



*Là où les soins et services sont de qualité
et le milieu de vie chaleureux,
respectueux et sécuritaire*

Rapport annuel de gestion

2021-2022

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1. MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE | 2 |
| 2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS | 3 |
| 3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS | 4 |
| 3.1 L'établissement | 4 |
| 3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives | 5 |
| 3.3 Les faits saillants | 7 |
| 3.4 Bref résumé des activités découlant du plan stratégique de l'établissement | 10 |
| 4. LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS | 13 |
| 5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ | 14 |
| Agrément | 14 |
| La sécurité et la qualité des soins et des services | 14 |
| Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents | 14 |
| Nature des 3 principaux types d'incidents – indices de gravité A et B | 15 |
| Nature des trois (3) principaux types d'accidents – indices de gravité C à I | 15 |
| Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement | 16 |
| Modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé en CHSLD | 19 |
| Politique visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité | 19 |
| Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité vigilance et de la qualité en réponse aux recommandations formulées par les instances suivantes : | 20 |
| L'examen des plaintes et la promotion des droits | 21 |
| 6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE | 22 |
| Soins de confort et de fin de vie | 22 |
| 7. LES RESSOURCES HUMAINES | 23 |
| Les ressources humaines de l'établissement | 23 |
| La gestion et le contrôle des effectifs | 24 |
| 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES | 25 |
| Utilisation des ressources budgétaires et financières | 25 |
| L'équilibre budgétaire | 25 |
| Contrats de service | 26 |
| 9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES | 26 |
| 10. L'ÉTAT DES SUIVIS DES RÉSERVES | 26 |
| 11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES | 27 |
| 12. ANNEXE | 28 |

1. Message de la directrice générale

J'ai le plaisir de présenter le rapport annuel de gestion 2021-2022.

Le rapport fait état des faits saillants de l'année, des activités découlant du plan stratégique de l'établissement et présente un bref résumé des activités découlant de la gestion des risques, l'application de diverses politiques et un état de situation des ressources humaines et financières de l'établissement.

Encore cette année, le réseau de la santé et des services sociaux a été très sollicité par la gestion de l'urgence sanitaire. Les directives ministérielles affectant le milieu de vie des résidents ont été nombreuses : la gradation des mesures en fonction des paliers d'alerte, la création de différentes zones, la gestion du nombre de proches aidants autorisés à visiter, le port d'équipements de protection individuelle, le confinement et déconfinement, la vaccination obligatoire avec preuve du code QR et le dépistage, tous ces changements ont bouleversé le quotidien des résidents. Plusieurs arrêtés ministériels ont également été introduits et/ou réactivés tout au long de l'année. Ils ont imposé plusieurs mesures qui ont eu des effets sur l'organisation du travail (obligation d'être adéquatement protégé, dépistage systématique) et sur la rémunération (primes spéciales, temps supplémentaire, mesures d'attraction). Malgré tous les défis du contexte de pandémie, toute l'équipe du Manoir St-Patrice (personnel clinique et de soutien, médecins, bénévoles, professionnels et gestionnaires) ont su répondre avec engagement afin d'assurer le bien-être et la sécurité des résidents.

En outre, le renouvellement des conventions collectives et le règlement de l'équité salariale ont été signés durant l'année. À cet égard, plusieurs nouveautés touchant la rémunération (calculs de primes, rétroactivité et ajustement salarial), les nouvelles pratiques, la nouvelle structure de poste occasionné par le rehaussement des postes du personnel infirmier, ont été introduites ce qui a grandement mobilisé l'équipe de direction et le personnel administratif.

Un nombre d'admissions exceptionnellement élevé de 65 a été atteint cette année, compte tenu du très bas taux d'occupation au 1^{er} avril 2021 lié au contexte pandémique. Pour tous nos résidents, contraints au confinement durant les périodes d'éclosions, le service des loisirs et le personnel a usé de créativité pour agrémenter leurs journées de « moments loisirs » individuels à la chambre et en petit groupe restreint à l'étage.

Nous remercions les proches des résidents pour leur confiance, leur patience et leur collaboration pour traverser cette période de pandémie avec toutes les consignes et exigences auxquelles ils ont été contraints, pour assurer la sécurité et le mieux-être des résidents.

Nous remercions les représentants du CISSS Laval et notre Association des établissements privés conventionnés pour leur support tout au long de l'année.

Un sincère merci à l'ensemble des intervenants qui, par leur dévouement et leur attention envers les résidents, ont su maintenir un milieu de vie chaleureux au quotidien où rayonnent bien-être, réconfort et sécurité, et ce même dans cette période difficile. C'est avec une immense gratitude et beaucoup de respect que le conseil d'administration et moi-même tenons donc à souligner les qualités de cœur et d'engagement de l'équipe du Manoir St-Patrice.

La directrice générale,



Ann Carey

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice au 31 mars 2022 du Manoir St-Patrice inc. :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables ainsi que les contrôles afférents à ces données et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.



Ann Carey
Directrice générale

3. Présentation de l'établissement et faits saillants

3.1 L'établissement

Le Manoir St-Patrice Inc. est un CHSLD, privé conventionné, hébergeant 96 résidents. Fondé en 1961, par Monsieur Elmer Carey et Madame Betty Carey, ce centre familial offre des services d'hébergement et de soins à la population lavalloise et est reconnu pour la qualité des soins et services offerts aux résidents par son personnel dévoué, chaleureux et professionnel.



Au cours des dernières années, des actions concrètes ont été mises en œuvre pour maintenir sa renommée de qualité, afin de répondre aux besoins de la clientèle ainsi qu'aux orientations ministérielles sur les milieux de vie de qualité et sécuritaires.

Divers projets d'amélioration des lieux physiques sont réalisés chaque année avec le financement reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux via le programme de rénovation fonctionnelle en CHSLD. Les projets améliorent la qualité du milieu de vie des résidents et certains ont eu un impact majeur pour le bien-être des résidents, tel : l'ajout de verrière sur deux unités, l'agrandissement des salles d'activités, la rénovation des chambres et des postes infirmiers, l'aménagement de salles de bain adaptées, l'installation de rails aux plafonds, la déshumidification des salons et corridors, l'amélioration de l'éclairage dans les chambres, la modification du système d'appel de garde et plus. La propreté des lieux, des équipements à la fine pointe, un environnement sécuritaire, adapté et un décor chaleureux sont très appréciés de la part des résidents, leur proche et l'équipe du Manoir.

