



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

Rapport annuel de gestion

2020-2021

Table des matières

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	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 (Mission, Structure organisationnelle)	4
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	5
3.3 Les faits saillants, activités découlant du plan stratégique.....	7
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS	11
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	12
Agrément.....	12
La sécurité et la qualité des soins et des services	12
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents. ..	12
Nature des 3 principaux types d'incidents – indices de gravité A et B	13
Nature des trois (3) principaux types d'accidents – indices de gravité C à I	13
Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement .	14
Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers :	15
Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité en réponses aux recommandations formulées par les instances suivantes :	17
L'examen des plaintes et la promotion des droits	18
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	19
7. LES RESSOURCES HUMAINES	20
Les ressources humaines de l'établissement	20
Plan prévisionnel des effectifs.....	20
La gestion et le contrôle des effectifs.....	21
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	22
Utilisation des ressources budgétaires et financières.....	22
Répartition des charges brutes par programmes.....	22
L'Équilibre budgétaire	22
Contrat de service.....	23
9. L'ÉTAT DES SUIVIS DES RÉSERVES	23
10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	24
11. ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	25

1. Message des autorités

J'ai le plaisir de présenter le rapport annuel de gestion 2020-2021.

Le rapport fait état des principales réalisations de l'établissement et présente les résultats relativement à des indicateurs de gestion du réseau ainsi que ceux découlant du plan stratégique de l'établissement. Le Manoir St-Patrice a comme priorité : la satisfaction de la clientèle et une prestation de soins et services professionnels, sécuritaires et de qualité, adaptée et personnalisée aux besoins des résidents.

L'année 2020-2021 fut marquée par la pandémie de la COVID-19. Tout le réseau de la santé et des services sociaux a été mis à contribution pour la gestion de cette pandémie et d'urgence sanitaire. Malgré tous les défis que le contexte pandémie nous a fait vivre, l'équipe du Manoir St-Patrice; le personnel clinique et de soutien, les médecins, bénévoles, professionnels et gestionnaires a su répondre avec engagement afin d'assurer le bien-être et la sécurité des résidents.

Nous remercions les proches des résidents pour leur confiance et leurs mots d'encouragement reçus lors de cette période difficile.

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 leurs attentions 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.

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 2021 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 2021.



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 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

