



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2025-2026

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	6
Mission – Vision – Valeurs.....	7
Orientations stratégiques	8
Organigramme fonctionnel	10
Membres du conseil d'administration	11
Membres du comité de gestion.....	12
Comité de vigilance et de la qualité des services	12
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	18
Comité de gestion des risques	19
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	22
Comité des usagers	23
Comité milieu de vie	24
Comité des mesures d'urgence	25
Comité pharmacologie	26
Comité paritaire en SST/CPSST	28
Agrément Canada	29
La protection des personnes	30
Charte de la langue française	30
Services auxiliaires (volets technique et alimentaire).....	31
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	38

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 **2025-2026** du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc.

L'année financière s'est amorcée en force avec la visite d'Agrément Canada et, en suivi de cette visite, la remise d'un rapport en juin avec le verdict final « agréé avec mention d'honneur ». Cette belle réalisation a donné un second souffle à toute l'équipe suite aux enjeux informatiques vécus les mois précédents.

À l'automne, nous avons repris la parution d'un journal interne pour les résidents, les familles et les employés. Dans un souci d'amélioration et de diversification des moyens de communication et afin de favoriser le lien de confiance, cet outil ludique additionnel permet d'accentuer une proximité avec nos résidents et nos familles.

Plus que jamais, la sécurité demeure une préoccupation importante pour le propriétaire, les gestionnaires et les employés. La vétusté de l'établissement amène son lot de défis au quotidien. Ainsi, pour une deuxième année consécutive, nous avons travaillé en collaboration avec le service d'incendie de la ville de Lévis afin d'optimiser nos interventions en situation d'urgence et, par le fait même, améliorer la sécurité au sein de l'établissement. De plus, nous avons retenu les services de Cosior afin de procéder au rehaussement et la sécurisation du réseau informatique interne et des données sensibles. Et finalement, plusieurs semaines de planification ont été nécessaires afin de procéder à des travaux électriques permettant le remplacement de notre raccordement avec Hydro-Québec et engendrant des coupures électriques temporaires et planifiées sur les unités.

Suite à l'élimination progressive de la main-d'œuvre indépendante, la disponibilité des ressources humaines spécifiques aux soins cliniques s'est intensifiée permettant d'augmenter la capacité d'entrevues et d'embauches. Contrairement aux années passées, les affichages de postes à l'externe engendrent plusieurs candidatures. Cette amélioration de la disponibilité de la main-d'œuvre a permis un recrutement accru et des ratios améliorés aux étages.

Ainsi, en ordonnancement opérationnel, afin de dépenser judicieusement les heures cliniques octroyées pour les prochaines années, nous avons revu la structure et affiché de nouveaux postes. Parmi ceux-ci, citons l'ajout d'un quatrième préposé aux bénéficiaires de soir et d'une assistante du supérieur immédiat (ASI) de soir sur chaque unité du pavillon Saint-Joseph. Toutefois, ces démarches ont été retardées par les règles d'application de la PURA (procédure unique de reconnaissance de l'ancienneté).

Un défi en amène un autre, le recrutement massif relié au retrait total de la main-d'œuvre indépendante et la volonté d'utiliser les heures cliniques à bon escient ont engendré des enjeux d'intégration : grande cohorte d'employés, diversité culturelle, communication et variabilité de l'expérience individuelle, etc. Devant l'intensification de cette nouvelle réalité, un comité sur la

diversité et l'intégration a vu le jour. En plus de cette initiative, un renforcement du rôle d'accueil et d'intégration des préposés aux bénéficiaires chef d'équipe a permis d'augmenter le soutien et l'accompagnement des nouveaux employés. Une idée en engendre une autre, une classe formative fût créée permettant la pratique des déplacements, des pratiques et autres techniques nécessaires au bon fonctionnement sans déranger directement les résidents.

Les principaux objectifs sur lesquels nous avons travaillé au courant de l'année **2025-2026** sont les suivants :

- Poursuivre 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, notamment en poursuivant et en bonifiant la démarche OPUS-AP-PEPS.
- Assurer la sécurité des données sensibles et confidentielles.
- Renforcer la sécurité informatique.
- Poursuivre la cogestion médicale et débiter des rencontres entre cheffe d'unités et médecin désigné.
- Placer le résident et son proche au centre des actions, favoriser l'inclusion et diversifier les approches relationnelles.
- Développer et 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.
- Poursuivre l'amélioration des aires communes et privées des milieux de vie.
- Intensifier les audits sur la qualité de l'activité du temps de repas et impliquer le personnel de soins dans la démarche.
- 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 et utiliser les heures cliniques.
- Améliorer l'accueil, l'intégration et le soutien des nouveaux employés.
- Enrayer 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 et la charte de vie.

- Exercer une gestion de proximité axée sur le travail d'équipe et la reconnaissance, mais aussi sur l'équité et l'imputabilité.
- 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 et de sécurité.

Nous sommes heureux d'annoncer qu'après plusieurs années de négociation, le conseil des ministres a officiellement approuvé le projet de construction d'un nouvel établissement. Situé sur le boulevard Guillaume-Couture, le bâtiment sera construit conformément au concept de maison des aînés. On y retrouvera 180 lits répartis en 12 maisonnées de 15 chambres chacune, ce qui représente un ajout net de 23 lits. Le déménagement de la clientèle vers ce nouveau bâtiment moderne est prévu en début d'année 2029.

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, votre engagement et votre dévouement sont remarquables. Ce don de soi, cette humanité dans un contexte environnemental limité nous touche profondément et nous pousse au dépassement. Tous ensemble, nous pouvons faire la différence.

C'est avec un sentiment d'espoir et de renouveau que nous entamons la période **2026-2027**.

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 2025-2026 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 2026.



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 2025-2026 selon ces axes.