Notre mission

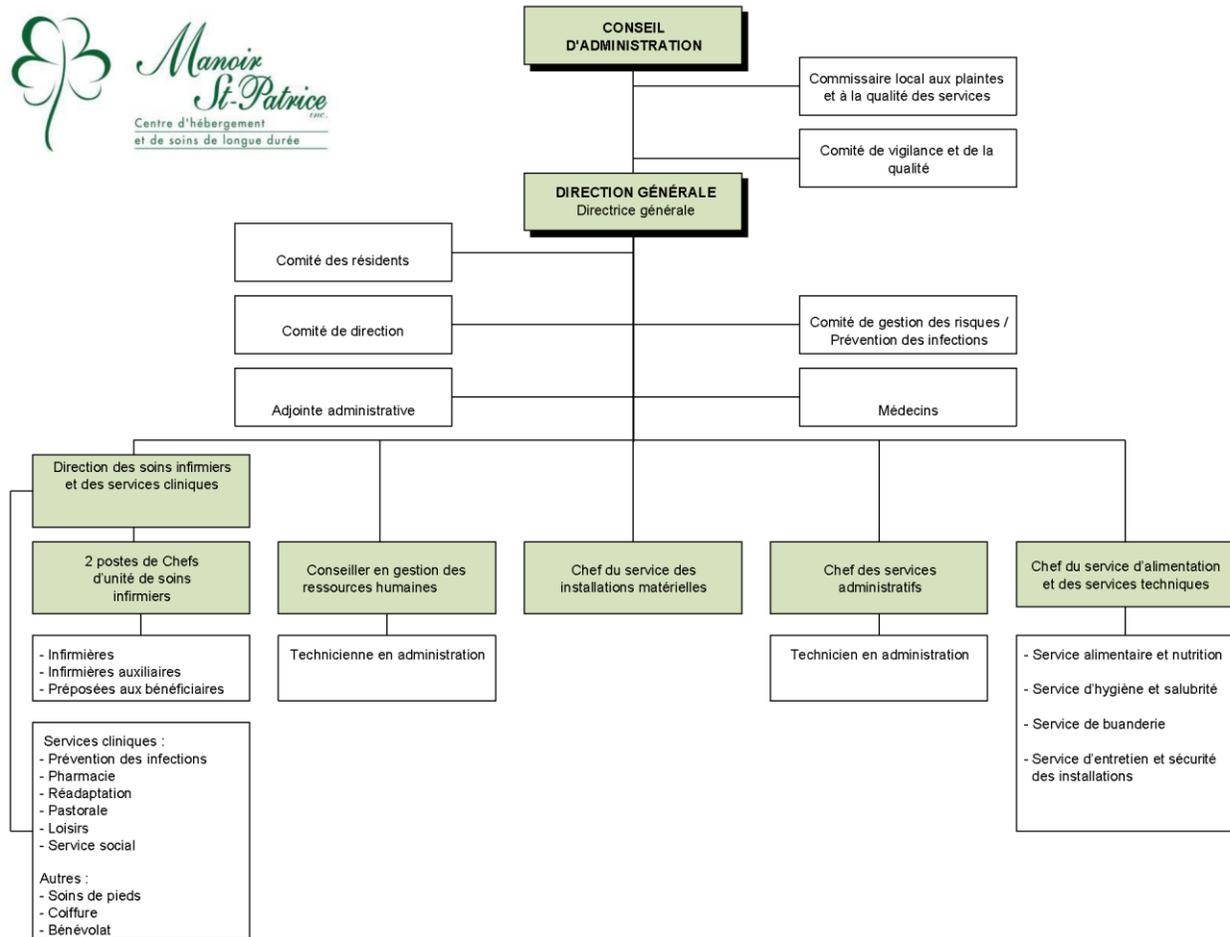
Au Manoir St-Patrice, le résident est au cœur de toutes nos interventions

Notre mission est d'offrir un milieu de vie substitut sécuritaire et de qualité,
empreint d'empathie et de respect,
aux adultes en perte d'autonomie de la région de Laval
nécessitant un hébergement en soins de longue durée.

Nous offrons des soins et services personnalisés et adaptés :
d'hébergement, de soins infirmiers et d'assistance, de soutien et de surveillance,
psychosociaux, pharmaceutiques, médicaux, de réadaptation, de loisirs et de fin de vie,
selon les besoins, les goûts, les habitudes et les valeurs des résidents,
afin d'assurer leur bien-être et leur épanouissement,
et ce, en partenariat et en complémentarité avec les proches des résidents, nos partenaires
et le réseau public de la santé du Québec.

Structure organisationnelle

L'Organigramme Au 31 mars 2022



3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

Le conseil d'administration

L'établissement étant un CHSLD privé conventionné, le conseil d'administration est composé d'actionnaires seulement. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs se trouve à l'annexe du rapport annuel de gestion. Il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

Les comités, les conseils et les instances consultatifs institués en vertu de la loi:

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance **a siégé trois fois cette année**, la rencontre prévue en mars a été reportée en avril 2022. Le comité a reçu les rapports trimestriels de gestion des risques et de prévention et contrôle des infections ainsi que les rapports de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité **n'a émis aucune recommandation.**

La mise en place de la nouvelle composition du comité a été réalisée en décembre. Le comité est maintenant composé d'un représentant du CISSS Laval, du commissaire aux plaintes (nommé par le CISSS Laval), de la directrice générale de l'établissement, d'un membre du comité des usagers et d'un invité (ces deux derniers seront présents aux prochaines rencontres). Nous avons reçu le nouveau règlement sur la procédure pour l'examen de plaintes, préparé par le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS Laval. L'établissement a également respecté la nouvelle consigne pour le signalement obligatoire des événements en lien avec la maltraitance et a fait l'affichage et distribution aux résidents et leurs proches des coordonnées du nouveau commissaire ainsi que de l'information pour formuler une plainte. Ces changements ont été apportés suite aux modifications législatives à la suite de la mise en œuvre de la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux, notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés (2020, chapitre 24).

Comité de gestion des risques

La gestion des risques, la déclaration et la divulgation des incidents et accidents sont des processus intégrés, continus et évolutifs qui préoccupent les dirigeants du Manoir St-Patrice.

Le comité **a siégé une fois cette année** compte tenu de la pandémie et des problématiques liées aux rassemblements.

Tous les intervenants, les résidents, les visiteurs et les familles ont la responsabilité de déclarer tout événement et risque pouvant affecter la sécurité des résidents, des employés et des visiteurs. Nous pouvons assurer ainsi un milieu de vie sécuritaire pour tous.

Comité des usagers

Le comité des usagers **a siégé trois fois cette année.**

Tous les résidents de l'établissement ont reçu l'information quant aux rôle et mandat du comité via le guide d'accueil, le dépliant du comité des résidents et par l'information publiée dans les communications internes.

