



Rapport annuel de Gestion 2019-2020

Centre hospitalier
St-François Inc.
1604, 1^{ère} Avenue
Québec, Québec, G1L 3L6



Le CH St-François inc.
Comme chez-soi ...

Centre hospitalier St-François Inc.

Annexes :

1. Structure organisationnelle
2. Comité des usagers 2019-2020
3. Ressources humaines de l'établissement
4. Rapport commissaire locale aux plaintes et à la qualité
5. Code d'éthique et de déontologie

MESSAGE DES AUTORITÉS

Madame, Monsieur,

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2019-2020. Vous y trouverez les principales réalisations, des renseignements sur notre établissement, notre clientèle, les faits saillants ainsi que les principaux résultats atteints au cours de l'année.

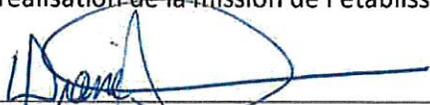
Le centre hospitalier St-François Inc. est une entreprise familiale qui, depuis 1991, a su orienter ses choix de soins et de services en priorisant une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Notre établissement est agréé par Agrément Canada depuis près de 15 ans. Depuis plusieurs années, le ministère a priorisé des projets de rénovation qui nous a permis d'améliorer la sécurité, la qualité du milieu de vie et de mieux répondre aux besoins de nos résidents. Nous espérons, que nous aurons l'opportunité de soumettre de nouveaux projets, afin d'offrir à notre clientèle un milieu de vie tel que mis de l'avant par les orientations ministérielles.

L'année 2019-2020 marque la fin du plan stratégique 2016-2020 alors que tous les efforts ont été mis de l'avant pour compléter sa mise en œuvre. Mais aussi, celle d'une année de réflexion stratégique en vue de notre nouvelle planification stratégique 2020-2025 où nous avons fait appel aux résidents, leurs familles et notre personnel; une formule gagnante qui traduit bien notre *approche de gestion centrée sur la personne*. Cette nouvelle démarche s'inscrit en continuité avec la planification précédente qui nous a permis de faire vivre au quotidien une culture de qualité et de sécurité de soins et services et d'humanisme aux résidents et leurs familles. Elle nous a aussi permis de faire des avancées notables en matière de développement d'un milieu de travail sain et dynamique.

La préparation en vue de la visite d'Agrément Canada initialement prévue en Avril 2020 a mobilisé grandement l'équipe afin de revoir nos processus en place et inclure les bonnes pratiques les plus récentes en termes d'excellence des soins et services.

Il n'est pas à négliger que la pandémie mondiale de COVID-19 qui a frappé à nos portes à la fin de l'année à réaligner les priorités de l'ensemble de l'équipe vers des mesures accrues de prévention et contrôle des infections. L'équipe a dû faire face à de multiples changements dans un temps restreint ce qui nous mène à souligner les efforts de toute l'équipe à la prévention d'une telle éclosion en temps d'urgence sanitaire.

Évidemment, il nous a été possible d'atteindre de tels résultats grâce à l'engagement et au dévouement des membres du conseil d'administration⁽¹⁾, des cadres, du personnel, du service médical, des bénévoles et de nos partenaires. Nous aimerions donc les remercier et souligner leur travail et leur implication à la réalisation de la mission de l'établissement.


Diane Girard

Directrice Générale


Jessica Bergeron

Directrice d'établissement intérim

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies.

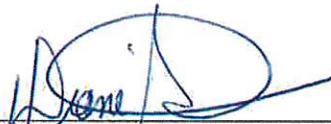
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport de gestion, ainsi que des contrôles afférents.

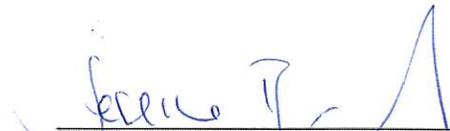
Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2019-2020 du centre hospitalier St-François Inc. :

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

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2019-2020 du centre hospitalier St-François Inc., ainsi que les contrôles afférents sont fiables et ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.



Diane Girard
Directrice Générale



Jessica Bergeron
Directrice d'établissement intérim

RAPPORT DE LA DIRECTION

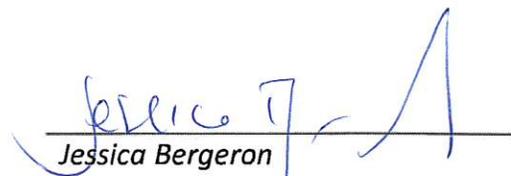
Les états financiers du centre hospitalier St-François Inc. ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

La direction du centre hospitalier St-François Inc. reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Les états financiers ont été audités par la firme *Bellemare, Aubut s.e.n.c.* dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit, ainsi que l'expression de son opinion.



Diane Girard
Directrice Générale



Jessica Bergeron
Directrice d'établissement intérim

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Mission : *Comme chez soi.*

Le centre hospitalier St-François Inc. est un centre d'hébergement, privé conventionné, offrant des soins de longue durée à 28 adultes ou personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive dans un milieu de vie chaleureux, humain et sécuritaire. Il est situé en plein cœur de la basse ville de Québec soit au 1604 1^{ère} Avenue, sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.



Notre mission, telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, inclut des services d'hébergement, de soins infirmiers et d'assistance, de soutien et de surveillance, des services pharmaceutiques et médicaux ainsi que des services psychosociaux, de loisirs et de réadaptation. À cette fin, nous recevons sur référence de notre région administrative, les personnes qui requièrent de tels services. Les services sont personnalisés et adaptés aux besoins de chaque résident tout en s'assurant du respect de leur autonomie, de leur bien-être et de leur dignité.

Notre établissement priorise une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Nous privilégions la participation des résidents et de leurs proches à l'élaboration des interventions et décisions les concernant. Nos employés, nos partenaires et nos bénévoles unissent leurs efforts et ont à cœur de placer les résidents en priorité au moment d'entreprendre toutes actions.

Les valeurs qui nous animent et qui sont le fondement de notre code d'éthique, notre mission et de nos philosophies d'intervention et de gestion.

- **Le respect**, En tout temps au cœur de nos gestes... En traitant toute personne avec dignité et sollicitude.
- **L'engagement**, Ensemble pour aller plus loin... En faisant converger nos compétences et talents individuels en projet collectif dont la réussite repose sur l'apport de chacun.
- **La sécurité**, Au cœur de notre culture de qualité... axée sur nos résidents, leurs familles et notre personne.
- **La transparence**, Un savoir dire, un savoir écouter et un savoir être... Ouverture, franchise et authenticité créent un climat de confiance avec nos résidents, les familles et notre personnel.

Notre structure organisationnelle

La structure organisationnelle de l'établissement en place au 31 mars 2020 est présentée à l'annexe (1).

Les comités de l'établissement dont ceux inclus en vertu de la Loi :

La direction s'assure que tous les comités qui sont en place soient actifs et collaborent à la poursuite de l'amélioration continue de la qualité des soins et services :

- ❖ Comité de vigilance;
- ❖ Comité des usagers;
- ❖ Comité des infirmiers et infirmières (CII);
- ❖ Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires (CIIA);
- ❖ Comité d'accompagnement de fin de vie;
- ❖ Comité de gestion intégrée de la qualité (Milieu de vie, Agrément Canada, modèle *Planetree*); ❖ Comité de gestion des risques, des préventions et contrôle des infections.

a) Comité de vigilance et de la qualité des services :

Le comité de vigilance et de la qualité des services a tenu une seule rencontre au cours de l'année. Celle-ci avait pour but de faire le suivi des recommandations données par :

- Le comité de gestion des risques;
- Agrément Canada;
- Visite Ministérielle;
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité;
- Coroner;
- Les ordres professionnels.

b) Comité des usagers :

Le comité du centre hospitalier St-François Inc. est bien actif, fait sa promotion et a tenu 4 rencontres en 2019-2020.

Il s'est impliqué dans plusieurs activités afin de faire la promotion de celui-ci et de faire prévaloir les droits et intérêts des usagers auprès des résidents et des familles. Les priorités de réalisations de l'année sont entre autres :

1. Renseigner les résidents sur leurs droits et obligations;
2. Rencontre avec les résidents, familles et la direction;
3. Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des usagers en évaluant le degré de satisfaction de ces derniers à l'égard des services obtenus;
4. Défendre les droits et intérêts collectifs et individuels des résidents;
5. Rencontre avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité;
6. Réalisation et distribution de calendriers pour promouvoir les droits des usagers et participer à élaborer des articles dans le journal Le St-François.

Vous trouverez en annexe (2) le rapport du comité des usagers.

c) Comité de la gestion des risques :

Cette année, trois (3) rencontres du comité de gestion des risques ont eu lieu les 15 juillet 2019, 29 août 2019 et 30 janvier 2020.

Les membres du comité se sont intéressés aux analyses des événements jugés à risque élevé et aux chutes qui sont nos déclarations les plus courantes, afin de proposer les moyens les plus appropriés pour les prévenir ou les diminuer. Tous les AH-223 ont été saisis au registre national du SSSS au 31 mars 2020. Des rapports trimestriels ont été remis à la direction générale, portant principalement sur la prévention des infections, le nombre d'incidents et accidents, ainsi que sur le nombre de contentions.

Plusieurs audits ont été faits tout au cours de l'année, en lien avec la prévention et le contrôle des infections, entre autres celui concernant l'hygiène des mains et le port des gants.

Un total de 265 incidents /accidents ont été déclarés; le bilan et les principaux facteurs de risque mis en évidence auprès du personnel sont :

Bilan des incidents et accidents

Évènements	Nombre 2019-2020	Nombre 2018-2019
Plaies/contusions/blessures	68	92
Erreurs de médicaments	48	73
Chutes	113	104
Autres	36	64
Total :	265	333

La diminution du nombre de déclarations s'explique principalement par :

- L'application rapide des recommandations par la gestionnaire de risques et assistante au supérieur immédiat.
- La sensibilisation rapide du personnel post événement;
- Meilleure collaboration interdisciplinaire
- Recrutement d'une nouvelle technicienne en réadaptation physique.
- Meilleure proactivité des membres du comité de gestion intégrée de la qualité et mise en place de plan d'action et recommandation en amont des incidents.