Potentiel humain

- Bilan :**
- Poursuite de la mise à jour du tableau des bons coups.
 - Poursuite de partenariats communautaires, introduction d'une collecte de denrées non périssables.
 - Poursuite de l'intensification du recrutement de personnel, surtout des préposés aux bénéficiaires.
 - Poursuite du « Défi santé » en période estivale.
 - Poursuite du programme reconnaissance des employés et cadres.
 - Promotion des activités reliées au club social.
 - Promotion de la page Facebook reliée au Centre.
 - Rehaussement du rôle et des responsabilités des préposés aux bénéficiaires chef d'équipe.
 - Poursuite des statutaires entre les cheffes d'unités et les assistantes du supérieur immédiat.
 - Introduction d'un journal interne, point d'union entre les résidents, les familles et les employés.
 - Poursuite des comités d'amélioration continue (CAC) par les cheffes d'unités sur les étages.
 - Poursuite des évaluations au rendement.
 - Poursuite de la cogestion médicale.
 - Introduction de cogestion médicale entre cheffe d'unités et médecin attitré aux unités spécifiques.
 - Introduction des RSS en comité Santé et sécurité au travail.

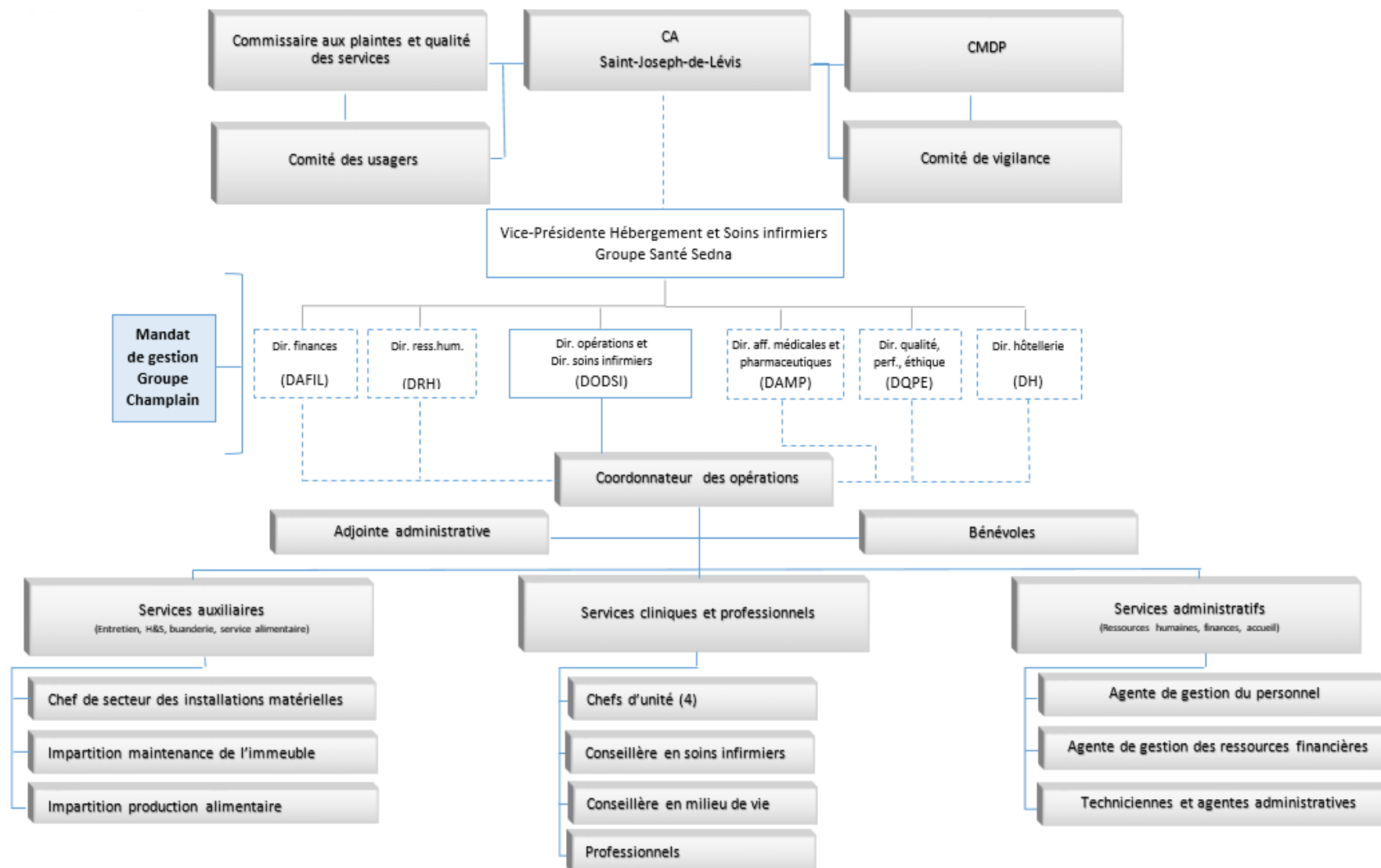
Gestion efficiente des ressources

- Bilan :**
- Ritualisation de la salle de pilotage et du tableau de bord des indicateurs cliniques et de suivi des audits.
 - Élaboration et mise à jour du plan d'action intégré (PAI).
 - Poursuite de l'amélioration des installations et ajouts de matériel divers et récent répondant aux besoins de la clientèle et assurer sa sécurité.
 - Poursuite de la formation via la plate-forme Philippe Voyer (pour tous les employés).
 - Optimisation et sécurisation du réseau informatique interne.
-

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.
 - Implication des préposés aux bénéficiaires chef d'équipe aux audits sur la qualité des temps de repas pour les résidents.
 - Intensification des audits sur l'hygiène des mains et activité promotionnelle chaque deux mois.
 - Amélioration de la qualité d'analyse des rapports d'incident-accident.
 - 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.
 - Introduction d'un comité sur l'intégration et la diversité.
-