Le comité des usagers s'assure de la promotion des droits des résidents en partenariat avec l'établissement et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Autres comités

- Comité de direction
- Comité d'agrément
- Comité des soins
- Comité alimentation
- Comité des services cliniques
- Rencontres interdisciplinaires
- Comité paritaire en santé et sécurité au travail
- Comité « Milieu de vie »
- Comité d'éthique

3.3 Les faits saillants

Les faits saillants de l'année de façon succincte sont :

Le renouvellement des conventions collectives

Le renouvellement des conventions collectives a entraîné une série d'actions, avant et après la signature dont :

- La détermination des pourcentages des services essentiels à maintenir en cas de grève, et ce, pour les trois syndicats;
- La gestion des horaires de grèves (APTS);
- La mise en place des nouvelles mesures introduites suite à la signature des conventions à l'automne pour les syndicats FTQ et FIQ et en janvier 2022 pour le syndicat APTS :
 - La mise en application des nouveaux salaires, primes et lettres d'entente;
 - Le calcul et paiement des nombreux ajustements salariaux : nouvelles primes, rémunération additionnelle, rétroactivités, forfaitaires, équité salariale;
 - Le rehaussement des postes du personnel infirmier (catégorie 1):
 - Mise en place de la nouvelle structure de poste en novembre 2021, en collaboration avec les représentants syndicaux FIQ, suite au rehaussement des postes, soit à 7/14 minimalement ou à temps complet, pour ceux ayant fait ce choix. Seulement six (6) postes (2 postes infirmières et 4 postes infirmières auxiliaires) sont demeurés à sept (7) jours quinzaine (14) sur les 30 postes.
 - L'enjeu de ces ajouts se retrouve sur l'organisation du travail. Une réorganisation constante du travail est nécessaire selon le personnel présent. Le rehaussement a un impact seulement les jours de semaine et aucun changement la fin de semaine, car tous travaillent déjà une fin de semaine sur deux. À titre d'exemple, le ratio de jour du personnel infirmières peut varier de 1 pour 35 résidents la fin de semaine à 1 pour 17 résidents la semaine, de même pour les infirmières auxiliaires.

Les programmes de bourses d'études

- Accueil de 2 nouvelles cohortes de PAB, dont 4 nouveaux préposés aux bénéficiaires formés via le programme de bourses pour l'AEP-PAB pour un total de 22 nouveaux PAB depuis le début du programme en 2020 ;
- Mise en place du nouveau programme SASI. Le programme de formation accélérée Santé, Assistance et Soins Infirmiers, lié au programme de bourses d'études est un programme d'études professionnelles (DEP SASI) élaboré par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) menant au diplôme pour l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire.
 - 2 PAB ont été sélectionnés et inscrits au programme; les candidats devraient être diplômés en mai 2023;
 - Au total 14 personnes avaient démontré de l'intérêt, mais l'établissement ne pouvait garantir les heures et postes pour l'ensemble des candidats.

Structure de poste des préposées aux bénéficiaires

L'obligation d'offrir des postes à temps complet aux nouveaux PAB « boursiers », première cohorte finissant en septembre 2020 et l'entente nationale intervenue avec la fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) ont eu un impact majeur sur la structure de poste des préposées aux bénéficiaires. Le nombre de postes équivalent temps complet dans l'établissement a presque doublé :

- Création de 22 nouveaux postes pour les PAB « boursiers »;
- Rehaussement de 39 postes PAB afin d'offrir aux détenteurs de postes temps partiel la possibilité d'être rehaussé à temps complet sur leur même quart de travail et offrir au personnel sur la liste de rappel des postes à temps complet;

- Le nombre de PAB en poste les fins de semaine vs la semaine, fluctue beaucoup, la structure de poste ne correspond plus à l'échelle Voyer établie avant 2020, la variation de personnel requiert une constante réorganisation du travail.

Les effets de la pandémie de la COVID-19

Encore cette année, l'équipe de gestion, les professionnels et toute l'équipe du Manoir St-Patrice se sont rendus disponibles tout au long de l'année pour contrer les effets de la pandémie et s'assurer que les résidents soient sécurisés et rassurés dans ce temps de crise. Ils ont mis en application les diverses consignes émises par le MSSS, l'INSPQ et autre instance en temps opportun et avec une efficacité optimale. Plusieurs aspects de la 5e vague sont marquants, dont;

- Les effets de la 5e vague
 - 47 résidents atteints entre le 4 janvier et le 1^{er} mars 2022, dont 1 résident décédé;
 - 86 employés ont été atteints;
 - Confinement obligatoire aux chambres lors des éclosions pour les unités affectées;
 - Distanciation physique obligatoire de 2 mètres entre les résidents;
 - 3 chambres semi-privées réservées (zone jaune) pour permettre les admissions et le confinement obligatoires;
 - Selon l'évolution de la pandémie et l'obligation d'être adéquatement protégé, fluctuation dans le temps du nombre de proches aidants et visiteurs autorisés.
- La communication et la diffusion de l'information
 - Diffusion de l'information via différents moyens : courriels, tableau d'affichage et mémo visant soit les résidents et leurs proches ou le personnel;
 - Rencontres d'équipe régulières réalisées par la direction des soins pour diffuser l'information;
 - Maintien de l'utilisation des modes de communication tels que Face Time, WhatsApp et autres, permettant de maintenir le contact entre les résidents et leurs proches;
 - Ajout du Wi-Fi dans l'établissement pour bonifier les accès aux différentes applications;
 - Maintien des réunions en mode « Teams » avec divers représentants du CISSS de Laval et notre association, touchant l'application des arrêtés ministériels, les mesures de préventions, les mises à jour des consignes ministérielles, etc.
- L'adaptation du milieu physique de l'établissement
 - Mise en place de « zones jaunes » une chambre/étage;
 - Délimitation d'espace de rangement, sur chaque unité, pour accès rapides aux équipements de protection individuelle;
 - Maintien, par le CISSS Laval, du service d'agents de sécurité pour contrôler et sécuriser l'accès à l'établissement, appliquer les consignes en vigueur (tenue d'un registre de présence, questionnaire sur l'état de santé) et s'assurer du respect du lavage des mains et du port du masque à l'entrée.
- La formation
 - Formations en continu sur l'importance de l'hygiène des mains;
 - Formations en continu des proches sur le port des équipements de protection individuelle et l'importance du lavage des mains;
 - Formations sur diverses techniques de soins, par exemple dépistage COVID-19, vaccination.

- Prévention des infections;
 - Approvisionnement et mise en disponibilité des équipements de protection individuelle: blouses, gants, masques, visières;
 - Réalisation des audits de contrôle sur l'hygiène des mains, le port du masque et le port des équipements de protection individuelle (EPI);
 - Dépistage des employés selon les consignes du MSSS;
 - Organisation de la vaccination contre la COVID-19 pour les résidents et les employés;
 - Réalisation des FIT-Test pour les masques N-95;
 - Visite de vigie par les équipes du MSSS pour s'assurer de l'application des bonnes pratiques en prévention des infections dans l'établissement.

- Réorganisation du travail
 - Vérification des symptômes et dépistage en continu;
 - Adaptation des équipes de soins et des services selon les besoins et les ressources disponibles, soit manquantes, ou en surplus;
 - Réorganisation de l'octroi des quotas de vacances.

- Reddition de comptes
 - Compilation mensuelle des dépenses;
 - Élaboration d'un système de calcul et de suivi pour le paiement des diverses primes à verser au personnel;
 - Saisie de l'information et transmission des rapports exigés par le MSSS en lien avec la pandémie.

La pénurie de main-d'œuvre

La difficulté de recrutement affecte autant le personnel clinique que le personnel de soutien. Il est difficile de recruter du personnel de qualité et qualifié. Le recours à la main-d'œuvre indépendante demeure un enjeu surtout pour le personnel infirmier.