Le pourcentage de chutes est augmenté comparativement aux déclarations de l'autre année dû à certains chuteurs fréquents. Le programme de chute est en cours de révision afin d'y inclure les bonnes pratiques et les outils les plus récents à nos processus.

Le pourcentage des plaies, contusions et blessures a toutefois diminué, il s'agit surtout de lésions d'origine inconnue. Des rappels, sous forme de mémo, ont été diffusés au personnel soignant concernant la mobilisation des résidents. Des suivis PDSB ont été faits par la TRP, afin de sensibiliser le personnel. Les rappels sur l'importance de l'hydratation et la déclaration immédiate des rougeurs observées sont faits régulièrement. Le soutien est continu au personnel infirmier dans l'application du programme de soins de plaies de l'établissement.

Les erreurs de médicaments ont également diminué, ce qui confirme que les processus mis en place et les rappels sur la vigilance lors de la distribution de la médication ont porté fruit.

Tableau des déclarations en fonction de l'échelle de gravité établie via l'AH-223.

A	B	C	D	E1	E2	F	I
26	13	40	154	29	03	0	0

Durant l'année 2019-2020, le centre hospitalier St-François Inc. n'a eu aucun événement sentinelle tel que défini par Agrément Canada : *un événement indésirable qui mène à un décès ou à une perte de fonction durable ou importante chez la personne qui reçoit des services de santé.*

Le suivi du volet **prévention et contrôle des infections** démontre certains points forts de l'équipe de soins :

- Suivi actif par la gestion des risques, mise en place de recommandations et d'actions préventives.
- Formation de tous les employés sur l'hygiène des mains, le port de l'EPI et la gestion d'une éclosion.
- Diffusion de capsules flash en PCI aux employés.
- Collaboration étroite avec PCI du CIUSSSCN.
- Rappels et réunion d'équipe au sujet de la PCI.
- Diffusion de taux d'infection aux employés, des recommandations et des actions préventives.
- Échanges et partage avec le comité de gestion intégré de la qualité.
- Orientation et formation adéquates du nouveau personnel.
- Mise en place rapide des mesures de précautions additionnelles lors de la suspicion d'une infection.

Une conseillère en prévention et contrôle des infections du CIUSSS de la Capitale Nationale s'assure de la conformité du protocole et collabore avec l'établissement, afin de répondre aux normes établies en PCI.

Nombre de déclarations des infections pour l'année sur 22 déclarations :

Déclaration des infections 2019-2020	
IVRS	2
Grippe/ Influenza	0
Infection urinaire	7
Infection vaginale	0
Conjonctivite	1
Gastro-entérite	0
Zona	0
C. Difficile	0
SARM/ERV	0
COVID19	0
AUTRES	12
TOTAL	22

Contexte et faits saillants :

- Au cours de la dernière année, Planetree Québec nous a accompagnés dans le cadre de notre démarche de planification stratégique et opérationnelle 2020-2025. Une réflexion permettant de mobiliser le personnel, les résidents, les familles, les bénévoles et partenaires autour d'une vision commune et partagée afin de déterminer notre mission et nos valeurs, nos philosophies d'intervention et de gestion et d'établir les enjeux, les orientations et les objectifs stratégiques qui nous guideront pour les 5 prochaines années. Cette démarche incluait nos deux autres centres, soit le CHSLD Bussey et le CHSLD Bourget;
- La préparation à la visite d'évaluation d'Agrément Canada qui était prévue en Avril 2020 a mobilisé l'équipe, les résidents, familles et partenaires pour l'ensemble de l'année 2019-2020 à la révision de plusieurs processus et l'implantation de bonnes pratiques. Cette visite intégrera nos deux autres centres CHSLD Bussey et CHSLD Bourget. Elle a été reportée en avril 2021 étant donné la pandémie de COVID;
- Le départ de la Directrice des soins infirmiers en février 2020 dans une période cruciale pour l'organisation a mené au déploiement de tous les efforts de la direction générale afin d'assurer la continuité d'encadrement de l'équipe et les suivis de préparation à la visite d'Agrément Canada avec la mise en place d'une directrice d'établissement par intérim pour chapeauter les différents dossiers;
- Recrutement d'un nouveau médecin et création d'une équipe multidisciplinaire participative à la tournée médicale : pharmacien, médecin, assistant au supérieur immédiat.
- La pénurie de main-d'œuvre est très préoccupante et de manière encore plus marquée dans la région de Québec. Il est vraiment difficile d'assurer pleinement les services à notre clientèle particulièrement durant la période estivale;

- En cette fin d'année 2020, la direction, les membres du personnel, les résidents et les familles ont été grandement sollicités pour la mise en place d'un plan de pandémie afin de se préparer aux éclosions de la COVID-19.

RÉALISATIONS EN REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE :

a) Principales modifications apportées durant l'année :

Les principales modifications apportées au cours de l'année ont contribué à l'amélioration de l'offre de soins et de services de qualité pour les résidents et leurs proches de même qu'au développement d'un milieu de travail sain et dynamique. Il s'agit de :

- Travaux majeurs de rénovation de plancher au niveau des chambres de résidents;
- Exercices majeurs de la planification stratégique conjointe avec les 2 autres centres Bourget et Bussey pour l'enlèvement des années 2020-2025.
- Refonte de la politique sur la protection des biens personnels;
- Refonte de programmes principaux : prévention des chutes, prévention du suicide, prévention des plaies de pression;
- En prévision de la visite d'évaluation d'Agrément Canada, nous avons révisé de nombreux documents organisationnels et administrés le sondage sur la culture de sécurité, le sondage sur l'expérience client et le sondage aux employés « pulse » sur la qualité de vie au travail.
- Projet de réorganisation des postes des préposés aux bénéficiaires pour ouverture de postes intéressants en septembre 2020 et une meilleure structure afin d'assurer un meilleur continuum des soins et services et stabilité des équipes;
- Réorganisation des espaces de rangement.

Statistiques clientèle :

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Taux d'occupation	98,57%	98.82%	99.3 %
Nombre d'admissions	17	21	8
Nombre de départs	17	22	8
Séjour moyen	1072	1021	1212
Âge moyen de la clientèle	83	87	88

b) Enjeux, Orientations stratégiques et objectifs du Plan stratégique 2016-2020 :

La planification stratégique 2016-2020 est issue d'une démarche concertée des trois CHSLD détenus par les propriétaires, soit les CHSLD Bourget, Bussey et St-François. Trois établissements avec des entités légales distinctes, mais qui travaillent en partenariat afin d'optimiser et faciliter les opérations des trois établissements.

Le Plan stratégique 2016-2020 a guidé nos actions au cours des quatre dernières années. Ces enjeux et orientations sont fondés sur la vision, la mission et les valeurs organisationnelles. Chaque objectif est défini par des indicateurs de résultats; ceux-ci nous permettent de mesurer l'avancement du plan. Vous trouverez sur notre site web le plan stratégique 2016-2020.

Nous vous présentons ici les enjeux, les orientations stratégiques et les principaux objectifs généraux qui se veulent une source d'inspiration pour la mobilisation de tous nos acteurs afin d'assurer la continuité, la consolidation et l'optimisation de nos programmes de soins et de services.

Planification stratégique et opérationnelle 2016-2020 :

Enjeu :

- Arrimer nos standards aux meilleures pratiques et normes reconnues;
- Maintenir une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité et des services où l'humanisme prime;
- Maintenir un milieu de travail positif et stimulant qui agit sur la mobilisation, la communication et l'engagement de tout notre personnel.

Orientation stratégique :

- Promouvoir une gestion inspirante, responsable et performante;
- Intégrer la culture de sécurité tout en valorisant la mise en œuvre d'un milieu de vie humain pour nos résidents et leurs proches;
- Œuvrer à la création d'un milieu de travail faisant place à l'autonomie, aux initiatives et au partage des responsabilités afin d'assurer la pérennité des services de qualité.

Objectifs spécifiques :

- Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois établissements;
- Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante;

- Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leurs proches en offrant des services de proximité et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire;
- S'assurer, conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des événements indésirables, sentinelles ou erreurs liés aux médicaments, aux infections et autres préjudices;
- Créer des environnements pratiques et propices au bien-être où l'on se sent comme chez soi;
- Tirer parti de nos environnements extérieurs exceptionnels.
- Demeurer un employeur de choix ;
- Actualiser le plan triennal du PDRH pour le développement des compétences du personnel.

Résultats obtenus par rapport aux objectifs généraux priorisés pour l'année 2019-2020

Nous présentons ici les principaux résultats obtenus au cours de cette dernière année:

Objectifs :

- ***Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres.***
 - La direction du CH St-François collaborent avec les directions de nos deux autres centres afin d'élaborer et d'échanger les meilleures pratiques et diverses documentations. Les directions et les comités de travail de nos trois centres collaborent en continue, en voici quelques exemples :
 - Officialiser une démarche intégrée des trois centres en vue du prochain Agrément en avril 2020;
 - Standardiser et diffuser, selon les données probantes et les meilleures pratiques, les politiques, procédures et programmes.
- ***Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante.***

Volet services comptables :

- Nous avons finalisé la révision de notre charte comptable de nos états financiers afin de faciliter les rapports et concordances avec le rapport ministériel AS-471.

Volet approvisionnement :

- Nous nous sommes assuré que notre processus d'achat de fournitures soit efficace et au moindre coût en privilégiant notamment nos achats au Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec. (GACEQ). Nous travaillons toujours à améliorer les processus d'achat.

Volet Service informatique :

- Un technicien en informatique est en lien avec nous par un contrat de service avec le techno-centre de Québec et s'assure des différents suivis demandés : mise à jour des anti-virus, mise à jour de Windows, bon fonctionnement de tous les appareils, etc.;
- Le dossier informatique Clinibase est renouvelé à chaque année;
- Des formations sont données, au besoin, aux membres du personnel et chaque nouvel employé reçoit une formation flash sur l'utilisation appropriée et sécuritaire du courrier électronique.
- Lors des embauches, la politique sur l'utilisation des médias sociaux est distribuée systématiquement.