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

Administrateur

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

LES MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION

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

Mme Rosalie Charest, cheffe d'unités

M. Danny Goupil, chef de secteur des installations matérielles

Mme Anne-Laure Lagourde, cheffe d'unités

Mme Josée Mercier, adjointe administrative

Mme Claudia Perron, cheffe d'unités

Mme Alicia Roy, agente de gestion du personnel

Mme Manon Savard, cheffe d'unités

Comité de vigilance et de la qualité des services

Membres du comité

- Mme Isabelle Bourrassa, directrice de la qualité, performance et éthique, Groupe Champlain
- Mme Caroline Boutin, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches
- Mme Annie Cornellier, administratrice
- Mme Christine Malenfant, administratrice
- Mme Josée Mercier, adjointe administrative
- 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 des services

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 des services 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 2025-2026, 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	8	1	6.6
Maltraitance (Loi)	0	0	7	54	7	47
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	1	8	1	6.6
Relations interpersonnelles	0	0	1	8	1	6.6
Soins et services dispensés	2	100	2	15	4	27
Autre	0	0	1	8	1	6.6
TOTAL	2	100	13	100	15	100

Suite à l'analyse de la plainte, l'avis de fermeture a été reçu sans recommandation.

Recommandations du Protecteur du citoyen

Aucune plainte n'a été adressée au Protecteur du citoyen en 2025-2026.

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

- Service incendie/GRSI 8 recommandations au plan d'action intégré.

Recommandations au regard d'événements sentinelles

Au cours de l'exercice 2025-2026, trois événements sentinelles ont été recensés. Conformément au processus de gestion des risques, chacun de ces événements a fait l'objet d'une analyse approfondie visant à identifier les causes contributives et les facteurs sous-jacents, ainsi qu'à évaluer les possibilités d'amélioration des pratiques.

Répartition selon le niveau de gravité :

- 1 événement de gravité G.
- 2 événements de gravité I.

Répartition selon la nature de l'événement :

- 1 événement lié à une chute.
- 2 événements liés à une obstruction respiratoire.

À la suite des analyses réalisées, aucune recommandation supplémentaire n'a été formulée, les mesures de prévention et les mécanismes de contrôle en place ayant été jugés adéquats au regard des circonstances entourant ces événements.

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.

Incidents et accidents

Au cours de l'année 2025-2026, un total de 1 426 événements ont été déclarés, comparativement à 1 432 événements en 2024-2025, soit une légère diminution de six déclarations.

Chutes

Les chutes ont représenté 32,75 % de l'ensemble des événements déclarés en 2025-2026. Les circonstances les plus fréquemment associées aux chutes demeurent le lit (10,17 %) et la chaise ou le fauteuil (8,35 %). À titre comparatif, ces proportions étaient respectivement de 15,99 % et de 8,66 % en 2024-2025.

Parmi les chutes déclarées, 4,07 % (19 événements) ont entraîné des conséquences pour la personne hébergée. La gravité maximale observée est de niveau G, correspondant à des conséquences permanentes pour le résident.

Erreurs de médication

Les erreurs de médication ont représenté 17,18 % de l'ensemble des événements déclarés en 2025-2026, comparativement à 16,13 % l'année précédente.

Les omissions de médication demeurent la circonstance la plus fréquemment déclarée, représentant 48,98 % des erreurs de médication. Cette proportion est toutefois en diminution par rapport à 2024-2025, où les omissions constituaient 59,74 % des erreurs rapportées.

La proportion d'erreurs de médication ayant entraîné des conséquences est de 1,63 % (quatre événements). La gravité maximale observée est de niveau E1, correspondant à des conséquences mineures et temporaires ayant pu être prises en charge à l'intérieur de l'établissement.

Abus, agressions, harcèlement et intimidation (AAHI)

Les événements de type AAHI ont représenté 1,47 % de l'ensemble des déclarations, soit 21 événements en 2025-2026, comparativement à 36 événements (2,51 %) en 2024-2025. Cette diminution témoigne d'une baisse du nombre de situations déclarées dans cette catégorie.

Plaies de pression

Les plaies de pression ont représenté 1,68 % de l'ensemble des événements déclarés, soit 24 déclarations, une proportion identique à celle observée en 2024-2025, où 24 événements avaient également été rapportés.

Répartition selon la gravité

Les événements de gravité G, associés à des conséquences permanentes pour la personne touchée, représentent 0,07 % de l'ensemble des événements déclarés, alors qu'aucun événement de cette gravité n'avait été recensé en 2024-2025.

Aucun événement de gravité H, nécessitant une intervention immédiate pour maintenir la personne en vie, n'a été déclaré au cours de l'exercice.

Enfin, deux événements de gravité I (0,14 %) ont entraîné le décès d'une personne hébergée. Ces événements étaient liés à des obstructions respiratoires. À titre comparatif, un événement de gravité I avait été recensé en 2024-2025, aucun en 2023-2024 et cinq en 2022-2023.

Globalement, le volume des déclarations demeure stable par rapport à l'année précédente. Une diminution notable est observée pour les événements de type AAHI, tandis que les plaies de pression maintiennent une stabilité. Les chutes et les erreurs de médication demeurent les catégories d'événements les plus fréquemment déclarées et continuent de représenter des priorités de surveillance et d'amélioration. Bien que les événements de gravité élevée demeurent rares, la survenue de trois événements sentinelles, dont deux ayant entraîné un décès, souligne l'importance de maintenir des mécanismes rigoureux de prévention, de surveillance et d'analyse des risques.