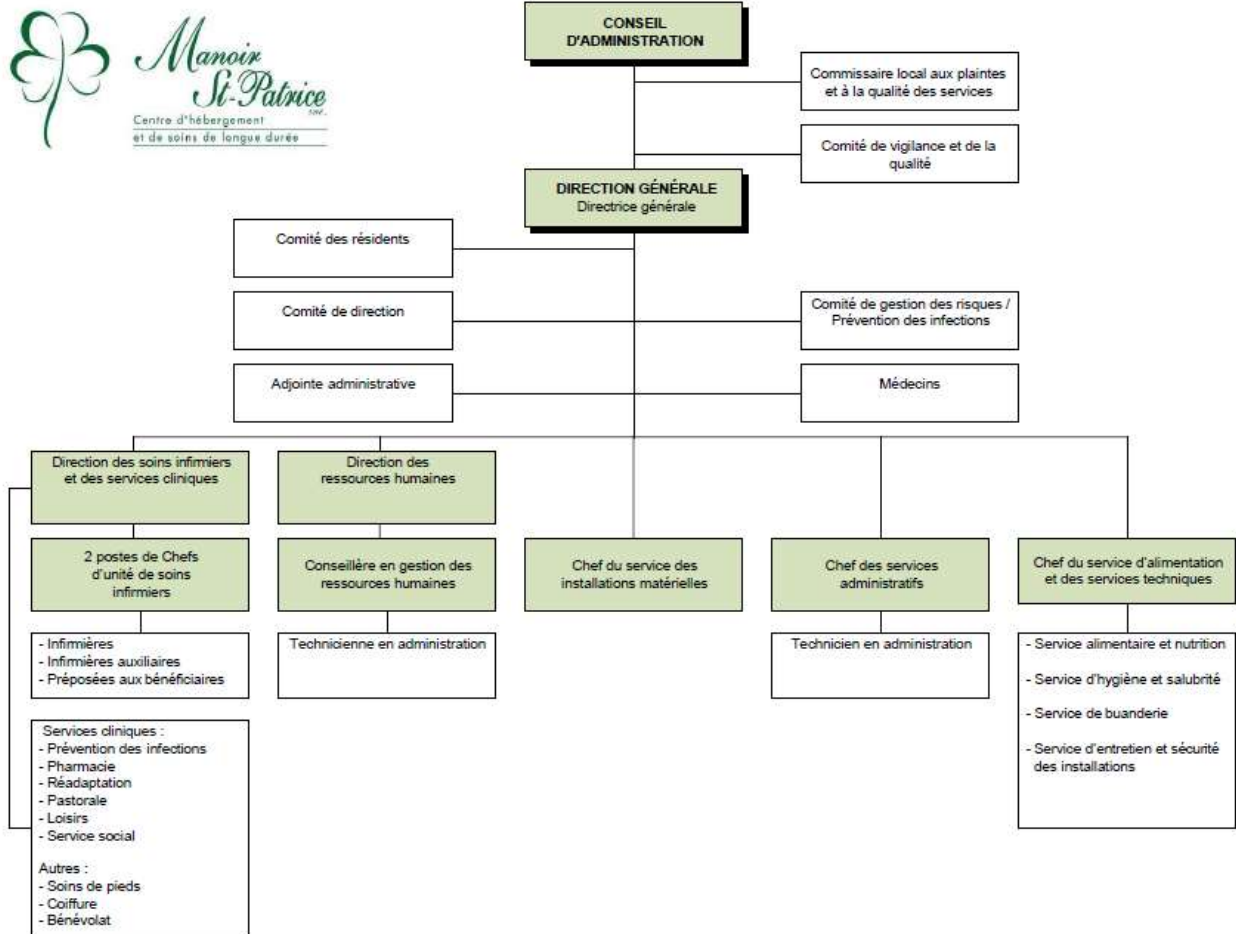
Au Manoir St-Patrice, le résident est au cœur de toutes nos interventions

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



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 une seule fois cette année et a reçu les rapports de gestion des risques et de prévention et contrôle des infections ainsi que le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité.

Le comité **n'a émis aucune recommandation**, étant donné que les mesures prises pour diminuer les risques avaient déjà été appliquées.

Comité de Gestion des risques

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

Le comité **n'a pas siégé 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 **n'a pas siégé cette année**.

Tous les résidents de l'établissement ont reçu l'information quant au 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 la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Autres comités

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

3.3 Les faits saillants

La pandémie de la COVID-19

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 démontré courage, bienveillance et créativité face à l'inconnu. 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 cette pandémie sont marquants, dont;

- Les effets de la COVID-19
 - Il y eu 2 éclosions de COVID-19. Une en mai qui a atteint 39 résidents sur 2 unités, dont 20 sont décédés, et une en septembre qui a touché 15 résidents d'une unité, dont 4 sont décédés;
 - 48 employés ont été atteints de la maladie;
 - Confinement obligatoire aux chambres lors des éclosions pour les unités affectées;
 - Gradation des mesures restrictives dans l'établissement en fonction des paliers d'alerte;
 - Distanciation physique obligatoire de 2 mètres entre les résidents;
 - Identification des proches aidants pour permettre l'accès à l'établissement;
 - Admissions cessées d'avril à novembre;
 - Admissions en chambre privée seulement lors de la reprise des admissions avec période d'isolement préventif.
- 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 DSISC pour diffuser l'information face à cette inconnue;
 - Utilisation des modes de communication tels que FaceTime, WhatsApp et autre permettant de maintenir le contact entre les résidents et leurs proches;
 - Réunions en mode « Zoom » et « Teams » hebdomadairement avec divers représentants du CISSS de Laval, la Santé Publique 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 des différentes zones (rouge, jaune, vert et tampon) avec équipe de personnel dédié;
 - Création de stations pour les équipements de protection individuelle;
 - Ajout de station pour l'hygiène des mains;
 - Révision des trajectoires pour les services alimentaires, lingerie et déchets;
 - Mise en place d'un service d'agents de sécurité pour contrôler et sécurisés l'accès à l'établissement, appliquer les consignes en vigueur (prise de températures, tenue d'un registre de présence, questionnement 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 de champion et de coach PCI;
 - Formations 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.