Volet budget et ressources :

- Un processus structuré de gestion des ressources budgétaires est en place et les budgets ont été respectés par tous les services de notre centre.
- Pour les équipements un plan de maintien des actifs techniques est en place et permet le suivi dans le cadre d'un programme d'entretien préventif.

- ***Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leurs proches en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire.***

Les services ont priorisé la poursuite des objectifs généraux suivants :

- Assurer le suivi des recommandations émises par les différentes instances et assurer l'atteinte des résultats attendus;
- Teinter nos actions de chaleur, d'écoute, de sollicitude et de compréhension en respectant les orientations ministérielles touchant l'implantation du milieu de vie;
- Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services;
- Assurer une culture d'amélioration continue de sécurité à tous les niveaux de l'organisation avec la participation des résidents, familles, employés et partenaires;

Direction générale :

Suivi des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree.

Visite ministérielle d'évaluation de la qualité du milieu de vie :

Cette visite s'est déroulée sur une journée et s'inscrit dans le 2^e cycle des visites ministérielles.

- Lors de la visite du ministère le 15 décembre 2016, l'évaluateur soulignait :
 - L'engagement de la direction et de tout le personnel sur le concept milieu de vie du MSSS et ce en continu depuis la dernière visite;
 - Que l'établissement prend les moyens nécessaires afin d'offrir un milieu de vie de qualité conforme aux principes inscrits dans les orientations ministérielles;
 - L'intégration dans son plan d'action des mesures directement liées à un milieu de vie de qualité et mis en place un comité qui lui est dédié;
 - La présence d'un programme d'accueil structuré définissant l'ensemble des activités favorisant l'intégration des nouveaux résidents.
 - La propreté des lieux, en soulignant que nous avons un beau petit milieu de vie familial, bien décoré qui agit sur le mieux-être des résidents.

Une reddition de compte, cernant les suivis des recommandations inscrites à même le plan d'amélioration a été effectuée en décembre 2018. Toutes les recommandations sont réalisées en totalité. Le rapport et le suivi au plan d'amélioration sont disponibles sur notre site web.

En novembre 2019, une grille de suivi des mécanismes d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et des services à l'égard des CHSLD privés-conventionnés a été remplie et acheminée au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Visite d'évaluation de la qualité d'agrément Canada :

La démarche d'agrément est au cœur de nos priorités depuis de nombreuses années (2002). La direction générale et la direction des soins infirmiers sont fières du travail de toute l'équipe qui, au quotidien, maintient de façon continue ce haut standard d'excellence, quant à la dispensation de soins et de services de qualités et de sécurité dans l'établissement. Le rapport d'Agrément Canada 2016 est disponible sur notre site web.



Durant l'année, nous avons poursuivi l'élaboration ou la mise à jour de plusieurs programmes, politiques, procédures et autres documents, ainsi que la réalisation d'audits, afin de s'assurer des meilleures pratiques. Nous avons dispensé de formations auprès du personnel afin de répondre aux normes émises par notre accréditeur.

Tout au long de l'année le comité de direction de nos trois centres s'est rencontré afin de définir un plan d'action pour tout mettre en œuvre et prioriser les actions à prendre en vue de la prochaine visite qui aura lieu en avril 2020. Du à la pandémie de la COVID-19, la visite d'évaluation d'Accréditation Canada a été reportée à Avril 2021.

Planetree :

Dès la planification stratégique 2010-2015, nous avons comme objectif d'obtenir une certification d'employeur de choix. Nous voulions un modèle où l'humanisme prime, un modèle global et intégré à notre programme d'amélioration continue de la qualité. Nous avons opté pour le modèle Planetree reconnu pour son approche centrée sur la personne, qu'elle soit résident, employé, famille ou bénévole. En avril 2015, Planetree nous décernait, de même qu'à nos centres le CHSLD Bourget et le CHSLD Bussey, une *reconnaissance Bronze* d'employeur de choix.

Direction des soins infirmiers :

Plusieurs activités ont été mises de l'avant afin de réaliser l'excellence dans l'offre de service entre autres :

Les soins infirmiers et d'assistance :

Processus d'admission

La direction des soins poursuit son partenariat avec le mécanisme d'accès à l'hébergement afin que les lits disponibles soient comblés le plus rapidement possible (48 heures) tel que demandé par le MAH admission. Cette année, le taux d'occupation a été de 98.57%. Ce taux témoigne de la mobilisation continue de l'équipe de soins infirmiers.

Soucieuse de fournir un service personnalisé, la direction des soins offre un horaire très flexible pour permettre aux résidents et familles de disposer de toute l'information nécessaire dès leur arrivée dans l'établissement.

Nos assistantes du supérieur immédiat (ASI) jouent un rôle important dans le processus de suivi d'admission; une relation de confiance s'installe avec le résident et sa famille qui peut faire appel à elles pour toute situation préoccupante, questionnements ou autres.

Les profils iso-smaf de la clientèle au 31 mars 2020:

Profil 8	1
Profil 9	4
Profil 10	3
Profil 11	7
Profil 12	6
Profil 13	1
Profil 14	1
Résidents sans profil iso-smaf	5
Chambres libres	0

Rencontres interdisciplinaires :

- Les rencontres interdisciplinaires ont lieu à l'admission, de façon annuelle ou encore lors d'une problématique précise. Le résident, sa famille ou les proches sont toujours invités.
 - La rencontre interdisciplinaire d'admission se fait dans tous les cas entre 4 à 6 semaines suivant l'arrivée du résident; elle a pour but d'élaborer le meilleur plan d'intervention individuel possible afin de faciliter l'intégration du résident et de ses proches.
 - La rencontre annuelle a pour but de vérifier et modifier les objectifs en lien avec le plan d'intervention individuel et de l'ajuster aux besoins du résident selon sa condition actuelle.
 - La rencontre spéciale est fixée pour établir un plan d'intervention en lien avec une problématique précise qui demande une intervention immédiate ou rapide.

Rencontres interdisciplinaires Admission	Rencontres interdisciplinaires annuelles	Rencontres interdisciplinaires spéciales	totales
15	14	0	29

- Au cours de l'année, nous avons accompagné 10 résidents et leurs familles dans le processus de fin de vie.

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

- Une politique sur les soins en fin de vie, les directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir sont en place en conformité avec la Loi;
- Aucune demande de sédation palliative continue n'a été administrée depuis l'entrée en vigueur de la Loi;
- Aucune demande d'aide médicale à mourir n'a été formulée ou administrée depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

Tableau de suivi soins palliatifs et fin de vie :

Nombre de personnes ayant reçu des soins de fin de vie :	10
Nombre de demandes de sédation continue :	0
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0

Le service des loisirs et des bénévoles

Le recrutement d'une nouvelle technicienne en loisirs a amené du renouveau dans les services de loisirs du CH St-François inc. L'apport d'une conseillère externe a permis de revoir l'organisation du service et de créer un meilleur partenariat avec le CHSLD Bourget pour les calendriers d'activités. Le service des loisirs s'est fait un point d'honneur d'offrir



des activités stimulantes et adaptées aux divers besoins des résidents. La programmation artistique et récréative est établie mensuellement et en fonction des capacités et des goûts des résidents. Ces activités se retrouvent sur un calendrier, sept jours sur sept, affiché sur chaque étage à tous les mois et en format papier distribué à tous les résidents et disponible à l'entrée principale. Ces activités sont

dirigées par la technicienne en loisirs et peuvent être réalisées par lui ou par des PAB, des

bénévoles, des partenaires ou encore des professionnels engagés. De plus, nous favorisons l'implication des proches et des bénévoles pour participer à l'animation du milieu de vie au quotidien.

Depuis plusieurs années des bénévoles s'impliquent auprès de notre clientèle. Cet objectif est toujours pertinent pour le futur. Durant la dernière année, 11 bénévoles inscrits se sont engagés à différents niveaux au centre : aide à l'animation, aide lors des sorties, prise en charge du bingo et de la messe, accompagnement pour différents rendez-vous, aide pour activités de financement, activités jardinage, etc.... La plupart sont des bénévoles de longue date. L'Association des bénévoles du C.H. St-François Inc. existe depuis plus de 12 ans. Elle vise entre autres à favoriser le recrutement des bénévoles et éventuellement à leur offrir de la formation. Un autre volet de cette association est de récolter des fonds pour améliorer la qualité de vie de nos résidents.



Le service de réadaptation

Le service de réadaptation a également fait preuve de renouveau avec l'arrivée d'une nouvelle technicienne en réadaptation physique. Quant à lui, le service de réadaptation s'assure, dès l'admission, de faire une évaluation du résident afin que sa sécurité soit une priorité et que la connaissance de son état physique n'occasionne pas un risque élevé de blessure grave. D'autre part, le service collabore avec l'institut de réadaptation physique de Québec (IRD PQ) pour des évaluations cliniques de positionnement ou pour l'obtention d'un fauteuil adapté lorsque les besoins se présentent. Enfin, le service de réadaptation est responsable de l'installation des appareils de mobilité et des suivis de ces moyens alternatifs à la contention; moniteurs TABS, SMART ou de type Microtech, bandes sensorielles et détecteurs de mouvement etc. Finalement, en collaboration avec le personnel des unités de soins, tous les résidents ont pu bénéficier du programme de marche.

Direction des services techniques :

Hygiène et salubrité

Un programme d'hygiène et salubrité assure la standardisation des activités du service au processus de la gestion intégrée des risques de l'établissement et contribue à l'accroissement de la qualité des soins et services dispensés aux résidents. Soulignons que des distributeurs de gel antiseptique, de savon et de crème à main sont installés dans toutes les chambres et/ou tous les espaces communs.