Les changements à l'équipe de gestion

Encore cette année, deux autres départs à la retraite des membres de l'équipe de direction ont eu lieu en mai et juin 2021: le départ à la retraite de la DSISC après 7 ans de service et celui de la conseillère en gestion des ressources humaines après 5 ans de service. La perte de l'expérience et de la connaissance du milieu de ces personnes est majeure. La continuité sera donc un défi important pour la nouvelle équipe.

3.4 Bref résumé des activités découlant du plan stratégique de l'établissement

Enjeu 1 : Un « Milieu de vie » accueillant, stimulant, sécuritaire et adapté

- Mise en place de moyens favorisant une meilleure intégration du résident à son nouveau « milieu de vie » :
 - Continuité des activités de loisirs par le personnel de soins, les « Moments de loisir » sont inscrits aux calendriers d'activités du service des loisirs;
 - Encore cette année, les activités individuelles ont été favorisées en temps de pandémie;
 - Le taux de satisfaction de la clientèle nouvellement admise est de 83.9 %. Nous avons reçu 36 réponses sur les 58 sondages envoyés pour un taux de réponse de 63%.

- Implication des proches en tant que partenaires tout au long de l'hébergement :
 - Rencontres interdisciplinaires : reprise des rencontres, les délais de 4 à 6 semaines suivant l'admission n'ont pas tous été atteints, toutefois les rencontres post-admission ont toutes été réalisées. 95 rencontres interdisciplinaires ont été réalisées, dont 65 concernant l'évaluation initiale du résident et 30 pour la révision annuelle;
 - Le taux de présence des familles aux rencontres est à 73%, compte tenu de la pandémie. L'inclusion du résident aux rencontres est maintenant comptabilisée et une sensibilisation est faite à l'équipe sur l'importance de la participation des résidents;
 - Rencontres interdisciplinaires « fin de vie » réalisées, mais non comptabilisées;
 - Réalisation de deux « causeries alimentaires » pour connaître l'appréciation des menus et y apporter des corrections au besoin;

- Poursuite de l'intégration des concepts de bienveillance et d'éthique au quotidien :
 - Des capsules de 45 minutes sur l'importance de la bienveillance des résidents ont été réalisées. 47 personnes ont assisté à ces capsules offertes par le DSISC.
 - Des capsules de 45 minutes sur les SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) ont été réalisées. 61 personnes ont assisté à ces capsules offertes par la DSISC et les chefs d'unité.

- Collaboration avec le comité des résidents, les bénévoles et les partenaires :
 - Le comité des résidents a tenu 4 rencontres. Un membre de l'équipe de gestion est présent à toutes les rencontres à titre d'invité.
 - Activité de sensibilisation aux 12 droits des résidents tenue lors d'une rencontre d'équipe le 30 novembre 2021. Plus de 59 employés (inf./inf. Aux/PAB) ont assisté à cette rencontre.

- Réalisation de projets pour l'amélioration de la qualité de vie des résidents, propices au bien-être où l'on se sent comme « chez soi » :
 - Réalisation du projet chauffe-serviettes en mai 2021;
 - Réalisation du projet Wi-Fi dans l'établissement, en novembre 2021, Accès offert aux résidents, leurs proches et le personnel ;
 - Achat de fauteuils d'appoint pour les salons des résidents;
 - Achat de 4 nouveaux lits électriques à 4 ridelles pour remplacer les lits à 2 ridelles;
 - Installation d'un nouveau système de chaîne stéréo Bluetooth pour les salles d'activité avec téléviseur grand écran;
 - Nettoyage et inspections des systèmes de ventilations.

Enjeu 2 : Un environnement de travail professionnel, sécuritaire, respectueux et de qualité

- Promotion d'une culture positive, de santé et de mieux-être en milieu de travail :
 - Activités de reconnaissances réalisées malgré le contexte de pandémie;
 - Rencontres de service réalisées pour la diffusion de l'information et favoriser les échanges;
 - Deux rencontres sur quatre du Comité paritaire en santé et sécurité au travail ont été réalisées compte tenu des restrictions de rassemblement en lien avec la pandémie.

- Formations
 - 270 heures ont été comptabilisées en formation versus 406 l'an passé, les formations prévues au PDRH n'ont pas été réalisées compte tenu du contexte de pandémie;
 - 1164 heures ont été allouées pour l'orientation de nouveau personnel, soit 82% des dépenses comparativement à 62% l'an passé.

- Optimisation des mécanismes d'attraction, de rétention et de présence au travail :
 - Le taux de rétention est demeuré à 84% et le taux de roulement de personnel est demeuré à 14%;
 - 82 personnes ont été reçues en entrevue, nous avons fait 54 embauches et il y a eu 37 départs dont 8 en retraite ou pour fermeture de dossier après une maladie plus de 3 ans;
 - Le fait d'avoir plus de postes à temps complet semble avoir un impact positif sur la rétention;
 - Nous avons accueilli quatre (4) nouveaux PAB du programme d'études professionnelles (AEP) cette année pour un total de 22 personnes embauchées via ce programme;
 - Suite au rehaussement des postes infirmiers et des PAB, les effectifs du Manoir St-Patrice ont augmenté, le nombre d'employés au 31 mars était de 183 versus 166 en 2020-2021. Certains postes demeurent non comblés, et ce, même après plusieurs affichages;
 - Nous notons une diminution importante du taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. La cible est atteinte pour les trois titres d'emplois visés : Infirmière, Infirmière auxiliaire et PAB. En effet, le taux d'utilisation de la MOI pour les infirmières est de 3.8 % versus 8.7% l'an passé. Pour les deux autres titres d'emploi, il n'y a eu aucun recours aux agences. Les primes d'attraction offertes par le MSSS ont contribué à la présence au travail.
 - Le temps supplémentaire pour le personnel infirmier a augmenté de 8.7 % à 11.6 %. La pandémie, les invalidités et la difficulté de recrutement du personnel infirmier sont des éléments expliquant ce résultat;
 - Le nombre de cas d'assurance-salaire demeure élevé :
 - Le ratio d'heures en assurance-salaire est de 9.5 % comparativement à 9.9 % l'an passé. Toutefois la dépense a augmenté à 402 442\$ versus 340 519\$ l'an passé;
 - Le nombre des lésions en CNESST
 - Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021 le nombre de lésions imputé à notre dossier est passé de 11 à 17. De plus, nous avons ouvert 18 dossiers en lien avec la COVID-19 qui ne sont pas été imputés à notre dossier, mais ont nécessité une gestion étroite;
 - Nous poursuivons l'assignation temporaire pour permettre aux employés de réintégrer progressivement leur travail et favoriser le retour aux tâches régulières.