- L'intégration de nouvelles équipes
 - Accueil d'équipes temporaires en période d'éclosions, aides de services, Croix rouge, Forces armées canadiennes, médecins, coachs PCI, et intervenants du programme « Je Bénévole »;
 - Accueil de 3 cohortes de PAB, dont 19 nouveaux préposés aux bénéficiaires formés via le programme de bourses pour l'AEP-PAB :
 - Sélection et accueil des stagiaires;
 - Mise en place d'une équipe de suivi des stagiaires;
 - Modification de certains espaces pour permettre la distanciation lors des pauses et repas;
 - Espaces modifiés pour l'emplacement de casiers supplémentaires et vestiaires.

- Prévention des infections;
 - Approvisionnement et mise en disponibilité des équipements de protection individuelle : blouses, gants, masques, visières;
 - Révision des procédures de nettoyage/désinfection du matériel et des équipements;
 - Application du nettoyage des surfaces identifiées « high-touch »;
 - 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-TESTs 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.

- Changement de la structure de postes pour les préposés aux bénéficiaires
 - Mise en place de la volonté ministérielle en collaboration avec les représentants syndicaux FTQ :
 - Octroi des postes temps complet à tout le personnel nouvellement embauché via le programme de bourses pour l'AEP-PAB;
 - Octroi des postes temps complet à tout le personnel temps partiel occasionnel;
 - Rehaussement des postes temps partiel en temps complet.

- Reddition de comptes
 - Compilation mensuelle des dépenses;
 - Élaboration d'un système 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;

Changements à l'équipe de gestion

Remplacements de plusieurs départs à la retraite des membres de l'équipe de direction : le départ de la chef d'unité en septembre après 30 ans de service, départ en janvier de la chef des services administratifs après 22 ans de service, annonces des départs à retraite de la DSISC après 7 ans de service et de la conseillère en gestion des ressources humaines après 5 ans de service, en mai 2021. La perte de l'expérience et la connaissance du milieu de ces personnes est majeure. La continuité sera donc un défi important pour la nouvelle équipe.

Bref résumé des activités découlant du plan stratégique 2019-2023

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;
 - Activités individuelles augmentées et favorisées en temps de pandémie;
 - Révision du concept « préposé-accompagnateur » ;
- 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 pu être réalisés; 28 rencontres interdisciplinaires ont été réalisées, dont 11 concernant l'évaluation initiale du résident et 17 pour la révision annuelle;
 - Rencontres interdisciplinaires « fin de vie » réalisées mais non comptabilisées;
 - Réalisation de rencontres individuelles avec les résidents pour connaître l'appréciation des menus afin d'apporter des corrections au besoin;
- Poursuite de l'intégration des concepts de bien-être et d'éthique au quotidien :
 - Plusieurs rencontres d'équipe ont été réalisées en lien avec l'application de la gradation de mesures et ce qu'on pouvait autoriser ou non concernant les résidents et leurs proches dans le contexte de pandémie;
- Collaboration avec le comité des résidents, les bénévoles et les partenaires :
 - Les rencontres en comité ont été suspendues à cause des restrictions de rassemblement;
- Réalisation de projet pour l'amélioration de la qualité de vie des résidents, propice au bien-être où l'on se sent comme « chez soi » :
 - Le projet chauffe-serviettes a été réalisé;

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;
- Formations
 - Formations réalisées en lien avec la pandémie, 406 heures ont été comptabilisées en formation versus 1592 l'an passé;
- Optimisation des mécanismes d'attraction, de rétention et de présence au travail :
 - Le taux de roulement a diminué de 20 % à 17%, et le taux de rétention est demeuré à 83 %;
 - Les indicateurs de gestion démontrent que la pénurie de personnel dans le réseau s'accroît. Les agences de personnel sont aussi en manque de ressources et ne peuvent combler nos demandes.