Installation, entretien et réparation

Par le biais de son programme d'entretien préventif des équipements, l'établissement s'assure que toutes les vérifications sont adéquates afin que les services se donnent de manière sécuritaire. Un calendrier mensuel est élaboré afin de supporter l'équipe de l'entretien ménager et de la maintenance dans l'exécution de leurs tâches.

Selon notre plan de mesures d'urgence, nous avons tenus 3 exercices mensuels de rappel fait par les responsables de soins qui regroupent les 3 quarts de travail.

Alimentation

Tous les responsables du service alimentaire cuisiniers(ères) possèdent les qualifications demandées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) en ce qui concerne l'hygiène et salubrité en service alimentaire. Cette formation assure la connaissance des intervenants et permet de maximiser la conformité dans le service alimentaire et d'éviter ainsi la propagation des bactéries ou tout autre problème relié à l'alimentation.

Les heures de repas des résidents sont normalisées et la distribution des repas est présentée plat par plat. La présence de notre personnel est optimisée au moment des repas et celui-ci assure une vigilance envers l'ensemble de nos résidents.

Nous remercions le personnel du service alimentaire qui contribue aux activités thématiques en collaboration avec le service des loisirs, entre autres pour nos résidents lors des repas des fêtes, lors des pique-niques, BBQ etc.



- ***S'assurer conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des évènements indésirables et sentinelles, des erreurs liées aux médicaments, des infections et autres préjudices.***

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, la direction des soins infirmiers s'assure que tous les résidents reçoivent des soins et services personnalisés et sécuritaires et que les suivis de ceux-ci soient faits selon les normes. Les activités mises de l'avant :

- Tous les résidents ont un bilan comparatif des médicaments à l'admission et au transfert dans le but de réduire le risque d'omission et de double prescription par inadvertance ou médicaments prescrits par erreur aux points de transition des soins;
- Tous les résidents sont évalués de façon régulière: risque de fugue, gestion de la douleur, échelle de Braden, risque de chute, mesure de contrôle, etc.

Nous bénéficions d'un partenariat avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale et de la présence d'une infirmière en prévention et contrôle des infections qui met à jour nos politiques, procédures, protocoles et outils d'évaluation en matière de prévention et contrôle des infections.

Des audits sont effectués afin de valider la prestation sécuritaire des soins et services, dont:

- ✓ Matériel non critique;
 - ✓ Observation sur l'hygiène des mains et le port de gants;
 - ✓ Traitement du linge souillé;
 - ✓ Nettoyage et désinfection du bain et de la douche;
 - ✓ Les épisodes de soins et de services;
 - ✓ Les épisodes d'activité repas;
 - ✓ Temps de réponse aux moyens alternatifs;
 - ✓ Précautions additionnelles;
 - ✓ Dossier d'admissions.
- ***Demeurer un employeur de choix.***

Le développement des ressources humaines :

Les activités mises de l'avant au maintien d'un bon climat de travail :

- Sondage sur la satisfaction du climat de travail;
- Diffusion de la politique sur la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail à chaque embauche;

- Remise d'un dépliant *Comprendre et prévenir le harcèlement et violence en milieu de travail* à chaque embauche;
- Distribution de la charte des attitudes et comportements attendus;
- Distribution de la politique sur l'utilisation des médias sociaux;
- Processus permettant de valoriser le travail-études et ainsi accroître l'attraction et la rétention du personnel;
- Comité de relation de travail (CRT) à la demande des parties;
- Comité de climat organisationnel;
- Comité SST.

Pour maintenir les expertises et les compétences de nos employés, nous leur avons offert diverses formations qui sont, à notre avis, de bons outils pour maintenir un bon climat de travail et faire en sorte que l'amélioration continue fasse partie de notre quotidien.

Les principales formations données :

- Formation sur la fin de vie soins palliatif
- Formation sur le système SISSS
- Symposium FQLI
- Formation hygiène et salubrité
- Colloque en réadaptation physique
- Entraînement à la tâche (ASI, Inf. Aux, PAB, service alimentaire, maintenance)
- Capsules révision de mon PDSB
- Hygiène des mains employés et bénévoles
- Le courage de gérer SPIIQ
- La prévention de la violence au travail

Valorisé la présence au travail / Assiduité au travail et suivi de l'entente de gestion Main d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire :

L'établissement considère que la communication est l'un des ingrédients essentiels pour le développement d'un milieu de travail sain; en précisant clairement et fréquemment nos attentes auprès de nos employés nous œuvrons à la création d'un milieu stimulant et valorisant qui fait place à l'autonomie et au partage des responsabilités.

Au centre hospitalier St-François Inc., nous poursuivons nos suivis en Santé et Sécurité du travail de façon hebdomadaire et un suivi clinico-administratif est réalisé selon les besoins, afin de minimiser le temps d'absence de nos employés.

Assiduité au travail.

La gestionnaire des ressources humaines et notre firme externe de santé et sécurité au travail font le suivi qui s'impose afin de minimiser le temps d'absence de nos employés en assurance salaire et en CSST.

La pénurie de main-d'œuvre est criante dans tous les titres d'emplois liés aux soins et services depuis quelques années et voilà que nous éprouvons aussi certaines difficultés de recrutement. Cette année les départs à la retraite et la pénurie sont les causes les plus courantes du manque de personnel.

La réorganisation des effectifs se fait de façon continue dans notre établissement afin de contrer cette pénurie par la maximisation de l'expertise et des compétences de l'ensemble nos employés. L'affichage de nos besoins a été optimisé pour une plus grande visibilité à la population de nos postes à pourvoir. Malgré tous ces efforts, et après avoir épuisé toutes nos ressources internes, nous n'avons d'autre choix afin de pouvoir offrir les meilleurs services à nos résidents de recourir au temps supplémentaire ou de faire affaire avec du personnel d'agence privée.

Nous avons considérablement augmenté l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante pour les soins infirmiers et pour les soins d'assistances (PAB). La plus grande augmentation fût dans l'utilisation du temps supplémentaire de l'ensemble du personnel en soins infirmiers. Dans un contexte de pénuries globales, il est difficile de prévoir les résultats tout en maintenant et en prévenant les ruptures de services à notre clientèle très dépendante.

Pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendant (MOI)

Description	Résultats 2019-2020	Cibles 2017-2018	Résultats 2018-2019
Infirmières	7.43%	2.17%	15,39%
Infirmières auxiliaires	12.37%	1.25%	0,45%
Préposés aux bénéficiaires	21.88%	3.48%	7.06%

Pourcentage des heures supplémentaires travaillées

Description	Résultats 2019-2020	Cibles 2017-2018	Résultats 2018-2019
Personnel infirmier	6.02%	7.56%	8.29%
Ensemble du personnel réseau	1.39%	3.47%	2.73%

Vous trouverez en annexe (3) le tableau des ressources humaines de l'établissement.

Programme d'aide aux employés (PAE) / Politique de violence et harcèlement au travail.

Depuis avril 2006 notre partenaire Morneau Shepell est la firme mandatée pour les services d'évaluation et de consultation du programme d'aide aux employés. Ainsi, après une période de probation, tous les employés de notre établissement peuvent bénéficier du service du PAE (5 heures). Afin de bien faire connaître ce programme disponible, à l'embauche, dans la salle des employés et au besoin, le dépliant est distribué aux employés. Selon les statistiques d'utilisation du programme, le taux de consultation annuel est selon la moyenne normale d'utilisation d'un tel programme au sein des organisations.

Statistique trimestriel suivi politique contre la violence et harcèlement au travail.

Trimestre	Plainte reçue
1 ^{er} trimestre	0
2 ^{ième} trimestre	0
3 ^{ième} trimestre	0
4 ^{ième} trimestre	1

Nous avons reçu une plainte qui a fait preuve d'un processus d'enquête structurée avec des conclusions claires et des mesures.

De plus, nous nous assurons que notre personnel connaît bien nos attentes quant à la prévention de la violence et le harcèlement au travail et qu'il connaît la procédure à suivre s'il est témoin ou victime de violence ou de harcèlement au travail. Un dépliant pour comprendre et prévenir le harcèlement et la violence en milieu de travail est disponible et donné lors de l'embauche.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES DE LA QUALITÉ :

Sécurité des soins et services :

Un total de 265 incidents/accidents a été déclaré et diffusé cette année. Une diminution du nombre de déclarations principalement due à la qualité des outils de travail et de leur utilisation adéquate par l'ensemble du personnel de soins infirmiers et à l'intérêt que nous avons suscité en diffusant régulièrement les résultats des rapports de gestion des risques aux employés, bénévoles, résidents et membre de familles.

Au cours du mois d'octobre avait lieu notre campagne de sensibilisation sur la vaccination saisonnière. Le taux de vaccination de nos résidents a atteint 83,3%. Nous poursuivons nos efforts en vue d'atteindre la cible attendue pour la vaccination du personnel et des bénévoles; la couverture vaccinale pour le personnel soignant et les bénévoles se chiffre à 12 personnes.

L'établissement n'a fait face à aucune écloison dans l'année.

Dès l'admission, nous sensibilisons les résidents et leur famille aux différents moyens pour prévenir les infections nosocomiales. Nous leur avons remis dans la pochette d'accueil de l'information sur la prévention des infections. Nous accentuons sur les pratiques de base lors d'une déclaration d'écloison, par l'insistance de procéder adéquatement à l'hygiène des mains, et en précisant de le faire à chacune de leurs visites pour leur sécurité et celle de la communauté.

De plus, dès l'embauche le nouveau personnel est sensibilisé et formé sur les pratiques de base et des capsules de formation sont présentées et des rappels en rencontre d'équipe sont faits régulièrement au cours de l'année. Ils signent d'ailleurs l'engagement à l'hygiène des mains.

Les mesures de contrôle et d'isolement :

Dès l'admission d'un résident ou lors de l'embauche des nouveaux employés, la procédure sur les mesures de contrôle établie par l'établissement est bien expliquée, afin de minimiser l'utilisation des mesures de contrôle dans l'établissement et d'assurer la mise en place de mesures alternatives. Depuis 2008 aucune mesure de contrôle n'a été répertoriée. Des félicitations ont été faites à toute l'équipe des soins infirmiers tant par l'équipe ministérielle, La visite d'inspection de l'OIIQ, que par les visiteurs d'Agrément Canada.