Enjeu 3 : Une gestion efficiente, basée sur des standards d'excellence, centrée sur les besoins de la clientèle

- Réalisation d'une prestation de soins et services sécuritaire, de qualité et performante :
 - Les rencontres ponctuelles ont permis à l'équipe de gestion de bien gérer les enjeux de la crise sanitaire;
 - Afin d'assurer un environnement sécuritaire et de qualité, des audits de qualité ont été réalisés;
 - Des activités de sensibilisation sur la politique pour contrer la maltraitance sont réalisées en continu : cette année, encore une fois, il n'y a pas eu d'assemblée générale, mais des capsules visant l'importance de la bienveillance ont été réalisées. Les outils de sensibilisation disponibles en continu sont : les affiches « Ici la maltraitance, c'est non », les sections du guide d'accueil du résident et le livret d'accueil des intervenants dédié à contrer la maltraitance, le code d'éthique et le dépliant portant sur la politique de la maltraitance;
 - Les audits sur l'hygiène des mains ont été réalisés. La formation et la sensibilisation sur l'importance du lavage des mains sont des activités en continu;

- Intégration des nouvelles lois, normes et exigences en hébergement :
 - Mise à jour des politiques, visant à contrer la maltraitance et la politique sur l'examen des plaintes, suite aux modifications législatives pour la mise en œuvre de la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes au 1er juin 2021;
 - Mise à jour du programme de gestion des risques pour s'assurer de la divulgation des accidents, suite aux nouvelles lignes directrices, concernant les divulgations obligatoires à partir du niveau de gravité D et non E1 comme auparavant;
 - Notre prochaine visite d'accréditation avec Agrément Canada est prévue pour novembre 2023. Agrément Canada nous a présenté le nouveau programme en octobre 2021, ce qui nécessitera un ajustement de nos façons de faire avant la prochaine visite;
 - Application au nouveau programme d'aide (PARPA-EPA) pour réduire l'impact de la hausse des primes d'assurance;
 - Suivi du plan d'action milieu de vie pour ajuster certaines pratiques afin d'être conforme aux recommandations et critères d'évaluation de l'équipe ministérielle en lien avec la visite de décembre 2019 ;
 - Cette année, il n'y a eu aucune visite d'ordre professionnel.

- Gestion de l'information et communication :
 - Les activités du plan de communication se poursuivent :
 - Des communiqués ont été transmis via courriels aux résidents/proches ainsi qu'au personnel de façon régulière lors de la pandémie. Cet outil a facilité la communication des enjeux importants et urgents;
 - Communications régulières au personnel pour transmettre l'information sur les mesures applicables en lien avec les arrêtés ministériels et nouvelles conventions collectives;
 - Amélioration des équipements informatiques :
 - Changement de 19 postes informatiques et ajout d'un poste par unité, pour un total de deux postes par unité, suite à l'augmentation du personnel infirmier;
 - Ajout de 3 portables pour faciliter l'accès aux formations en ligne;
 - Changement des plateformes Windows 7 à Windows 10;
 - Refonte du site WEB de l'établissement.

4. Les résultats au regard du plan stratégique du MSSS

Secteur non applicable aux établissements privés conventionnés compte tenu des contrats en vigueur.

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Agrément

Le Manoir St-Patrice a adopté le processus d'accréditation en 2002. Depuis, l'établissement a obtenu 6 accréditations, soit 2002-2005, 2005-2008, 2008-2011, 2011-2015, 2015-2019 et 2019-2023.

L'établissement est agréé avec mention d'honneur et a obtenu 99.5 % de conformité aux normes en 2019, comparé à 96.3 % en 2015. Nous poursuivons l'amélioration continue des activités afin de nous conformer à tous les critères et normes d'Agrément Canada.

La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue en novembre 2023.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents.

La prestation sécuritaire des soins et services est une obligation dans le réseau de la santé et des services sociaux. La gestion des risques est aussi une obligation légale depuis 2002. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) nous amène à tenir compte, entre autres, des obligations suivantes :

- Obligation de déclarer les événements (incidents et accidents);
- Obligation de divulguer les accidents;
- Obligation de mettre en place des mesures de prévention pour éviter la récurrence de l'accident ou de l'incident;
- Obligation de faire état, dans le rapport annuel de l'établissement, des activités relatives à la gestion des risques;
- Obligation de prévoir, dans le règlement sur la divulgation, des mesures de soutien au résident et à ses proches.

La gestion des risques fait partie de notre culture de sécurité où la déclaration des accidents et incidents est considérée comme une occasion d'améliorer la qualité et la sécurité des processus mis en place pour offrir ces soins et services. Chercher à comprendre non pour blâmer, mais pour corriger et prévenir, telle est la ligne de conduite adoptée. La gestion des risques vise en outre à ce qu'un lien de confiance soit maintenu entre le résident et ses proches et l'établissement à travers des valeurs de transparence et une démarche structurée de divulgation.

Le comité de gestion des risques s'est réuni seulement **une fois** cette année compte tenu du contexte de pandémie. Notre programme de gestion des risques prévoit 4 réunions par année.

Plusieurs actions sont réalisées afin de promouvoir de façon continue la gestion des risques et de faire connaître les rôles et responsabilités des intervenants portant sur les processus de déclaration des incidents et accidents et de divulgation aux résidents et leurs proches :

- Information disponible dans le code d'éthique et guide d'accueil des résidents et des intervenants;
- Programme d'orientation à l'embauche du personnel;
- Politique de déclaration et de divulgation;
- Suivi des événements, déclaration sur formulaire AH-223 et divulgation;
- Analyse et rapport trimestriel de gestion des risques;
- Présentation des résultats et des statistiques trimestrielles au comité de gestion des risques, de vigilance et dans les journaux internes;
- Comité de gestion des risques.

Nature des 3 principaux types d'incidents – indices de gravité A et B

| Type d'accidents | Nombre | Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements |
|--|--------|--|---|
| Autres (Ecchymoses, blessures d'origine inconnue) | 7 | 50 % | 2.7% |
| Médication | 3 | 21.4 % | 1.1% |
| Lié aux effets personnels | 3 | 21.4 % | 1.1% |

Les résultats démontrent que les événements de gravité A et B sont de trois (3) types principaux, soit le type « autres » (événement lié aux ecchymoses, blessures d'origine inconnue), erreur de médicament et lié aux effets personnels. Le nombre d'événements total de gravité A et B est de 14 sur 257 événements au total.

Nature des trois (3) principaux types d'accidents – indices de gravité C à I

| Type d'accidents | Nombre | Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements |
|--|--------|--|---|
| Chutes | 134 | 55 % | 52 % |
| Autres (Ecchymoses, blessures d'origine inconnue) | 61 | 25 % | 23.7 % |
| Erreur de médicaments | 39 | 16 % | 15.2 % |

Les résultats démontrent que les trois (3) types d'événements prédominants dans cette catégorie sont : les chutes, le type d'événement « autres » qui regroupe notamment les blessures d'origines connues et inconnues (ecchymoses, égratignures) et les erreurs de médicaments. Le nombre d'événements de gravité C à I total est de 243 comparativement à 130 en 2020-2021.