- Le nombre de cas d'assurance-salaire continue d'augmenter :
 - Le ratio d'heures en assurance-salaire est passé de 8.04 % à 9.93 %. C'est une augmentation de 24 % depuis l'année dernière;
- Le nombre des lésions en CNESST
 - Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 ce nombre est passé de 15 à 48, de ce nombre 36 sont en lien avec la COVID-19. Les coûts des dossiers de la COVID-19 ne seront pas imputés à notre dossier. Les heures octroyées en assignation temporaire pour permettre aux employés de réintégrer progressivement leur travail et favoriser le retour aux tâches régulières sont demeurées élevées;

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 journalières 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 sont réalisés;
 - Des activités de sensibilisation sur la politique pour contrer la maltraitance sont réalisées en continu : cette année, il n'y a pas eu d'assemblée générale. 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 :
 - Notre prochaine visite d'accréditation avec Agrément Canada est prévue pour novembre 2023;
 - Élaboration d'un plan d'action pour ajuster certaines pratiques afin d'être conforme aux recommandations et critères d'évaluation de l'équipe ministérielle, 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;

Rénovation mineure en CHSLD

- Cette année, en lien avec les rénovations mineures en CHSLD pour améliorer le « milieu de vie » des résidents le projet pour améliorer l'activité du bain a été réalisé. Nous avons fait l'acquisition et l'installation de trois appareils chauffe- serviettes pour favoriser le confort du résident à la sortie du bain.

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 ne s'est pas réuni 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 événements	4	50%	4%
Erreur de médicaments	2	25%	2%
Test diagnostique labo	1	13%	1%

Les résultats démontrent que les événements de gravité A et B sont de trois (3) types principaux, soit le type d'événement « autres », médicament et test diagnostique. Le nombre d'événements total de gravité A et B est de 8 sur 130 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
Autres événements	63	52%	49%
Erreur de médicaments	28	23%	22%
Chutes et quasi-chutes	24	20%	19%

Les résultats démontrent que les trois (3) types d'événements prédominants dans cette catégorie sont : le type d'événement « autres » qui regroupe notamment les blessures d'origines connues et inconnues (ecchymoses, égratignures), les erreurs de médicaments et les chutes. Le nombre d'événements de gravité C à I total est de 130 comparativement à 316 en 2019-2020.

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 :

- Au global, il y a une diminution de 42 % du nombre d'incidents/accidents déclarés par rapport à l'année antérieure, **soit 130 déclarations comparées à 316, le nombre de jours présence était 31% moins élevé que l'année précédente;**
- Tous les événements avec conséquences ont été divulgués aux résidents et/ou leurs proches;
- 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;
- Les chutes ont diminué par rapport à l'an passé, 24 vs 114 chutes, il y avait moins de jours présence dus à la pandémie, moins de circulation, plus de surveillance avec l'augmentation du nombre de PAB;
- Les erreurs de médicaments ont diminué;
- Aucune agression (entre résidents) possiblement, car moins de circulation et plus de résidents en chambre seule;
- Le nombre d'accidents ayant un indice de gravité de F est zéro (0) cette année comparativement à deux (2) l'an passé;
- Le nombre d'accidents ayant un indice de gravité de G est un (1) cette année comparativement à zéro (0) l'an passé;
- Aucun événement de gravité H dans les deux dernières années;
- Un (1) événement de gravité I cette année comparativement à un (1) l'an passé;
- Les jours présence sont de 24 012 cette année vs 34 878 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 le comité de gestion des risques afin d'assurer 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 priorités 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	2020-2021
Couverture vaccinale des résidents contre l'influenza	83 %	80 %	81 %
Couverture vaccinale des résidents contre la COVID-19 (totalement protégés)			93 %
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

- 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	39	20	31
Deuxième vague	15	4	17

BILAN DES ÉCLOSIONS AUTRE QUE LA COVID-19					
Année	Influenza	Gastro	IVRS-SAG	Autre	Total - Nombre d'éclosions
2020-2021	0	0	0	0	0

- Aucune éclosion autre que la COVID-19,
 - Le port du masque et l'hygiène des mains sont des facteurs importants dans la prévention d'éclosions.