L'examen des plaintes et la promotion des droits :

La Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a produit et remis son bilan des activités à la direction, ainsi qu'aux responsables concernés du Ministère et elle a fait son rapport au comité de vigilance dont elle est membre.

Une (2) plaintes ont été acheminées à la commissaire locale aux plaintes en 2019-2020. Elles ont été retenues et traitées. Au cours de l'exercice 2019-2020, aucune demande n'a été adressée auprès du Protecteur du citoyen par un plaignant en désaccord avec les conclusions de la commissaire aux plaintes. Pour ce qui est des dossiers d'assistance, trois (3) dossiers de consultation a été traités au cours de l'année. Aucun dossier de plainte n'a été transmis pour étude à des fins disciplinaires par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Au cours du présent exercice, aucun signalement, conformément à la Loi visant à contrer la maltraitance envers les aînés n'a été amorcé ou conclu par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité est présente dans notre établissement. Elle est invitée à toutes les rencontres du comité des usagers. Une chronique du commissaire destinée aux résidents et à leurs proches est émise plusieurs fois par années via différents médias dont le journal Le St-François. Elle est présente lors d'événements organisés par le comité des usagers et intervient lorsqu'elle est interpellée ou si nécessaire. D'autre part, la commissaire est aussi consultée, soit par la direction générale ou la direction des soins infirmiers, dans le cadre du respect des droits des résidents. Vous trouverez en annexe (4), le bilan de commissaire.

Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs :

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs :

Nous rappelons que les modalités de financement des établissements privés conventionnés fixent les heures cliniques travaillées et que tout dépassement du nombre d'heures est à la charge de l'établissement. De plus, au niveau des effectifs de la composante fonctionnement, un per diem est établi et tout dépassement est aussi à la charge de l'établissement.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS :

Les documents suivants ont été transmis au Ministère de la santé et service sociaux (MSSS) et sont inclus au rapport financier annuel 2019-2020 (AS-471) de l'établissement. Ce rapport (AS-471) est publié sur le site internet du ministère et du centre hospitalier St-François Inc., conformément aux articles 295 et 395 de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

- États des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2020;
- États de la situation financière au 31 mars 2020;
- Le rapport de l'auditeur (vérificateur externe).

Cependant, nous vous présentons ici la répartition des charges brutes par programmes.

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	2 145 587	61.36%	1 996 867	64.34%
Santé physique	5 100	0.15%	11 462	0.37%
Programme de soutien				
Administration	196 713	5.63%	158 174	5.1%
Soutien aux services	575 708	16.46%	473 216	15.25%
Gestion des bâtiments et des équipements	573 570	16.40%	463 882	14.95%
Total	3 496 678		3 103 601	

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

- Au cours de l'année 2019-2020 aucune divulgation reçue par le responsable du suivi des divulgations.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE :

L'établissement a adopté un Code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et dirigeants de façon à éviter tout conflit d'intérêts. Au cours de l'année 2019-2020, il n'y a aucun cas de manquement constaté. Code d'éthique et de déontologie en annexe (5).

Diane Girard
Directrice Générale

ANNEXES

ANNEXE 1

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité des usagers

- Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité de la gestion des risques

DIRECTEUR GÉNÉRAL Diane Girard

- Comité de direction
- Ressources financières
 - Comptabilité
 - Paie

SERVICES PROFESSIONNELS Dr Francis-Olivier Gagnon

- Services médicaux
 - médecin
- Services pharmaceutiques
 - pharmacten
- Services dentaires
- Services diagnostiques
- Services d'optométrie
- Comité d'examen des titres
- Comité d'évaluation médicale
- Comité pharmacologie

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

- Conseillère en prévention des infections
- Travailleur Sociale
- Comité interdisciplinaire
- Comité gestion intégrée de la qualité
- Comité CII

Accueil

- Technicienne en administration
- Secréariat
- Gestion de l'informatique
- Accueil

Soins infirmiers et D'assistance

- ASI
- Inf. auxiliaire
- P.A.B.

Services Loisirs/réadaptation

- Tech. réadaptation
- Tech. en loisirs
- Aumônier
- Bénévoles

Ressources Humaines

- Gestion des ressources humaines
- Santé sécurité au travail
- Relation de travail

Services Techniques

- Comité SST
 - Serv. alimentaire
 - cuisinier
 - aide-cuisinier
 - aide alimentaire
 - techn. nutrition
- Service ress. Matériel
 - Entretien ménager
 - Maintenance

ANNEXE 2

COMITÉ DES USAGERS



COMITÉ DES USAGERS CENTRE HOSPITALIER ST- FRANÇOIS INC

RAPPORT ANNUEL
2019-2020

Identification

Nom du comité des usagers

Comité des usagers du Centre hospitalier St-François Inc.

Coordonnées

Adresse postale du comité : 1604 1^{ère} Avenue Québec G1L 3L6

N° de téléphone du comité : 418-524-6033

Courriel du comité :

Indiquez le nom des comités de résidents actifs

Mot de la Présidente

C'est avec plaisir que je vous présente ici le rapport d'activités et le bilan financier 2019-2020. Avec beaucoup d'implication, les membres du comité ont su encore cette année, je le crois, représenter avec cœur les résidents et résidentes pour l'amélioration constante de leur qualité de vie, le respect de leurs droits et de leur dignité.

Le rapprochement entre tout les acteurs concernés fut encore le moyen privilégié par le comité afin de créer une communication et des liens de travail francs et constructifs avec les autorités, le personnel du Centre et les résidents. Les activités réalisées l'ont été sous cet angle. Cette année nous avons fait l'intégration de nouveaux membres.

À partir mois de mars 2020 dû à la Covid-19 et ces restrictions, il n'a été possible de tenir de réunion ou rencontres car l'accès au centre a été interdite et il n'y avaient aucun autre endroit ou tenir de rencontre n'est pas acceptée.

Je vous invite donc à parcourir ce rapport afin de constater l'énergie déployée pour le bien être des résidents et résidentes. Je souhaite que ces efforts se poursuivent en 2020-2021 quand les restrictions de la Covid-19 sera suspendues et que le climat de travail créer avec la direction du centre puisse perdurer au profit de nos proches.

Danièle Turgeon
Présidente

Coordonnées professionnelles des membres

Président

Prénom : Danièle

Nom : Turgeon

N° de téléphone du comité : 418-524-6033

Courriel du comité :

Adresse postale du comité :1604 1^{ère} Avenue Québec G1L 3L6

**Répondant de
l'établissement
auprès des CU**

Prénom :Diane

Nom : Girard

N° de téléphone : 1-514-645-1673 CHSLD BOURGET

Courriel : diane.girar@ssss.gouv.qc.ca

Adresse postale :11570 rue Notre Dame est, Pointe-aux-Trembles
H1B 2X4

**Personne
ressource,
si applicable**

Prénom :

Nom :

N° de téléphone du comité :

Courriel du comité :

Adresse postale du comité :

Composition et portrait des membres

Prénom	Nom	Rôle
Danièle adjointe	Turgeon	répondant présidente, trésorière- secrétaire
Sylvie	Roy	répondant trésorière
Lisette	Bill	usager conseillère
Dion	Hélène	répondant conseillère
Cloutier	Lucie	répondant conseillère

Personnes qui ont quittées le Comité pendant notre mandat :

Lisette	Bill	usager conseillère
Louise	Bourque	vice-présidente

Priorités et réalisations de l'année écoulée

(Grandes réalisations et priorités du comité)

Production d'un calendrier avec le droits des usagers.
Phamphlets du Comité.

Plan d'action

Le comité a un plan d'action : Oui Non

QUATRES OBJECTIFS PRINCIPAUX ÉTAIENT AU PLAN D'ACTION 2019-2020

1. Renseigner les résidents sur leurs droits et obligations.
2. Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des usagers en évaluant le degré de satisfaction de ces derniers à l'égard des services obtenues.
3. Défendre les droits et intérêts collectif set individuels des résidents.
4. S'assurer de préparer une relève de qualité .

En plus du bilan des activités qui suit le comité des usagers a :

- Tenu 4 rencontres auxquelles étaient invités, au besoin la commissaires aux plaintes; la directrice du Centre hospitalier ainsi que la délégué du comité de la gestion intégré de la qualité (réalisé).
- Tenir une rencontre pour la semaine du Comité des usagers.
- Tenir une rencontre pour promouvoir les règlements et droits du Comité.
- Réaliser la confection d'un calendrier avec les droits des usagers.
- Expédier de la document des droits des usagers.

Tenue des rencontres du comité (dates)

2 réunions du Comité :

29 mai 2019

21 octobre 2019

2 rencontres du Comité avec les usagers/personnels/employés/répondants et bénévoles du Centre :

26 septembre 2019

8 décembre 2019

Autres rencontres

(indiquez et précisez le type de rencontres)

14 avril 2019 Assemblée générale

Formations et conférences suivies par le comité

(nommez les formations et conférences auxquelles le comité a assisté)

Nombre de formations et conférences :

Il n'y a eu aucune formation ou conférences cette année dû à un manque de ressource pour nous guider dans les formations ou conférences à s'inscrire.

Enjeux Prioritaires

Le comité a-t-il formulé des enjeux prioritaires: Oui
Non X

Si oui, lesquelles (précisez)

Activités et projets prévus pour l'année prochaine

Nous devrions faire un sondage.
Confection d'un calendrier.
La promotion pour les droits des usagers.