- **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	29	24,37 %
Autres*	19	15,97 %
Effets personnels	13	10,92 %
Diète	23	19,33 %

*« 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	466	35,65 %
Autres	544	41,62 %
Médicament	216	15,53 %
Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation	21	1,61 %

Indicateurs cliniques

Pour l'année 2025-2026 :

- Les trimestres 1 et 4 de l'année 2025-2026 présentent les taux moyens de résidents avec mesures de contrôle (MC) les plus bas, avec respectivement 2,56 % et 2,62 %.
- On observe une légère hausse de l'utilisation des mesures de contrôles avec un taux moyen annuel passant de 2,83 % en 2024-2025 à 2,88 % en 2025-2026 (cible 3% et moins).
- Le taux moyen annuel de résidents avec une nouvelle plaie de pression pour l'année 2025-2026 a été de 1,57%, ce qui est en bas de la cible fixée < 2,5 %.
- Il y a eu deux éclosions en 2025-2026, comparativement à dix en 2024-2025.
- Aucune personne hébergée n'a développé une infection nosocomiale.

Réalisations 2025-2026

-  Suivi des recommandations qualité provenant des instances internes et des organismes externes, notamment en prévention des chutes et en sécurité incendie.
-  Suivi des indicateurs et des cibles en prévention et contrôle des infections (PCI).
-  Suivi des plaintes, des insatisfactions et des signalements de maltraitance.
-  Désignation d'une responsable de la gestion de l'éthique et de l'intégrité (RGEI) pour les divulgations d'actes répréhensibles.
-  Nomination de la personne désignée responsable des dossiers liés au comité d'accès à l'information (CAI) et à la protection des renseignements personnels.
-  Identification d'un membre du comité des usagers comme invité au Comité de vigilance et de la qualité des services pour l'année 2026-2027.

Objectifs 2026-2027

Pour l'année 2026-2027, les membres du Comité de vigilance et de la qualité des services ont identifié les objectifs suivants :

-  Assurer un suivi rigoureux des recommandations, des plaintes, des incidents, des signalements et des autres mécanismes de surveillance liés à la qualité et à la sécurité des soins et services.
-  Renforcer l'analyse intégrée des différentes sources d'information afin de soutenir l'identification des enjeux prioritaires et des pistes d'amélioration organisationnelles.
-  Poursuivre le développement d'une culture de qualité, de bientraitance et d'amélioration continue centrée sur l'expérience des usagers, des résidents et de leurs proches.
-  Soutenir la participation et la contribution des usagers et de leurs représentants dans les réflexions et travaux liés à l'amélioration de la qualité des soins et services.

En conclusion, le Comité de vigilance et de la qualité des services a poursuivi son mandat de surveillance et de suivi des mécanismes visant à assurer la qualité, la sécurité et le respect des droits des usagers tout au long de l'année 2025-2026. Les travaux réalisés ont permis d'assurer un suivi rigoureux des plaintes, des événements indésirables, des signalements de maltraitance, des recommandations des différentes instances ainsi que des principaux indicateurs cliniques de l'établissement.

L'analyse des données démontre une stabilité globale du nombre d'événements déclarés, tout en mettant en lumière certaines priorités organisationnelles, notamment la prévention des chutes, la sécurité de la médication et la poursuite des efforts en matière de prévention et de contrôle des infections. Bien que les événements de gravité élevée demeurent peu fréquents, leur survenue rappelle l'importance de maintenir une culture de sécurité forte, soutenue par des mécanismes de surveillance, d'analyse et d'amélioration continue.

Le comité souligne également la contribution des différentes directions, des équipes cliniques, des partenaires et des représentants des usagers qui participent activement à l'amélioration de la qualité des soins et des services. Dans un contexte de transformation continue du réseau de la santé et des services sociaux, le Comité de vigilance et de la qualité des services poursuivra ses

travaux afin de soutenir une approche intégrée de la qualité, de la bientraitance et de la gestion des risques, centrée sur les besoins, la sécurité et l'expérience des usagers, des résidents et de leurs proches.

Vincent Morin,
Président du comité de vigilance et de la qualité des services

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres du comité

- Sept (7) médecins offrant une présence partielle sur place
- Douze (12) médecins de garde
- Quatre (4) pharmaciens
- Un (1) dentiste

Nombre de rencontres

- Une (1) rencontre a été tenue du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

Réalisations 2025-2026

- ☐ Participation au CMDP de Groupe Champlain.
- ☐ Poursuivre la cogestion médicale.
- ☐ Poursuivre les rencontres entre cheffe d'unités et médecin désigné.
- ☐ Poursuivre le déploiement de OPUS-AP.

Objectifs 2026-2027

- ☐ Poursuivre les rencontres entre cheffe d'unités et médecin désigné.
- ☐ Poursuite des mises à jour des divers documents, dont les ordonnances collectives.
- ☐ Poursuivre et intensifier le déploiement de OPUS-AP.

Aucun dossier de plainte médicale n'a été déposé pour l'année 2025-2026.

Docteure Catherine Jean,
Présidente

Comité de gestion des risques

Membres du comité

- Mme Amélie Babin, conseillère cadre qualité et milieu de vie, direction de la qualité, performance et éthique, Groupe Champlain (depuis septembre 2025)
- Mme Mélanie Bernier, préposée aux bénéficiaires
- Mme Isabelle Bourrassa, directrice de la qualité, performance et éthique, Groupe Champlain (depuis février 2025)
- M. Serge Corriveau, assistant du supérieur immédiat
- 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, cheffe d'unités
- M. Thurel Mah, conseiller en gestion des risques et maltraitance, Groupe Champlain (jusqu'en septembre 2025)
- 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 une perspective d'amélioration continue de la qualité et de renforcement de la culture de sécurité, l'équipe de gestion des risques de la Direction de la qualité, de la performance et de l'éthique (DQPE) du Groupe Champlain, en collaboration avec les gestionnaires, a offert au cours de l'année 2025-2026 des formations aux gestionnaires du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis.