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

À propos des principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment :

- Avec l'augmentation du nombre de résidents, nous notons au retour à la normale du nombre de déclaration avec **257 déclarations comparées à 130 en 2020-2021. Le nombre de jours présence était 12 % de plus que l'année précédente;**
- Tous les événements avec conséquences ont été divulgués aux résidents et/ou leurs proches ainsi que les événements de niveau de gravité de D et plus, suite à la parution de lignes directrices concernant les divulgations obligatoires à partir d'un niveau de gravité D et non E1 comme auparavant, 100% des divulgations requises ont été réalisées;
- Chaque rapport d'incident/accident fait l'objet d'un suivi par les chefs d'unité;
- Des rapports trimestriels sont présentés au comité de gestion des risques et au comité vigilance;
- Concernant les chutes,
 - Les mesures mises en place consistent à analyser les unités, les résidents, et les heures qui sont plus propices aux chutes, et tenter d'anticiper les besoins des résidents et les chutes qui pourraient survenir;
 - Plusieurs mesures de protection sont en place pour les résidents connus chuteurs fréquents, telles que des tapis sensoriels, des tapis de chutes, des lits bas, et une surveillance visuelle constante afin de diminuer les chutes.
- Concernant les erreurs de médication,
 - Un comité de travail étudie présentement les différents scénarios de présentation des formulaires d'administration des médicaments afin de diminuer au maximum les sources d'erreurs et d'omissions.
- Pour les blessures d'origine inconnue et les ecchymoses, chaque situation demande une analyse et des solutions individuelles, mais il n'y a pas de solution groupée pour ce type d'événement, comme c'est un type d'événement qui rassemble plusieurs événements de nature
- Les agressions (entre résidents) sont maintenant signalées au commissaire aux plaintes, 1 événement a fait objet de signalement au commissaire aux plaintes, dossier qui a été fermé, car les mesures prises par l'établissement étaient jugées satisfaisantes;
- Aucun événement de gravité, F, G ou H dans les deux dernières années;
- Aucun événement de gravité I cette année comparativement à un (1) l'an passé;
- Les jours présence sont de 28 591 cette année vs 24 012 jours présence l'an passé;

À propos de la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

L'infirmière en prévention et contrôle des infections travaille de concert avec les chefs d'unité, assurent la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

- Collecte de données et production de statistiques trimestrielles;
- Analyse des données statistiques au rapport trimestriel de gestion des risques;
- Élaboration d'un plan d'action local si requis;
- Présentation des statistiques au personnel Jour-Soir-Nuit et aux comités des résidents;
- Évaluation des objectifs priorisés chaque trimestre.

Les moyens de prévention mis en place relativement à la prévention des infections sont :

- Sensibiliser le personnel, les visiteurs et les bénévoles à l'utilisation de la solution Hydro alcoolisée (Microban) à l'entrée et à la sortie de l'établissement;
- Formation sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains et sur les pratiques de base;
- S'assurer que tout le personnel, les visiteurs et les bénévoles respectent l'étiquette recommandée;
- Suivre les directives selon le communiqué émis par les soins infirmiers;
- Port des équipements de protection individuelle;
- Audits sur le lavage des mains;
- La vaccination;
- La gestion des éclosions.

La vaccination

| TABLEAU DE COUVERTURE VACCINALE | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|
| | 2018-2019 | 2019-2020 | 2021-2022 |
| Couverture vaccinale des résidents contre l'influenza | 83 % | 80 % | 81 % |
| Couverture vaccinale des résidents contre la COVID-19 2 doses et plus | | | 97 % |
| Couverture vaccinale des travailleurs contre l'influenza | 36 % | 33.6 % | 32 % |
| Nombre de travailleurs non-inscrits sur la liste de paie (ex. médecins, bénévoles, etc.) vaccinés contre l'influenza | 9 | 11 | 3 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de couverture vaccinale des résidents pour l'influenza est stable. • Pour le personnel, le taux de couverture vaccinale a légèrement baissé. | | | |

La gestion des éclosions

| BILAN DES ÉCLOSIONS DE LA COVID-19 | | | |
|---|--|---|--|
| | Nombre de résidents atteints de la COVID-19 | Nombre de résidents décédés en lien avec la COVID-19 | Nombre d'employés atteints de la COVID-19 |
| Première vague 23 février au 11 juillet 2020 | 39 | 20 | 31 |
| Deuxième vague 23 août 2020 au 20 mars 2021 | 15 | 4 | 17 |
| Troisième vague 21 mars 2021 au 17 juillet 2021 | 0 | 0 | 0 |
| Quatrième vague 18 juillet 2021 au 4 décembre 2021 | 0 | 0 | 0 |
| Cinquième vague 5 décembre 2021 au 12 mars 2022 | 47 | 1 | 86 |
| Sixième vague 13 mars 2022- en cours | 0 | 0 | 4 |

| BILAN DES ÉCLOSIONS AUTRE QUE LA COVID-19 | | | | | |
|---|------------------|---------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|
| Année | Influenza | Gastro | IVRS-SAG | Autre | Total - Nombre d'éclosions |
| 2021-2022 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Une éclosion IVRS-SAG du 2 novembre au 1er décembre, 19 résidents atteints, dont un décès; • Une éclosion C. Diff. du 21 février au 14 mars, trois résidents atteints; | | | | | |

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers :

- Le taux de résidents porteurs d'une ou plus de mesures de contrôle physique incluant les ridelles est de 24.7%, une **augmentation** de 4.7% depuis l'an passé. À noter que les ridelles de lits sont considérées comme étant des contentions lorsque les ridelles pleines longueurs sont levées sauf si cette mesure est à la demande du résident ou si c'est une mesure de positionnement. Notre établissement compte seulement 4 lits à demi ridelles. Le taux de résidents ayant des ridelles de lits en mesure de contrôle est de 7.8%, une diminution de 5.2 %.
- La révision des contentions a été réalisée sans la présence de l'ergothérapeute. Le processus du suivi des mesures de contrôle est établi pour s'assurer d'une application conforme des dispositions retrouvées à notre programme d'application des mesures de contrôle et pour mettre en place des mesures alternatives de remplacement lorsque cela est possible. Une réévaluation des besoins des résidents est effectuée selon une grille établie.
- Les ridelles de lit et les ceintures de type inaccessible, abdominale et pelvienne constituent les types de mesures qui posent le plus grand défi pour notre établissement. Plusieurs mesures alternatives sont utilisées pour diminuer l'utilisation des ridelles pleines longueurs et les ceintures telles que les moniteurs de mobilité au lit et au fauteuil, tapis de chute et ceinture type auto avec ou sans alarme. Nous n'avons pas atteint notre objectif de diminution des mesures de contrôle. Un facteur ayant contribué à ce résultat est l'absence en congé maternité de l'ergothérapeute et la difficulté de trouver un remplacement compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre de ce titre d'emploi.

Modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé en CHSLD

Conformément au règlement qui vise à encadrer l'installation et l'utilisation de mécanismes de surveillance, un responsable est nommé pour offrir un soutien à la clientèle désirant en faire l'utilisation. Des affiches indiquant la présence de mécanismes de surveillance possible sont visibles à l'entrée. Le guide d'accueil du résident inclut l'information sur les mécanismes de surveillance et des dépliants de renseignements sont disponibles.

- **Aucune** demande d'utilisation de mécanisme de surveillance pour l'année.

