634 104	7 189 436
Passifs	4 134 756	5 567 338
Actifs financiers nets	1 499 348	1 622 098
Actifs non financiers	166 811	163 085
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	1 666 159	1 785 183

Contrats de services, comportant une dépense de 25 555 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹		
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	6	2 317 736 \$
Total des contrats de services	6	2 317 736 \$

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	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique				
Services généraux - activités cliniques et d'aide				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	15 523 205 \$	69%	14 168 747 \$	67%
Déficiences physique				
Déficiences intellectuelle et TSA				
Jeunes en difficulté				
Dépendances				
Santé mentale				
Santé physique	192 673 \$		207 709 \$	
Programmes soutien				
Administration	1 421 228 \$	6%	1 347 646 \$	6%
Soutien aux services	3 542 490 \$	16%	3 594 043 \$	17%
Gestion des bâtiments et des équipements	1 696 198 \$	8%	1 938 500 \$	9%
Total	22 375 794 \$	100%	21 256 645 \$	100%

* : 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^{er} avril 2024 au 31 mars 2025 indique les données suivantes :

- Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : **48**
 - Nombre de demandes pour sédations palliatives continues administrées : **Aucune**
 - Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées : **2**
 - Nombre d'aides médicales à mourir administrées : **1**
 - Nombre d'aides médicales à mourir NON administrées : **1**
-

Service des ressources humaines

Une année remplie d'apprentissages, d'ajustements et de développement des compétences

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 puis la fin prévue de l'utilisation de la MOI en octobre 2024. Toutefois, suite à de nombreuses consultations, des représentations et l'identification du risque de découverte dans certains milieux, le délai de non utilisation de la main d'œuvre indépendante pour les EPC, a été prolongé en octobre 2025.

Afin d'enrayer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, l'équipe a, encore cette année, redoublé d'efforts au niveau du recrutement. En effet, pendant les 13 périodes de l'année financière 2024-2025, c'est 64 nouvelles personnes embauchées qui ont rejoint les équipes comparativement à 47 en 2023-2024. De plus, nous avons finalisé, approuvé et déployé 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 temporaire de l'agente de gestion du personnel en juillet 2024 qui a nécessité plusieurs ajustements pour assurer une couverture efficiente. Une ressource externe provenant du Groupe Champlain est venue supporter les équipes au niveau des relations de travail et un support à distance a été mis en place afin d'accompagner la technicienne en administration dans l'ouverture des dossiers cadres, de régimes d'assurances, de retraite et autres services aux employés.

En automne, dans la foulée des travaux préparatoires à la visite d'Agrément Canada, la complétion du sondage HSO a été déployée pour l'ensemble des employés afin de cibler les enjeux du personnel et établir un plan d'action permettant d'améliorer les conditions de travail et mieux définir les besoins de ceux-ci.

En janvier, après un affichage spécial hors période et une entrevue de sélection, nous avons procédé à l'intégration de nouveaux préposés aux bénéficiaires chefs d'équipe (coach). Cette démarche vient s'inscrire dans le plan de déploiement de la *Politique d'hébergement et soins et services de longue durée* du ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

Le service des ressources humaines est structuré de la façon suivante : une agente de 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 CPSST.

Ressources humaines de l'établissement

	Exercice précédent	Exercice courant
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel-cadre		
Temps complet	6	6
Temps partiel	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Personnel régulier		
Temps complet	112	103
Temps partiel	34	34
Nombre de personnes : équivalents temps complet	124,6	124

PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES

Personnel-cadre
Personnel régulier

Exercice
précédent

**Exercice
courant**

0
51

0
51

Répartition de l'effectif en 2025 par catégorie de personnel

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2025	Nombre d'ETC en 2024-2025
1- Personnel en soins infirmiers	48	38,1
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	127	79,2
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	9	7,8
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	13	7,2
5- Personnel d'encadrement	6	6
Total	203	138,3

Statistiques embauches/départs

Nombre d'embauches au total : 64

- 2 Chefs d'unités
- 33 Préposés aux bénéficiaires
- 1 CEPI
- 3 Pharmaciens
- 6 Assistantes du supérieur immédiat
- 10 Infirmières auxiliaires
- 2 Préposés à l'entretien ménager
- 2 Préposés au service alimentaire
- 2 Travailleuses sociales
- 1 Technicienne en éducation spécialisée
- 1 Agente administrative
- 1 Technicienne administrative

Nombre de départs au total : 54

- 1 Agente administrative
- 2 Travailleuses sociales
- 4 Assistantes du supérieur immédiat
- 1 Chef d'unités
- 1 CEPIA
- 12 Infirmière auxiliaire
- 4 Préposés à l'entretien ménager
- 26 Préposés aux bénéficiaires
- 1 Préposé à la buanderie
- 2 Préposés au service alimentaire

Motif des départs : 54

- 30 Départ volontaire (motif inconnu)
- 1 Maladie + de 3 ans
- 2 Congédiement
- 1 Climat de travail insatisfaisant
- 7 Retraite
- 1 Ne répond pas aux exigences du poste
- 10 Probation échouée
- 2 Autres

Alicia Roy,
Agente de 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 régions 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 prôtons 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 déchue 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