Ces formations visaient à consolider les pratiques attendues en matière d'analyse des rapports d'incidents et d'accidents, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la gravité des événements et la réalisation des analyses sommaires. Elles ont également permis de sensibiliser les gestionnaires à l'importance de la qualité des données consignées dans les déclarations effectuées par le personnel, notamment en ce qui a trait au type d'événement, aux mesures prises et aux conséquences immédiates observées.

Cette démarche contribue à améliorer la fiabilité des données utilisées pour les analyses statistiques trimestrielles et soutient l'identification des besoins d'accompagnement et de coaching auprès des équipes, dans une perspective de prévention et d'amélioration continue des pratiques.

Suivi du système local de surveillance des incidents-accidents et répartition des principaux événements par indice de gravité pour 2025-2026

- **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	29	24,37 %
Autres*	19	15,97 %
Effets personnels	13	10,92 %
Diète	23	19,33 %

*« 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	466	35,65 %
Autres	544	41,62 %
Médicament	216	15,53 %
Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation	21	1,61 %

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

- Poursuite des tables cliniques avec les infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI's) et les infirmières auxiliaires.
- Acquisition de matériel récent et adapté à la clientèle pour assurer la sécurité.
- Poursuite de la formation RCR, dysphagie et PDSP pour l'ensemble du personnel.
- Poursuite des rencontres du comité pharmacologique avec le personnel des soins et les pharmaciens afin d'assurer une vigie sur la sécurité du circuit des médicaments.
- Diffusion de la formation reliée à la mise à jour du programme de chute et promotion des outils.
- Bonification du rôle de PAB chef d'équipe lors de l'accueil, l'intégration des nouveaux employés et le soutien des pratiques de soins et création d'une salle de formation disposant de matériel pour la pratique.
- Tenue d'une semaine de la sécurité avec kiosques et activités formatrices.
- Intensification des activités sur la promotion de l'hygiène des mains (bonnes pratiques).
- Ajustement des indicateurs et des cibles en fonction des données probantes disponibles.
- Développement des compétences des gestionnaires dans l'analyse des accidents et incidents.

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, aucun 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 la 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.

De ce fait, un signalement a été acheminé au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Chaudière-Appalaches en cours d'année 2025-2026.

Divulgence des actes répréhensibles

Conformément à l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics (RLRQ, c. D-11.1), l'établissement rend compte annuellement de l'application du mécanisme de divulgation des actes répréhensibles.

- Nombre de divulgations reçues par le responsable de la gestion de l'éthique et de l'intégrité (RGEI) : **AUCUN**
- Nombre de divulgations auxquelles il a été mis fin conformément au paragraphe 3° de l'article 22 de la Loi : **AUCUN**
- Nombre de divulgations fondées : **AUCUN**
- Nombre de divulgations réparties selon chacune des catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4 de la Loi : **AUCUN**
- Nombre de communications de renseignements effectuées conformément au premier alinéa de l'article 23 de la Loi : **AUCUN**

Les récentes modifications législatives relatives à la divulgation des actes répréhensibles renforcent les obligations des organismes publics en matière d'intégrité, de confidentialité et de protection contre les représailles.

Dans ce contexte, Amélie Babin, conseillère cadre, agit à titre de Responsable de la gestion de l'éthique et de l'intégrité (RGEI). À ce titre, elle assure notamment la promotion du mécanisme de divulgation, la liaison avec le Protecteur du citoyen ainsi que le soutien à la prévention des actes répréhensibles et des représailles.

Objectifs 2026-2027

Pour l'année 2026-2027, les membres ont émis quatre objectifs :

- Ajuster les indicateurs et les cibles organisationnelles en fonction des données probantes, des tendances observées et des réalités opérationnelles de l'établissement. **Objectif reconduit**
- Renforcer les compétences des gestionnaires et des équipes dans l'analyse et l'interprétation des indicateurs liés à la gestion des risques afin de soutenir une prise de décision proactive et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ciblées. **Objectif reconduit**
- Poursuivre l'intégration des différentes sources d'information en gestion des risques afin d'améliorer la vision globale des enjeux, le suivi des priorités ainsi que la surveillance des actions correctives et préventives.
- Renforcer la culture de sécurité par l'utilisation des données de gestion des risques, le suivi des tendances, l'identification proactive des risques et la mise en œuvre de mesures préventives et correctives.

En conclusion, les travaux du Comité de gestion des risques ont permis de maintenir une surveillance active des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins et services ainsi que de soutenir l'amélioration continue des pratiques au sein de l'établissement.

L'analyse des événements déclarés, le suivi des risques identifiés et les différentes mesures mises en œuvre au cours de l'année ont contribué à renforcer les mécanismes de prévention, de suivi et d'apprentissage organisationnel.

Le comité poursuivra ses travaux en 2026-2027 en demeurant attentif à l'évolution des risques et en soutenant les initiatives visant à promouvoir une culture de sécurité au bénéfice des résidents, de leurs proches et du personnel.

Isabelle Bourassa, directrice

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 suivante : 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

- Mme Rachel Dallaire, administratrice et membre de famille (jusqu'en août 2025)
- Mme Camille Dufour, administratrice et membre de famille
- Mme Mélanie Guay, conseillère en milieu de vie, invitée
- M. Éric Hamel, administrateur et membre de famille (depuis janvier 2026)
- M. Denis Labrie, président et résident
- Mme Danièle Savard, administratrice et membre de famille
- M. Roland Vien, administrateur et membre de famille

Nombre de rencontres

- Huit (8) rencontres ont été tenues du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