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 20%, une diminution de 2 %. 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 13%, une diminution de 3 %.
- 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 n'y a eu aucun signalement de maltraitance.

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.)

- Mise en place 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 recommandation d'autres instances n'a été transmise, car il n'y a eu aucune inspection d'ordres professionnels.

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

Le « *Programme d'accompagnement en fin de vie dans le respect et la dignité* » a été élaboré par un comité « spécial » « fin de vie » et diffusé par la directrice des soins et des services cliniques.

Le programme touche trois volets : « Programme pour les intervenants », « Guide pour les familles » et le « Protocole médical ».

Nous avons reçu une demande d'aide médicale à mourir qui n'a pas été administrée, car la demande ne répondait aux critères.

Rapport à propos de la circulaire 03.01.61.19 du MSSS

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

7. Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

État du dénombrement des effectifs par catégorie d'emplois au 31 mars 2021.
Rapport transmis par le MSSS

Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel		
13625587 - Manoir St-Patrice Inc.		
	Nombre d'emploi au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	38	24
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	98	71
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	3	3
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	7	4
6 – Personnel d'encadrement	9	8
Total	155	110

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.

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	36105	39 605	2223	2 417	2 969	1 063	41 297	43 085
Préposés aux bénéficiaires	71310	82 945	3099	2 638	812	29	75 221	85 612
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux							7 905	7 680

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

Personnel en soins infirmier : augmentation du nombre d'heures travaillées compte tenu de l'augmentation des besoins lors de la pandémie, création de zones rouges avec personnel dédié. Diminution de 64% des heures en MOI.

Préposés aux bénéficiaires :

- Modification de la structure de poste, suite à la création d'un programme spécial d'attestation d'études professionnelle (AEP) de préposé aux bénéficiaires (PAB) en soutien aux soins d'assistance en CHSLD par le gouvernement afin de répondre à la pénurie de main-d'œuvre et l'engagement du premier ministre du Québec à offrir aux étudiants des postes à temps complet une fois le programme d'AEP complété;
- Au total, 19 PAB sur 21 sont toujours actifs;
- Création de 19 postes à temps complet;
- Rehaussement de 36 postes à temps partiel en temps complet, 2 PAB ont refusé le rehaussement;
- Création d'un poste à temps complet pour 1 PAB à temps occasionnel restant sur la liste de rappel;
- Au total, 20 postes temps complet ont été créés et 36 postes ont été rehaussés.

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 2020-2021		Exercice précédent 2019-2020		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes Services						
Santé publique	32 296 \$	0,28%	1 715 \$	0,02%	30 581 \$	1,46%
Services généraux – activités cliniques et d'aide						
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	7 390 369 \$	63,30%	5 844 882 \$	60,99%	1 545 487 \$	73,89%
Déficiences physique						
Déficiences intellectuelle et TSA						
Jeunes en difficulté						
Dépendances						
Santé mentale						
Santé physique	77 971 \$	0,67%	72 984 \$	0,76%	4 987 \$	0,24%
Programmes Services						
Administration	912 424 \$	7,82%	727 179 \$	7,59%	185 245 \$	8,86%
Soutien aux services	2 018 843 \$	17,29%	1 738 042 \$	18,14%	280 801 \$	13,43%
Gestion des bâtiments et des équipements	1 243 087 \$	10,65%	1 198 635 \$	12,51%	44 452 \$	2,13%
Total	11 674 990 \$	100,00%	9 583 437 \$	100,00%	2 091 553 \$	100,00%

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 Documentations.

L'équilibre budgétaire

L'établissement a respecté l'équilibre budgétaire.

Contrat de service

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars 2021.

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique¹	0	-
Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique²	1	126 158 \$
Total des contrats de service	1	126 158 \$

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. 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 2020-2021

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.