Autoévaluation du comité

Le comité a procédé à son évaluation : Oui Non

Si oui, faites un court résumé de la situation

Nombre d'heures de bénévolat (CU)

Nombre d'heures effectuées par le CU environ 12 heures
par bénévoles

Nombre d'heures effectuées par les
CR

Total environ 84 heures

Rapport financier

Rapport financier joint

Signature

Signature du président/de la présidente :

Danièle Turgeon

Date : 2020-08-28

**ANNEXE - 3A - RAPPORT FINANCIER DES COMITÉS DES USAGERS
ACCOMPAGNANT LA CIRCULAIRE 2016-021 (03-01-53.01)**

EXERCICE FINANCIER DE LA PÉRIODE DU : 1^{ER} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

Une fois ce rapport financier dûment complété, veuillez suivre les modalités indiquées dans l'ANNEXE 1 intitulée « Instructions générales des annexes accompagnant la circulaire 2016-021 ».

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :	Centre hospitalier St-François inc	NUMÉRO DE PERMIS :	
--------------------------	------------------------------------	--------------------	--

SOLDE DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT (Surplus / (Déficit), au début de l'exercice visé)	(a)	289 \$
BUDGET TOTAL ALLOUÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT AU COMITÉ DES USAGERS (Au cours de l'exercice visé)	(b)	6 000 \$
TOTAL AUTRES MONTANTS REÇUS (Au cours de l'exercice visé) (ex.: SOMMES VERSÉES PAR D'AUTRES CU POUR DES PROJETS COMMUNS) Veuillez préciser en annexe	(c)	
DONS (Lorsqu'un don est destiné spécifiquement à un CU, l'établissement doit rendre la totalité de ce montant disponible au CU concerné sans amputer son financement annuel).	(d)	
TOTAL DES REVENUS (a)+(b)+(c)+(d)=(e)	(e)	6 289 \$

1. DÉPENSES GÉNÉRALES

Soutien professionnel		
Fournitures de bureau (papeterie, photocopies, etc.)		20 \$
Publication de documents du comité		
Communications interurbaines		
Frais de recrutement		
Formations des membres du comité		
Colloques, congrès, conférences		38 \$
Frais de déplacement, hébergement		
Frais postaux		
Allocation personne-ressource		
Abonnements revues et journaux		
Cotisation à un regroupement représentant les comités d'usagers		
Autres (précisez): Frais bancaire		78 \$
Autres (précisez):		
Dépenses spécifiques réalisées avec les dons (d), s'il y a lieu (Veuillez préciser en annexe)	(f)	

2.A - DÉPENSES SPÉCIFIQUES RELIÉES AU MANDAT DU COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ

REPRÉSENTATION		
Précisez:		
COORDINATION		
Précisez:		
HARMONISATION		
Précisez:		

2.B - DÉPENSES SPÉCIFIQUES RELIÉES AU MANDAT DU COMITÉ DES USAGERS OU DE RÉSIDENTS

RENSEIGNER SUR LES DROITS ET OBLIGATIONS

Publications (dépliants, lettres d'information, etc.)		
Activités d'information auprès des usagers et des proches		
Déplacement, hébergement		
Matériel de promotion (précisez ci-dessous)		
Précisez :	calendrier 2020	566 \$
Précisez :	graphiste	150 \$
Précisez :	rencontre recrutement	172 \$
Précisez :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		

PROMOUVOIR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE VIE

Publications (dépliants, lettres d'information, etc.)		
Activités d'information auprès des usagers et des proches		
Matériel de promotion (précisez ci-dessous)		
Précisez :	Rencontre de Noël	1 508 \$
Précisez :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		
Autres (précisez) :		

ÉVALUER LE DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS

Activités d'évaluation de la satisfaction des usagers		
Outils d'évaluation (élaboration d'un questionnaire, sondage, etc.)		
Honoraires professionnels		
Autres (précisez) :		

DÉFENDRE LES DROITS ET LES INTÉRÊTS COLLECTIFS OU INDIVIDUELS

Activités de promotion sur la défense des droits		
Honoraires professionnels		
Autres (précisez) :		

ACCOMPAGNER ET ASSISTER DANS TOUTE DÉMARCHÉ LORS D'UNE PLAINTÉ

Frais de déplacement		
Honoraires professionnels		
Autres (précisez) :		

TOTAL DES DÉPENSES	(g)	2 532 \$
SOLDE DES DONNS	(h)	- \$
SOLDE AU 31 MARS 20__ (Surplus / (Déficit), à la fin de l'exercice visé) (e)-(g)-(h)=(i)	(i)	3 757 \$
<i>Le solde dans la ligne (i) représente le montant devant être récupéré par l'établissement</i>		

ANNEXE 3

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT : CH ST-FRANÇOIS INC.

L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi.

	2019-2020	2018-2019
	Exercice en cours	Exercice antérieur
<u>Note 1 :</u>		
Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres :</u> (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	1
- Temps partiel	.98	0
Nombre de personnes: Équivalents temps complet <i>(a)</i> (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi		
<u>Les employés réguliers :</u> (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	11	14
- Temps partiel	11.95	12.39
Nombre de personnes: Équivalents temps complet <i>(a)</i> (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi		
<u>Les occasionnels</u>		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice →	23 127	14 080
- Équivalents temps complet (b) →	12.67	6

ANNEXE 4

RAPPORT ANNUEL

2019-2020

**SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE
D'EXAMEN DES PLAINTES**

ET

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

CENTRE HOSPITALIER ST-FRANÇOIS INC.

Auteure : Geneviève LeBlanc Fraser
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Adopté par le conseil d'administration

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
ISBN : _ (version imprimée)
ISBN : _ (version en ligne)

N. B. Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour une deuxième consécutive à titre de commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services pour le Centre hospitalier St-François Inc., il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2019-2020.

En vertu des dispositions légales prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le présent rapport dresse le bilan des plaintes traitées au cours de l'exercice par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ("la commissaire") de même que des plaintes et signalements reçues au cours du même exercice en vertu des dispositions légales prévues à la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Il fait également état des interventions et des autres activités réalisées par la commissaire dans le cadre du régime d'examen des plaintes prévu à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Ce rapport vise donc essentiellement à vous tenir informés de la nature des insatisfactions vécues par les résidents et leurs proches de même que des mesures mises en place afin d'accroître la qualité des soins et services offerts au sein du Centre hospitalier St-François Inc.

Je tiens à profiter de l'occasion pour remercier chacune des personnes qui m'ont fait confiance et qui ont pris le temps de me confier leurs expériences et qui, grâce à leurs démarches, ont contribué à l'amélioration des soins et des services ainsi qu'au respect des droits des usagers au sein du réseau.

Je tiens à profiter de l'occasion pour remercier la directrice-générale, madame Diane Girard, de même que les membres de la direction, les gestionnaires et l'ensemble du personnel de l'établissement pour leur précieuse collaboration renouvelée lors de chaque nouveau dossier.

Je vous convie donc à prendre connaissance du rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2019-2020 et vous souhaite une excellente lecture.

Votre Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services,

Geneviève LeBlanc Fraser, Québec le 23 avril 2020

INTRODUCTION

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* accorde aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux un droit de recours lorsqu'ils sont insatisfaits des soins ou des services reçus ou demandés. Ce recours est traité en première instance par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement.

Lorsque la plainte concerne un médecin, dentiste, pharmacien ou résident d'un établissement, la plainte est alors examinée par le médecin examinateur.

Le délai de traitement d'une plainte prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est de quarante-cinq (45) jours. Si la plainte n'est pas conclue à l'échéance de ce délai, les conclusions sont réputées négatives. Il est toutefois possible d'obtenir une prolongation de la part du plaignant, si celui-ci y consent, afin de prolonger l'examen de la plainte au-delà des délais impartis.

Le pouvoir de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en est un de recommandation. Il n'est pas coercitif. La collaboration des instances concernées par les plaintes des résidents est donc essentielle à la mise en œuvre des mesures correctives envisagées. Afin d'assurer un traitement juste et adéquat des plaintes qui lui sont adressées, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit agir en tout temps avec impartialité, indépendance, transparence et confidentialité.

Lorsque le plaignant est insatisfait des conclusions rendues par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui lui ont été transmises ou qui sont réputées lui avoir été transmises, il peut s'adresser en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cas d'une plainte relevant du médecin examinateur, le plaignant et le professionnel concerné insatisfaits des conclusions peuvent s'adresser en deuxième instance auprès du comité de révision de l'établissement.

Finalement, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services possède également un pouvoir d'intervention, sur demande d'un tiers ou de sa propre initiative, lorsqu'elle croit que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers peuvent être en péril. Elle doit en outre apporter assistance aux usagers dans le cadre du régime d'examen des plaintes et assurer la promotion de celui-ci. Elle peut également être invitée à donner son avis sur des sujets relevant de sa compétence.

En résumé, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers dans le cadre de ses fonctions et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle exerce notamment les fonctions suivantes, savoir :

- applique la procédure d'examen des plaintes en recommandant, au besoin, toutes mesures susceptibles d'en améliorer le traitement; examine avec diligence une plainte, dès sa réception;
- assure la promotion de l'indépendance de son rôle, ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes et du code d'éthique de l'établissement;
- saisit toute instance visée lorsqu'en cours d'examen, une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire et formule toute recommandation à cet effet dans ses conclusions;
- informe, dans un délai de 45 jours, le plaignant des conclusions motivées auxquelles ils sont arrivés, accompagnées, le cas échéant, des recommandations transmises aux instances concernées et indique les modalités de recours auprès du Protecteur du citoyen ou du comité de révision dans le cas d'une plainte médicale;
- dresse au moins une fois par année un bilan de leurs activités.

MISSION ET VALEURS

Ayant pour mission d'assurer le respect et l'application du régime d'examen des plaintes, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services veille également à promouvoir la qualité des services et le respect des droits des usagers.

Inspirée par la *Chartre des droits des résidents et Code d'éthique du personnel* du Centre hospitalier St-François Inc., ses actions et ses réflexions reposent sur le respect des droits suivants, savoir :

- le droit au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne;
- le droit au respect de la propriété et des biens personnels;
- le droit de maintenir des contacts avec l'environnement et des relations sociales;
- le droit à l'information, l'autodétermination, la participation et la liberté d'expression;
- le droit à la continuité des services et à des services personnalisés, tant sur les plans scientifique, humain que social.