Réalisations 2025-2026

- ☐ Implication en continu de certains membres au sein du comité milieu de vie ainsi que du comité des mesures d'urgence et du comité de gestion des risques.
- ☐ Réalisation de l'assemblée générale annuelle du comité des usagers le 9 juin 2025.
- ☐ Réalisation du calendrier 2026 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 16 juin 2025 dans le cadre de la semaine de la bientraitance et remise de matériel promotionnel, dont des baumes à lèvres et des balles antistress.
- ☐ Rencontre, en octobre 2025, avec les responsables du service alimentaire afin de discuter de l'offre alimentaire au Centre d'accueil.
- ☐ Organisation, dans le cadre de la semaine des droits des usagers en novembre 2025, de l'activité « Dans la peau d'un aîné » en collaboration avec la FADOQ pour les résidents, membres de famille et les employés.
- ☐ Collaboration à la réalisation du plan d'action en lien avec le sondage de satisfaction de la clientèle 2025.
- ☐ Participation à la réalisation du « Sondage de satisfaction de la clientèle » en février et mars 2026.
- ☐ Parution d'articles dans le journal interne du Centre d'accueil afin de faire connaître les activités du 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 2026-2027

- 📁 Participer à la semaine de la bientraitance.
- 📁 Dans le cadre de la semaine de la bientraitance, rencontrer les employés afin de présenter le comité des usagers et également, afin d'échanger avec eux sur l'importance de la qualité des soins et des services offerts à l'ensemble des résidents.
- 📁 Réaliser des activités dans le cadre de la semaine des droits des usagers afin de sensibiliser les résidents, les proches et les membres du personnel au sujet des droits et obligations des résidents.
- 📁 Produire et distribuer le calendrier annuel faisant la promotion des droits des usagers.
- 📁 Collaborer au processus d'évaluation de la satisfaction de la clientèle par la réalisation du sondage de satisfaction ainsi que l'analyse des résultats et l'élaboration du plan d'action qui en découle.
- 📁 Poursuivre la publication d'articles dans le journal interne afin de renseigner les résidents sur leurs droits et obligations.
- 📁 Poursuivre la participation aux différents comités de l'établissement (milieu de vie, comité PMU, comité de gestion des risques, etc.).

Les membres du comité des usagers souhaitent remercier Mme Rachel Dallaire pour son implication au sein du comité des usagers. Par son souci d'offrir les meilleurs soins et services aux résidents, Mme Dallaire a été une collaboratrice au sein du comité.

M. Denis Labrie

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

Comité milieu de vie

Membres du comité

- Mme Marie-Claude Bouchard, technicienne en éducation spécialisée
- 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
- Mme Julie Lejeune, travailleuse sociale
- Mme Josiane Pomerleau, technologue en physiothérapie
- Mme Manon Savard, cheffe d'unités
- Mme Nancy St-Pierre, préposée aux bénéficiaires

Nombre de rencontres

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

Réalisations 2025-2026

- ❏ 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 2025.
- ❏ Discussions, en points statutaires, des soins et services offerts lors des admissions de nouveaux résidents.
- ❏ Mise en place du projet pilote de téléphone intelligent « Amical ».
- ❏ Démarche pour la mise en place d'un projet visant à stimuler le programme de marche et l'activité physique auprès des résidents.

Objectifs 2026-2027

- ❏ 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 2026.
- ❏ Collaborer à l'amélioration de l'expérience vécue par les résidents et les proches lors de l'admission et lors des soins de fin de vie.

Mélanie Guay,
Conseillère en milieu de vie

Comité des mesures d'urgence

Membres du comité

- Mme Michelle Beaulieu, infirmière auxiliaire
- Sylvie Cloutier, ergothérapeute
- 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
- M. Denis Labrie, représentant du comité des usagers
- Mme Manon Savard, cheffe d'unités
- Mme Stéphanie Shannon, préposée à l'entretien ménager (depuis décembre 2025)
- Jérôme Tremblay, préposé aux bénéficiaires
- Vacant, représentant des familles

Réalisations 2025-2026

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

Objectifs 2026-2027

-  Révision complète de la formation des mesures d'urgence (code rouge et code vert).
-  Poursuivre la formation des assistantes du supérieur immédiat des quarts 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, cheffe 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, cheffe d'unités
- Mme Claudia Perron, cheffe d'unités
- Mme Laurie Prévost, pharmacienne
- Mme Karine Rancourt, pharmacienne
- Mme Manon Savard, cheffe d'unités
- M. Vincent Turpin, pharmacien

Réalisations 2025-2026

-  Réalisation de trois rencontres du comité pharmaco.
-  Amélioration de l'identification des crèmes et des onguents.
-  Réduction du nombre de concentrations différentes d'un même médicament sur les unités afin de diminuer le risque d'erreurs de médicaments.
-  Capsule pharmacologique : présentation du rôle du pharmacien.
-  Ajustement des feuilles au décompte des narcotiques.
-  Nouvelle façon de servir les narcotiques ensachés et service de l'Ativan en unidose afin d'améliorer la sécurité du circuit du médicament.
-  Poursuite du déploiement de la démarche OPUS : formation du personnel et quelques cas cliniques.
-  Gestion d'un nouveau médicament par la pharmacie (Prolia).
-  Modification de la distribution des médicaments dans l'armoire de nuit qui sont maintenant ensachés.

Objectifs 2026-2027

-  Poursuivre la mise à jour des politiques et procédures en lien avec la gestion des médicaments.
-  Mise à jour des ordonnances collectives.
-  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.
-  Poursuite du programme OPUS et des caucus cliniques.
-  Développer et déployer un document de formation lors de l'intégration d'un nouveau médecin.
-  Améliorer le processus de réception de la médication au centre.
-  Poursuivre la sensibilisation des mesures à prendre en lien avec les cytotoxiques.
-  Poursuite des capsules pharmacologiques.
-  Prise en charge des coumadins par les pharmaciens.
-  Élaboration d'un document pour présenter le fonctionnement pharmaco nursing aux nouveaux médecins.