Politique visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

Notre politique est mise à jour pour tenir compte des nouvelles responsabilités confiées au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, qui consistent à traiter les plaintes et signalements relatifs à des cas de maltraitance. La promotion de la politique « tolérance zéro à l'égard de la maltraitance » s'effectue via les journaux internes à l'intention des résidents et répondants ainsi que dans le guide d'accueil du résident.

- Il y a eu **trois** signalements de maltraitance faite au commissaire local aux plaintes et les trois dossiers ont été fermés par la commissaire les mesures d'amélioration avaient déjà été prises par l'établissement.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité vigilance et de la qualité en réponse aux recommandations formulées par les instances suivantes :

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

- Aucune mesure corrective n'a été recommandée par la commissaire.

Le Protecteur du citoyen

- Nous n'avons reçu aucune recommandation du protecteur du citoyen spécifique à notre établissement.

Le Coroner

- Nous n'avons reçu aucune recommandation du coroner spécifique à notre établissement. Toutefois, nous appliquons les recommandations émises par le coroner, pour le réseau de la santé et des services sociaux, lorsqu'applicable.

Autres instances (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)

- Suivi du plan d'action en suivi des recommandations de la visite ministérielle de décembre 2019, voir rapport et plan d'action sur le site WEB de l'établissement, www.chsldmanoirstpatrice.com
- Aucune inspection des ordres professionnels;
- **Visite de vigie** : Nous avons eu deux visites de vigie en lien avec la COVID-19, soit une visite de vigie PCI COVID-19 par les intervenants du CISSS Laval le 18 janvier 2022 et une visite de vigie de L'Équipe ministérielle DQMV 5^e vague COVID-19 le 26 janvier; pour les deux visites nous n'avons reçu aucune recommandation, seul un rappel sur le rangement sécuritaire de produit dangereux.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services **n'a reçu aucune plainte** et **n'a formulé aucune recommandation**.

Le rapport complet de la commissaire est déposé à la Direction générale et au MSSS,

La « Politique d'examen des plaintes » encadre l'application de la procédure d'examen des plaintes. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services est mandatée pour recevoir et traiter les plaintes des résidents ou de ses représentants en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). En plus d'assurer l'examen et l'analyse des plaintes, la commissaire doit s'assurer de la promotion du régime d'examen des plaintes et du respect des droits des résidents au sein de l'établissement.

Le comité vigilance et de la qualité s'assurent du suivi et l'application des diverses recommandations, s'il y a lieu, découlant de l'examen des plaintes.

Un dépliant portant sur la procédure d'examen et de traitement des plaintes ainsi qu'un formulaire est disponible à l'entrée de l'établissement. Le processus est également décrit dans le guide d'accueil du résident. Des affiches sont présentes dans l'établissement afin de faire la promotion du droit de la clientèle de faire appel à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur notre site Web au : www.chsldmanoirstpatrice.com

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

Soins de confort et de fin de vie

Nous avons reçu une demande d'aide médicale à mourir répondant aux critères.

Rapport à propos de la circulaire 03.01.61.19 du MSSS

| | 2021-2022 | 2020-2021 |
|---|-----------|-----------|
| Nombre total de résidents décédés | 33 | 46 |
| Nombre de résidents décédés en lien avec la COVID-19 | 1 | 25 |
| Nombre de résidents en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 24 | 21 |
| Nombre de résidents ayant reçu des sédations palliatives continues administrées | 0 | 0 |
| Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées | 1 | 1 |
| Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 1 | 0 |
| Nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été | 0 | 1 |

7. Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

État du dénombrement des effectifs par catégorie d'emplois au 31 mars 2022
Rapport transmis par le MSSS

Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel
Manoir St-Patrice Inc. (1362-5587)

| | Nombre d'emploi au 31 mars 2021 | | | Nombre d'ETC en 2020-2021 | | |
|--|------------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------|---------------|
| | 2021 | 2021 COVID | 2021 Total | 2021 | 2021 COVID | 2021 Total |
| 1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires | 38 | - | 38 | 27 | - | 27 |
| 2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers | 103 | - | 103 | 78 | - | 78 |
| 3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration | 4 | - | 4 | 3 | - | 3 |
| 4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux | 7 | - | 7 | 3 | - | 3 |
| 6 – Personnel d'encadrement | 11 | - | 11 | 8 | - | 8 |
| Total | 163 | - | 163 | 119 | - | 119 |

Nombre d'emplois : Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalent temps complet (ETC) : L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

MSSS-DGGMO - 2022-04-05
Source : Banque de données R25

La gestion et le contrôle des effectifs

| Catégorie de personnel | Nombre d'heures travaillées | | Nombre d'heures temps supplémentaires | | Nombre d'heures MOI | | Total des heures travaillées | |
|---|-----------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|---------------------|-----------|------------------------------|-----------|
| | Ex. préc. | Ex. cour. | Ex. préc. | Ex. cour. | Ex. préc. | Ex. cour. | Ex. préc. | Ex. cour. |
| Personnel en soins infirmiers | 39 605 | 44 099 | 2 417 | 2 800 | 1 063 | 1 058 | 43 085 | 47 957 |
| Préposés aux bénéficiaires | 82 945 | 101 393 | 2 638 | 3 941 | 29 | 0 | 85 612 | 105 235 |
| Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux | | | | | | | 7 680 | 6 222 |

Explication des écarts - les heures de l'exercice courant incluent les heures travaillées en lien avec les coûts COVID-19

Personnel en soins infirmiers (catégorie 1) :

- Augmentation de 11 % des heures travaillées;
- Légère augmentation des heures en MOI et en temps supplémentaire;
- L'augmentation du nombre d'heures travaillées est due à différents facteurs dont :
 - L'augmentation des besoins lors de la pandémie;
 - L'application des arrêtés ministériels;
 - La mise en place de la nouvelle structure de poste à partir du 7 novembre 2021 :
 - 4 postes infirmières 0.4 ETC rehaussés à TC
 - 4 postes infirmières 0.7 ETC rehaussés à TC
 - 3 postes infirmières auxiliaires 0.4 ETC rehaussés à TC
 - 2 postes infirmières auxiliaires 0.4 ETC rehaussés à 0.7 ETC

Préposés aux bénéficiaires :

- Augmentation de 23 % des heures travaillées due à différents facteurs dont :
 - La modification de la structure de poste en septembre 2020 (rehaussement de 39 postes);
 - 4 nouveaux postes ont été créés, 3 en mai et 1 en décembre 2021, pour les 4 PAB « boursiers » ayant terminé le programme spécial d'attestation d'études professionnelle (AEP) de préposé aux bénéficiaires (PAB) en soutien aux soins d'assistance en CHSLD. Au total, 22 postes ont été créés pour les PAB « boursiers »;
 - Le nombre d'heures travaillées des PAB est en dessous des heures prévues à la structure de poste, car tout au long de l'année, les PAB absents la semaine n'ont pas été remplacés, compte tenu du manque de personnes disponibles à la liste de rappel.

Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux :

- Diminution de 19 % des heures travaillées due à différents facteurs dont :
 - Deux congés long terme non remplacé, et ce, malgré plusieurs affichages;
 - Les restrictions sanitaires empêchant certains employés de travailler dans plus d'un établissement;
 - Diminution de disponibilité d'un travailleur et difficulté de remplacement.

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières

Répartition des charges brutes par programmes

Extrait du AS-471, Pages 700 non auditées

| | Exercice courant 2021-2022 | | Exercice précédent 2020-2021 | | Variation des dépenses | |
|---|-------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|------------------------|---------------|
| | \$ | % | \$ | % | \$ | % |
| Programmes Services | | | | | | |
| Santé publique | 20 703 \$ | 0.1 % | 32 296 \$ | 0.3 % | -11 593 \$ | -35.9 % |
| Services généraux – activités cliniques et d'aide | | | | | | |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 10 901 898 \$ | 70.6 % | 7 390 369 \$ | 63.3 % | 3 511 529 \$ | 47.5 % |
| Déficiences physique | | | | | | |
| Déficiences intellectuelle et TSA | | | | | | |
| Jeunes en difficulté | | | | | | |
| Dépendances | | | | | | |
| Santé mentale | | | | | | |
| Santé physique | 98 277 \$ | 0.6 % | 77 971 \$ | 0.7 % | 20 306 \$ | 26.0 % |
| Programmes Services | | | | | | |
| Administration | 990 253 \$ | 6.4 % | 912 424 \$ | 7.8 % | 77 829 \$ | 8.5 % |
| Soutien aux services | 1 922 864 \$ | 12.5 % | 2 018 843 \$ | 17.3 % | -95 979 \$ | -4.8 % |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 1 512 464 \$ | 9.8 % | 1 243 087 \$ | 10.6 % | 269 377 \$ | 21.7 % |
| Total | 15 446 459 \$ | 100.0 % | 11 674 990 \$ | 100.0 % | 3 771 469 \$ | 32.3 % |

Pour plus d'information sur les ressources financières, vous pouvez consulter le rapport financier annuel AS-471 sur notre site WEB au www.manoirstpatrice.com sous l'onglet Documentation.

L'équilibre budgétaire

L'établissement a respecté l'équilibre budgétaire.

Contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars 2022.

| | Nombre | Valeur |
|--|--------|------------|
| Contrat de service avec une personne physique¹ | 0 | - |
| Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique² | 1 | 135 715 \$ |
| Total des contrats de service | 1 | 135 715 \$ |

1 Une personne physique, en affaires ou non.

2 Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

9. Les ressources informationnelles

Cette section est non applicable aux établissements privés conventionnés.

10. L'état des suivis des réserves

Cette section est non applicable aux établissements privés conventionnés.

11. La divulgation des actes répréhensibles

Tableau : Divulgation d'actes répréhensibles 2021-2022

| Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics | Nombre de divulgations | Nombre de motifs | Motifs fondés |
|--|------------------------|------------------|---------------|
| 1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹ | 0 | Sans objet | Sans objet |
| 2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ² | Sans objet | 0 | |
| 3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22 | | 0 | |
| 4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifier à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent. | | | |
| ✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi | Sans objet | | |
| ✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie | | | |
| ✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui | | | |
| ✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité | | | |
| ✓ Le fait, par un acte ou une omission, de portée gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement | | | |
| ✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment | | | |
| 5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations | | | Sans objet |
| 6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés | | Sans objet | |
| 7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé | | | Sans objet |
| 8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³ | 0 | 0 | 0 |

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertoriée à ce point.

12. Annexe

1. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

1. Contexte

L'adoption d'un tel code d'éthique et de déontologie s'inscrit dans la volonté de l'établissement de se doter de bonnes pratiques de gestion.

L'établissement estime qu'un tel code garantit la transparence, l'intégrité et la qualité de sa gestion.

2. But

Le présent code d'éthique et de déontologie a pour but d'établir les principes et les règles auxquels sont assujettis les administrateurs du Manoir St-Patrice dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

3. Champs d'application

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs du Manoir St-Patrice.

4. Honnêteté et intégrité

- 4.1 L'administrateur doit se comporter avec honnêteté, intégrité et loyauté, avec l'objectif constant de servir les intérêts de l'établissement.
- 4.2 L'administrateur doit faire preuve de prudence, de diligence et agir au meilleur de sa compétence dans l'exécution de son mandat.
- 4.3 L'administrateur doit éviter toute situation de corruption et de fraude et n'accepter aucune faveur ou aucun avantage significatif pour lui-même ainsi que pour tout membre de sa famille immédiate.
- 4.4 L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'établissement avec son bien et ne peut utiliser lesdits biens pour ses fins personnelles ou pour celles de tout membre de sa famille immédiate.

5. Discrétion et prudence

L'information et la documentation fournies à l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions sont confidentielles.

- 5.1 L'administrateur a le devoir de respecter cette règle de confidentialité et de prendre les mesures nécessaires pour conserver l'information confidentielle, notamment en ne révélant d'aucune façon l'information qui est portée à sa connaissance, à moins que le conseil d'administration de l'établissement n'en décide autrement.
- 5.2 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa fonction au sein de l'établissement doit respecter la confidentialité de tout renseignement, rencontre, discussion auxquels il a participé et qui avait un caractère confidentiel.

6. Loyauté

- 6.1 L'administrateur a notamment le devoir de ne pas se servir de son poste pour utiliser ou obtenir des biens ou de l'information privilégiée à des fins personnelles ou pour l'avantage de tout membre de sa famille immédiate.
- 6.2 L'administrateur doit, en acceptant le mandat qui lui est confié, reconnaître les exigences des disponibilités qui lui sont afférentes.

6.3 L'administrateur ne doit pas utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions dans le but d'en retirer un avantage pour lui-même ou tout membre de sa famille immédiate.

7. Conflit d'intérêts

7.1 L'administrateur doit éviter de se placer en situation réelle, apparente ou potentielle de conflit d'intérêts susceptible de compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

7.2 L'administrateur doit déclarer au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect dans une entreprise, susceptible de le mettre en conflit entre son intérêt personnel et celui de l'établissement.

7.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer à toute décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects.

7.4 Sauf dans les cas dûment autorisés par le conseil d'administration, l'établissement ne permet pas que son nom soit utilisé à des fins qui sont étrangères à ses activités.

7.5 L'administrateur ou tout membre de sa famille immédiate n'accepte aucun don ou legs d'un résident alors que ce dernier reçoit des services dans l'établissement.

8. Respect

8.1 L'administrateur doit respecter la loi, les règlements et autres directives de l'établissement.

9. Mesure d'application

9.1 Dès son entrée en fonction, l'administrateur doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet le document d'engagement personnel.

10. Sanction

10.1 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent code, le président du conseil d'administration informe les autres membres du conseil pour que le conseil d'administration détermine la nature de la sanction à appliquer.

11. Entrée en vigueur

11.1 Le présent code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date d'adoption par le conseil d'administration.

11.2 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les administrateurs.