Ces valeurs se traduisent dans l'exécution de son rôle et de ses responsabilités, tant auprès des résidents, des leurs représentants légaux que de la population en générale.

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES (CAAP)

Lorsqu'un usager souhaite porter plainte, il peut être référé au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP). Cet organisme communautaire offre la possibilité à toute personne voulant porter plainte d'être assistée et accompagnée sans frais dans sa démarche. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services informe tous les usagers qui n'ont pas déjà eu recours à ses services de son existence et de sa mission, qui est :

- d'informer l'utilisateur sur ses droits, sur la procédure à suivre ainsi que sur les mécanismes d'examen de la plainte;
- de l'aider à clarifier l'objet de sa plainte, la formulation du contenu ainsi que ses attentes;
- à la demande de l'utilisateur, d'être présent lors des rencontres prévues dans les différentes instances de recours.

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) – Capitale-nationale constitue un partenaire important dans le régime d'examen des plaintes. Je tiens à cet égard à souligner qu'étant très actif en matière d'information et de promotion de ses services, le CAAP a une incidence directe sur la promotion du régime au sein de la population générale et des usagers du réseau de la santé de la Capitale nationale.

COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers (résidents) du Centre hospitalier St-François Inc. est responsable de la promotion des droits des usagers. Il est essentiel que le comité exerce son rôle stratégique au sein de l'établissement notamment quant à l'information et à la promotion de son mandat auprès des résidents de même que leurs droits à titre d'usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Il doit également s'assurer du maintien du cap quant aux aspects de l'humanisation des soins de santé et de services sociaux. Il importe qu'il joue également un rôle d'assistance et d'accompagnement de premier plan auprès des usagers dans le régime d'examen des plaintes, et ce, en collaboration avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

1. BILAN DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Comme nous l'avons brièvement mentionné précédemment, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable du traitement diligent des plaintes concernant les soins et services rendus par l'établissement.

1.1. PLAINTES

BILAN ET ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE

Les tableaux suivants (Tableaux 1 et 2) illustrent respectivement le bilan des dossiers de plainte examinés par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'exercice 2019-2020 ainsi que leur évolution.

TABLEAU 1 – Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en cours d'examen à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier ¹	
0	2	2	2	0	Protecteur du citoyen	0

Au cours de l'exercice 2019-2020, deux dossiers de plainte ont été reçus par la commissaire locale alors qu'aucun dossier de plainte n'était en cours d'examen au début de l'exercice.

TABLEAU 2 – Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019-2020	0	0	2	200	2	200	0	0	0	0
2018-2019	0	0	0	-100	0	-100	0	0	0	0
2017-2018	0	0	2	200	2	200	0	0	0	0

Le nombre de plaintes reçues au cours de l'exercice 2019-2020 est supérieur à celui de l'exercice précédent avec deux nouveaux dossiers de plainte reçus et conclus durant l'exercice 2019-2020.

¹ La donnée statistique est établie selon la date de transmission du dossier au deuxième palier.

MODE DE DÉPÔT ET AUTEUR

Les tableaux suivants (Tableau 3 et 4) illustrent le nombre de dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le mode de dépôt de la plainte ainsi que par le type d'auteur concerné.

TABLEAU 3 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le mode de dépôt

Mode de dépôt	Nombre	% ²
Par écrit (lettre, courriel, formulaire de plainte, etc.)	1	50
Verbalement	1	50
TOTAL	2	100

Outre l'avantage de bénéficier systématiquement de conclusions écrites de la part de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le fait de procéder par écrit peut également s'expliquer par le fait que les plaignants n'hésitent pas à recourir aux services du centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-nationale lors de la formulation de leur plainte.

Le tableau qui suit (Tableau 4) illustre quant à lui l'état des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu en fonction des auteurs qui ont initié le dépôt d'une plainte.

TABLEAU 4 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur	Nombre	% ³
Représentant	1	50
Usager	1	50
TOTAL	2	100

Seul un usager ou son représentant légal peut valablement déposer une plainte relevant de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Par ailleurs, le nombre d'auteurs peut être supérieur au nombre de dossiers de plainte conclus puisqu'il peut y avoir plus d'un auteur par dossier de plainte, contrairement à ce qui prévaut pour le présent exercice où le nombre d'auteur correspond exactement au nombre de dossiers de plainte reçus.

ASSISTANCE

Comme nous l'avons mentionné précédemment, toute personne désirant porter plainte peut être assistée et accompagnée par un tiers. Il peut s'agir d'un proche, d'un organisme communautaire désigné tel qu'un centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) ou encore du comité des usagers de l'établissement.

Le tableau suivant (Tableau 5) illustre le nombre de dossiers de plainte avec assistance par type d'assistant et responsable du traitement de la plainte.

² Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

³ Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

TABLEAU 5 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le type d'assistant

Qualité de l'assistant	Nombre	% ⁴
Organisme communautaire désigné (CAAP)	0	0
Comité des usagers	0	0
Proche, parent ou autre	0	0
TOTAL	N/A	N/A

DÉLAI D'EXAMEN

La loi prévoit que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit informer le plaignant de ses conclusions dans un délai de 45 jours suivant la réception de la plainte, à moins d'entente à l'effet contraire. Le tableau suivant (Tableau 6) illustre le nombre de dossiers de plainte conclu selon le délai d'examen observé.

TABLEAU 6 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	1	50
De 4 à 15 jours	0	0	0
De 16 à 30 jours	21	1	50
De 31 à 45 jours	0	0	0
Sous-total	11	2	100
De 46 à 60 jours	0	0	0
De 61 à 90 jours	0	0	0
De 91 à 180 jours	0	0	0
De 181 jours et plus	0	0	0
Sous-total	0	0	0
TOTAL	11	2	100

La totalité des dossiers de plainte conclus a été traité à l'intérieur des délais prescrits de 45 jours, soit dans un délai moyen de 11 jours.

MOTIFS DE PLAINTÉ

Une même plainte peut comporter différents motifs de plainte. Le tableau suivant (Tableau 7) illustre la répartition des motifs des dossiers de plainte examinés par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services selon leur niveau de traitement.

⁴ Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

TABLEAU 7 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

MOTIF/NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motifs
	Abandonné par l' usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement		
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Compatibilité des clientèles	1	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	50
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0	1	0	1	100	1	50
Sous-total	1	0	0	0	1	100	1	0	1	100	2	100
TOTAL	1	0	0	0	1	100	1	0	1	100	2	100

MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives identifiées peuvent être appliquées lors du traitement de la plainte ou faire l'objet d'une recommandation. Parfois, un même dossier de plainte peut impliquer de cumuler l'application immédiate de certaines mesures correctives à la recommandation d'autres mesures correctives.

L'identification des mesures correctives se fait par motif de plainte et il est possible d'avoir plusieurs mesures correctives pour un même motif de plainte selon la gravité ou l'importance des faits reprochés comme l'illustre d'ailleurs le tableau suivant où le motif de plainte retenu a donné lieu à trois (3) mesures correctives.

Le tableau suivant (Tableau 8) illustre les mesures correctives identifiées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en fonction des motifs de plainte qui ont été retenus.

⁶ Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Tableau 8 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif et la mesure

MESURE/MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et des ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure ⁶
A portée individuelle										
Ajustement financier (remboursement)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	50
Sous-total	0	0	0	0	1	0	0	0	1	50
A portée systémique										
Adoption/ révision application de règles et procédures	0	0	0	0	1	0	0	0	1	50
Sous-total	0	0	0	0	1	0	0	0	1	50
TOTAL	0	0	0	0	2	0	0	0	2	100

Pour l'exercice 2019-2020, deux (2) mesures correctives ont été identifiées pour le motif de plainte retenu, soit une mesure corrective à portée individuelle et une mesure à portée systémique, c'est-à-dire pour le bénéfice de l'ensemble des résidents de l'établissement, savoir :

- Remboursement de la valeur de l'objet personnel du résident porté disparu;
- Adopter une politique claire et complète des obligations, limites et responsabilités de l'établissement, du résident et de ses proches en regard des objets personnels du résident.

DOSSIERS DE PLAINTES TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

Aucun dossier de plainte n'a été transmis pour étude à des fins disciplinaires par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

DOSSIERS DE PLAINTES TRANSMIS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de l'exercice 2019-2020, aucune demande n'a été adressée auprès du Protecteur du citoyen par un plaignant en désaccord avec les conclusions de la commissaire aux plaintes.

⁶ Le pourcentage est relatif au total de la colonne

1.2. INTERVENTIONS

BILAN ET ÉVOLUTION DES DOSSIERS D'INTERVENTION

Les tableaux suivants (Tableaux 9 et 10) illustrent respectivement le bilan des dossiers d'intervention examinés par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que leur évolution au cours de l'exercice 2019-2020.

TABLEAU 9 – Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de traitement

En cours de traitement au début de l'exercice	Amorcés durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours de traitement à la fin de l'exercice
0	1	1	0

TABLEAU 10 – Évolution du bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019-2020	0	0	1	100	1	100	0	0
2018-2019	0	0	0	0	0	0	0	0
2017-2018	0	0	0	0	0	0	0	0

Le nombre de signalement reçu au cours de l'exercice 2019-2020 est supérieur à celui de l'exercice précédent avec un nouveau dossier de signalement reçu et conclu durant l'exercice 2019-2020.

ORIGINE DE L'INTERVENTION, AUTEUR ET ASSISTANT

Les tableaux suivants (Tableaux 11 et 12) illustrent respectivement le nombre de dossiers d'intervention dont le traitement a été conclu selon l'origine de l'intervention et le type d'auteur.