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

Marie-Estelle Couture,
Conseillère en soins infirmiers

Comité paritaire en SST / CPSST

Membres du comité

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

Nombre de rencontres

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

Réalisations 2025-2026

- ☐ Poursuite du comité paritaire Santé et sécurité au travail.
- ☐ Poursuite de la présentation des statistiques de violence en milieu de travail et accidents/incidents et plan d'action concerté.
- ☐ Nomination des représentants en santé et sécurité (RSS) pour l'établissement et signature de l'entente avec les syndicats.
- ☐ Introduction du comité de travail (COT) avec la FIQ.
- ☐ Poursuite du défi santé afin de favoriser de bonnes habitudes de vie des employés.
- ☐ Ajout en point statutaire et suivi de l'ambiance au travail perception et pistes d'amélioration.
- ☐ Assurer la mise en place des processus entourant le respect de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST).

Objectifs 2026-2027

- ☐ S'assurer que les employés ont les outils, les informations et la formation nécessaires pour être des acteurs mobilisateurs et promouvoir de bonnes pratiques.
- ☐ Poursuivre et bonifier l'audit sur la violence en milieu de travail et les inspections des lieux de travail.
- ☐ Favoriser le développement des compétences reliées à l'identification et l'analyse des risques en milieux de travail des membres du comité.
- ☐ Débuter la formation : *Agir ensemble afin de prévenir la violence et le harcèlement en milieu de travail* et déployer la trousse de sensibilisation.
- ☐ Poursuivre l'introduction des comités d'organisation du travail (SCFP).

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



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 2026-2027

-  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 selon le PDRH.
-  Poursuivre l'inclusion des résidents et leurs familles de la démarche systématique entourant l'élaboration de programmes et de politiques et leur représentation dans les comités.
-  Poursuivre les tables cliniques et le comité pharmacologique pour les équipes de soins.
-  Assister aux rencontres *Agrément* offertes par le Groupe Champlain et les autres partenaires.
-  Procéder à l'automne au sondage HSO, selon le nouveau cycle et réaliser un plan d'action en conformité.
-  Poursuivre le développement de la télésanté en collaboration avec le Groupe Champlain.
-  Assurer un suivi du plan d'action intégré (PAI).
-  Poursuivre l'appropriation du processus d'Agrément des gestionnaires novices et intermédiaires.

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 elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) doit inclure, dans une section particulière de son rapport annuel de gestion, un résumé des rapports présentés au conseil d'administration sur l'application du protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations.

Ainsi, au cours de l'année 2025-2026 :

- ☐ Nombre de mises sous garde préventives ou provisoires : 0
- ☐ Nombre de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil : 0
- ☐ Nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement : 0

Julie Lejeune,
Travailleuse sociale

Charte de la langue française

L'article 20.1 de la Charte de la langue française, que [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 2025-2026, 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.

Nous sommes fiers d'annoncer qu'en date du 27 janvier 2026, notre établissement a reçu son attestation de conformité attestant que l'utilisation du français au sein de l'organisme est conforme aux dispositions de la Charte de la langue française et que l'organisme satisfait aux autres obligations qui lui incombent en vertu de ces dispositions.

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

Services auxiliaires

Volets technique et alimentaire

Réalisations 2025-2026

-  Achat d'équipement pour le service de la buanderie – Gain en efficacité de temps et par mesure de sécurité (une sècheuse).
-  Bonification de l'offre de service pour le secteur de la buanderie en augmentant la fréquence de livraison des vêtements des résidents.
-  Acquisition de nouveaux lits UMANO (80 % de nos lits ont maintenant moins de dix ans).
-  Acquisition de nouveaux leviers sur rail afin de prévenir la désuétude de ce type d'équipement.
-  Inspection annuelle : Nous avons sécurisé les rails de leviers ainsi que les toiles.
-  Installation d'un *Fortinet* (pare-feu informatique qui permet de protéger adéquatement notre réseau).
-  Augmentation et optimisation des visites de la gestion parasitaire du côté de la cuisine.
-  Réorganisation du recyclage à la cuisine.
-  Relocalisation de la salle des employés au pavillon Youville.
-  Remplacement du chapiteau arrière par un abri sur la terrasse arrière.
-  Abattage de 18 arbres sur le terrain par mesure de sécurité.
-  Collaboration au changement de raccord électrique de l'établissement au réseau d'Hydro-Québec.
-  Amélioration du soutien électrique par la génératrice lors de panne.
-  Bonification de l'ameublement des chambres de nos résidents (achat de commodes).
-  Rehaussement des équipements de défibrillation.
-  Installation d'un système de caméras pour le secteur de la réception de l'établissement.
-  Retrait progressif des bandes sensorielles aux lits en introduisant de nouveaux lits avec balances et système de sortie intégrés.
-  Augmentation de la sécurité dans le stationnement par l'ajout d'affiches.
-  Suivi de tous les projets techniques de l'établissement.

Objectifs 2026-2027

-  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).
-  Ajout d'un système anti-fugue complémentaire à l'entrée principale de l'établissement afin de maximiser la sécurité de nos résidents.
-  Identification des vêtements à l'interne afin de diminuer la perte de vêtements.
-  Finaliser la mise à jour du parc informatique et du serveur (Windows 11).
-  Renforcer la sécurité de la terrasse avant et arrière de l'établissement.
-  Améliorer et sécuriser la gestion des ordures (achat d'un lève-bac).
-  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 2025-2026

-  Finalisation de l'automatisation des rapports financiers périodiques incluant la redistribution des coûts pour réduire les délais de production.
-  Consolidation de l'automatisation des outils pour la préparation de l'AS-425.
-  Développement de nouveaux outils internes à l'aide de la base de données pour augmenter l'efficacité de l'équipe et faciliter les suivis périodiques.
-  Offrir un support à l'équipe des finances, développer leurs connaissances afin de conserver la rigueur de l'information financière ainsi que les bonnes pratiques.

Objectifs 2026-2027

-  Poursuivre le support à l'équipe des finances, développer leurs connaissances afin de 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.
-  Planifier 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.

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

États financiers (selon le AS-425)

	2025-2026	2024-2025
ÉTAT DES RÉSULTATS		ÉTAT DES RÉSULTATS
REVENUS		
Agence régionale et MSSS	20 053 390	17 306 226
Contribution des usagers	3 721 982	3 649 895
Autres	175 761	181 500
TOTAL DES REVENUS	23 951 133	21 137 621
DÉPENSES		
Salaires	12 590 694	11 358 428
Avantages sociaux	3 237 712	2 658 447
Charges sociales	3 103 946	1 949 046
Fournitures et autres dépenses	5 574 481	5 290 724
TOTAL DES DÉPENSES	24 506 833	21 256 645
EXCÉDENT DES DÉPENSES SUR LES REVENUS	(555 700)	(119 024)
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE		
Actifs financiers	5 799 345	5 634 104
Passifs	4 887 004	4 134 756
Actifs financiers nets	912 341	1 499 348
Actifs non financiers	198 118	166 811
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	1 110 459	1 666 159

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2025 et le 31 mars 2026

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹		
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	6	3 368 216 \$
Total des contrats de services	6	3 368 216 \$

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.

Logibec Sicheid	25 360,08 \$
Logibec	71 781,00 \$
Groupe Champlain - paye	88 530,85 \$
Groupe Champlain - gestion	269 098,69 \$
Résidence de Lévis - entretien bâtisse	48 723,00 \$
Paranet - Buanderie	312 439,25 \$
Sodexo - Alimentation (total)	2 206 963,56 \$
Pharmacie	345 319,19 \$
	<u>3 368 215,62 \$</u>

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	14 168 747 \$	67%	16 889 087 \$	69%	2 720 340 \$	19%
Déficiences physique						
Déficiences intellectuelle et TSA						
Jeunes en difficulté						
Dépendances						
Santé mentale						
Santé physique	207 709 \$		202 427 \$		(5 282) \$	
Programmes soutien						
Administration	1 347 646 \$	6%	1 508 604 \$	6%	160 958 \$	12%
Soutien aux services	3 594 043 \$	17%	3 891 591 \$	16%	297 548 \$	8%
Gestion des bâtiments et des équipements	1 938 500 \$	9%	2 015 124 \$	8%	76 624 \$	4%
Total	21 256 645 \$	100%	24 506 833 \$	100%	3 250 188 \$	15%

* : 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 2025 au 31 mars 2026 indique les données suivantes :

- Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : **73**
 - 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'ajustements, d'intégration et de restructuration

Encore cette année, l'équipe de gestion a redoublé d'efforts au niveau du recrutement. En effet, pendant les 13 périodes de l'année financière 2025-2026, c'est 75 nouvelles personnes embauchées qui ont rejoint les équipes comparativement à 64 en 2024-2025 et à 47 en 2023-2024.

Du côté du service des ressources humaines, il y a eu le départ temporaire de l'agente de gestion du personnel en novembre 2025, qui a nécessité plusieurs ajustements afin d'assurer une couverture efficiente dans ce secteur d'activités. Ainsi, deux ressources externes provenant du Groupe Champlain sont venues supporter l'équipe de gestion au niveau des relations de travail, des enquêtes et des mesures disciplinaires conséquentes et un support à distance ont été maintenus afin d'accompagner les techniciennes en administration dans l'ouverture des dossiers cadres, de régimes d'assurances, de retraite et autres services offerts aux employés.

Vers la fin de la période estivale, la PURA, processus unique de reconnaissance de l'ancienneté, permettait aux employés qui en faisaient la demande et correspondaient aux règles et critères spécifiques, la reconnaissance d'années travaillées dans le réseau de la santé dans leur établissement actuel. Cet exercice redéfinirait, une fois complété, l'ordre d'ancienneté au sein d'un même syndicat pour le choix des vacances et la priorisation lors de l'octroi de postes. Pendant le processus, l'affichage de postes a été exceptionnellement placé sur pause, le temps que le processus se finalise et que les listes d'ancienneté soient remises à jour.

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.
- Comité de travail (COT).

Ressources humaines de l'établissement

	Exercice précédent 2024-2025	Exercice courant 2025-2026
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	103	132
Temps partiel	34	31
Nombre de personnes : équivalents temps complet	124	163
PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre	0	0
Personnel régulier	51	48

Répartition de l'effectif en 2026 par catégorie de personnel

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2026
1- Personnel en soins infirmiers	52
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	148
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	9
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	12
5- Personnel d'encadrement	6
Total	227

Statistiques embauches/départs

Nombre d'embauches au total : 75

- 0 Chef d'unités
- 56 Préposés aux bénéficiaires
- 0 CEPI
- 0 Pharmacien
- 4 Assistantes du supérieur immédiat
- 5 Infirmières auxiliaires
- 1 Préposés à l'entretien ménager
- 8 Préposés au service alimentaire
- 0 Travailleuse sociale
- 0 Technicienne en éducation spécialisée
- 0 Agente administrative
- 1 Technicienne en administration

Nombre de départs au total : 41

- 0 Agente administrative
- 0 Travailleuse sociale
- 1 Assistantes du supérieur immédiat
- 0 Chef d'unités
- 0 CEPIA
- 2 Infirmières auxiliaires
- 4 Préposés à l'entretien ménager
- 26 Préposés aux bénéficiaires
- 0 Préposé à la buanderie
- 7 Préposés au service alimentaire
- 1 Technicienne en administration

Motif des départs : 47

- 29 Départ volontaire (motif inconnu)
- 0 Maladie + de trois ans
- 1 Congédiement
- 0 Climat de travail insatisfaisant
- 2 Retraite
- 0 Ne réponds pas aux exigences du poste
- 9 Probation échouée
- 6 Autres

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

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

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

Le code d'éthique et de déontologie doit refléter les valeurs que nous 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).

Discretion :

- 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 doit garder confidentiel tout renseignement de nature commerciale ou susceptible d'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 de 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