TABLEAU 11 – État des dossiers d'intervention dont le traitement a été conclu selon l'origine de l'intervention

ORIGINE DE L'INTERVENTION	Nombre	% ⁷
Sur signalement fait au commissaire	1	100
Sur constat fait par le commissaire	0	0
TOTAL	1	100

⁷ Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

TABLEAU 12 – État des dossiers d'intervention dont le traitement a été conclu selon l'auteur

AUTEUR	Nombre	% ^a
Professionnel concerné	0	0
Tiers	1	100
Usager	0	0
TOTAL	1	100

MOTIFS D'INTERVENTION ET MESURES CORRECTIVES

Un dossier d'intervention peut comporter différents motifs, lesquels peuvent donner lieu à une ou plusieurs mesures correctives, le cas échéant. Les tableaux suivants (Tableaux 13 et 14) illustrent respectivement la répartition des motifs d'insatisfaction des dossiers d'intervention examinés par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, selon leur niveau de traitement ainsi que les mesures correctives identifiées, s'il y a lieu.

TABLEAU 13– État des dossiers d'intervention dont le traitement a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

MOTIF/NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif ^b
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement		
Accessibilité												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
Droits particuliers												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
Maltraitance (Loi)												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0

^a Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

^b Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Organisation du milieu et ressources matérielles												
Organisation des soins et services dispensés (demande de consultation en personne avec le médecin de l'établissement)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	100	1	100
Sous-total	0	0	0	0	0	100	1	0	1	100	1	100
Relations interpersonnelles												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
Soins et services dispensés												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	100	1	0	1	100	1	100

Tableau 14 – État des dossiers d'intervention dont l'examen a été conclu selon le motif et la mesure

MESURE/MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure ¹⁰
A portée individuelle										
Adaptation des soins et services (modification de la tournée du médecin afin de permettre au résident une consultation en personne, lorsque souhaitée)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	100
Sous-total	0	0	0	0	0	0	1	0	1	50

¹⁰ Le pourcentage est relatif au total de la colonne

A portée systémique										
Adaptation des soins et services (modification de la tournée du médecin afin de permettre aux résidents et à leurs représentants qui le désirent une consultation en personne avec le médecin)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	50
TOTAL	0	0	0	0	0	0	2	0	2	100

Tout comme pour le dossier de plainte, un même dossier d'intervention peut comporter plus d'une mesure corrective, comme pour ce dossier d'intervention qui a donné lieu à deux (2) mesures correctives, soit l'une à portée individuelle et l'autre à portée systémique, qui bénéficie alors à l'ensemble des résidents de l'établissement.

DOSSIERS D'INTERVENTION TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

Aucun dossier d'intervention n'a été transmis pour étude à des fins disciplinaires par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

1.3. SOMMAIRE DES MOTIFS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION

Le tableau suivant (Tableau 15) illustre le nombre de motifs traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par plainte et intervention au cours de l'exercice 2018-2019.

Tableau 15 – État des dossiers de plainte et d'intervention dont l'examen a été conclu selon le motif

MOTIF	PLAINTÉ	INTERVENTION	TOTAL
Accessibilité	0	0	0
Aspect financier	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0
Maltraitance (Loi)	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	0	2
Relations interpersonnelles	0	0	0
Soins et services dispensés	0	1	0
Autre	0	0	0
TOTAL	2	1	3

1.4. BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS CONFORMÉMENT À LA LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Le tableau suivant (Tableau 16) illustre le bilan des dossiers de plainte et de signalement traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que leur évolution au cours de l'exercice 2019-2020.

TABLEAU 16 – État des dossiers de plainte et de signalement traités conformément à la Loi visant à contrer la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

ORIGINE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier
Plainte	0	0	0	0	0
Signalement	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0

2. BILAN DES AUTRES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS)

DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Outre ses principales fonctions, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a répondu à trois (3) demandes de consultation et à aucune demande d'assistance au cours de l'exercice 2019-2020.

Les tableaux suivants (Tableaux 17 et 18) illustrent le type de demandes d'assistance réalisées au cours de l'exercice 2019-2020 selon l'objet poursuivi par le demandeur ainsi que le nombre d'avis et de consultation réalisé par la commissaire au cours de ce même exercice.

Tableau 17 – Évolution des demandes d'assistance conclues selon l'objectif poursuivi

Assistance	Nombre	% ¹¹
Aide à la formulation d'une plainte et/ou référence vers l'autorité compétente pour porter plainte	0	0
Aide concernant l'obtention d'un soin ou d'un service	0	0
TOTAL	0	100

Tableau 18 – État des demandes de consultation conclues

Consultation	Nombre	% ¹²
Avis (me consulte sur un élément présenté)	1	33.33
Consultation (chercher à obtenir de l'information sur un élément/sujet inconnu)	2	66.66
TOTAL	3	100

Les principaux motifs de demandes d'assistance et de consultation concernaient principalement les suivants, savoir :

- demandes d'information sur l'application du régime d'examen des plaintes (procédure, personne habilitée à porter plainte, personne habilitée pour recevoir la plainte à être formulée, données statistiques, etc.);
- demandes d'information sur le respect des droits des usagers;

¹¹ Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

¹² Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

- autre (demande d'information concernant la rédaction et l'élaboration de politique ou procédure par l'établissement en lien avec la zoothérapie, les objets personnels des résidents, la présence des caméras dans les chambres, etc.).

AUTRES FONCTIONS

En plus des fonctions précédemment décrites, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé à diverses activités reliées à l'amélioration de la qualité des services et au respect des droits des usagers ainsi qu'à la promotion du régime d'examen des plaintes.

Le tableau suivant (Tableau 19) illustre l'état des activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire pour l'exercice 2018-2019.

TABEAU 19 – ÉTAT DES ACTIVITÉS RELATIVES À L'EXERCICE DES AUTRES FONCTIONS DE LA COMMISSAIRE

AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	Nombre	%
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	Nombre	%
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes (présentation sommaire et par écrit du rôle des CPQS en établissement privé conventionné auprès de l'Assemblée nationale du Québec dans le cadre de l'étude du projet de loi)	1	14.29
Collaboration avec le comité des résidents	4	57.14
Soutien aux commissaires locaux (participation aux réunions et formations offertes par le Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité du Québec)	1	14.29
Autres (participation au congrès annuel du RPCU à titre de représentante pour le Comité des usagers et transmission subséquente de l'information aux membres concernant le rôle et responsabilité du comité des usagers)	1	14.29
Sous-total	7	100
TOTAL	7	100

Les différentes activités réalisées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour l'exercice 2019-2020 comprenaient notamment ce qui suit, savoir :

- présentation sommaire du rôle et des diverses fonctions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux membres siégeant au Comité des usagers l'établissement;
- participation aux réunions et à l'assemblée générale annuelle du Comité des usagers de l'établissement;
- participation à diverses formations destinées aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services dont l'une portant notamment sur les modifications envisagées par le Curateur public du Québec en ce qui concerne les régimes de protection.

ENGAGEMENT AU NIVEAU PROVINCIAL

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est membre du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser l'échange d'expertise, le développement de la pratique et, incidemment, pour améliorer la qualité des interventions réalisées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé et des services sociaux.

3. BILAN DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le médecin examinateur est responsable du traitement diligent des plaintes concernant les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents de l'établissement. La loi ne lui accorde toutefois aucun pouvoir d'intervention, il ne peut donc pas agir de sa propre initiative contrairement à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

BILAN ET ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE

Le tableau suivant (Tableau 20) illustre le bilan des dossiers de plainte traités par le médecin examinateur au cours de l'exercice 2019-2020 ainsi que leur évolution.

TABLEAU 20 – Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en cours d'examen à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier ¹³	
0	0	0	0	0	Comité de révision	0

0

Au cours de l'exercice 2019-2020, aucune plainte n'a été reçue ni traitée par le médecin examinateur.

¹³ La donnée statistique est établie selon la date de transmission du dossier au deuxième palier.

ANNEXE 5

CONSEIL D'ADMINISTRATION ⁽¹⁾ :		
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE:	ÉMIS: 2001-06	RÉVISÉ: 2016-04

Devoirs et obligations des administrateurs

Prévenir et identifier les situations de conflits d'intérêts

- 1- L'administrateur respecte son contrat avec le MSSS suivant les usages, l'équité et la loi.
- 2- L'administrateur agit avec prudence et diligence dans l'accomplissement de son contrat.
- 3- L'administrateur agit avec loyauté et honnêteté et s'engage à déclarer par écrit tout intérêt susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêt.
- 4- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération

- 5- L'administrateur ne confond pas les biens de sa corporation avec ses biens personnels.
- 6- L'administrateur respecte les normes établies en terme de rémunération contenues au décret sur les conditions de travail des directeurs généraux.
- 7- L'administrateur ou les membres de sa famille n'acceptent aucun don ou legs d'un résidant alors qu'il reçoit des services dans son centre.
- 8- L'administrateur gère les particularités de son contrat dans les limites prévues aux différentes composantes.

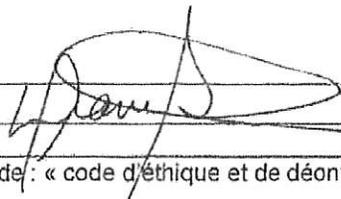
Devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions.

- 9- L'administrateur qui vend son établissement ou qui cesse d'être actionnaire garantit le droit de propriété et la qualité.
- 10- L'administrateur garde confidentiel tout renseignement de nature commerciale ou de nature à impliquer les résidants.

Mécanismes d'application du code d'éthique

- 11- À chaque deux ans, à tour de rôle un administrateur est responsable de l'application du présent code d'éthique. Il lui incombe de rédiger le rapport qui doit faire état annuellement des manquements au code et de s'assurer de l'intégrer au rapport annuel de l'établissement.
- 12- L'administrateur responsable s'assure de l'accessibilité au public du présent code.
- 13- Advenant une plainte dénonçant un manquement au code d'éthique, l'administrateur responsable réunit un groupe externe formé de quatre personnes, dont deux membres du conseil d'administration de l'AEPC et deux membres choisis parmi les propriétaires ou actionnaires d'établissements privés conventionnés.
- 14- L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement à ce code d'éthique est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Approuvé:



Date: 2016-04

Libellés tirés de: « code d'éthique et de déontologie – document de référence ACHAP 1998

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies