



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

# *Rapport annuel de gestion*

2022-2023



## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE .....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS .....</b>  | <b>4</b>  |
| 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        |
| <b>4. LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....</b>  | <b>15</b> |
| Agrément.....   | 15        |
| La sécurité et la qualité des soins et des services .....   | 15        |
| Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents. ..  | 15        |
| Nature des trois (3) principaux types d'incidents – indices de gravité A et B.....  | 16        |
| Nature des trois (3) principaux types d'accidents – indices de gravité C à I.....   | 16        |
| Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement .  | 17        |
| Modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé en CHSLD.....   | 20        |
| Politique visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.....                                | 20        |
| Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité en réponse aux recommandations formulées par différentes instances ..... | 21        |
| L'examen des plaintes et la promotion des droits .....  | 22        |
| <b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE .....</b>   | <b>23</b> |
| Soins de confort et de fin de vie.....  | 23        |
| Soins de confort et de fin de vie.....  | 23        |
| <b>7. LES RESSOURCES HUMAINES.....</b>  | <b>24</b> |
| Les ressources humaines de l'établissement .....  | 24        |
| La gestion et le contrôle des effectifs.....  | 25        |
| <b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES .....</b>  | <b>26</b> |
| Utilisation des ressources budgétaires et financières.....  | 26        |
| L'équilibre budgétaire .....  | 26        |
| Contrats de service .....   | 27        |
| <b>9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>10. L'ÉTAT DES SUIVIS DES RÉSERVES .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>12. ANNEXE.....</b>  | <b>29</b> |

## 1. Message de la directrice générale

J'ai le plaisir de présenter le rapport annuel de gestion 2022-2023.

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.

La gestion de la pandémie liée à la COVID-19 s'est poursuivie tout au long de l'année même si l'urgence sanitaire déclarée au Québec a pris fin le 22 juin 2022. Plusieurs directives ministérielles se sont succédées notamment sur le port du masque, la distanciation, le confinement et déconfinement, la gestion du personnel et des résidents ayant des contacts étroits avec des cas atteints de COVID-19, les cas de COVID-19 confirmés et la gestion de certaines primes d'attraction offertes au personnel. Heureusement, le retour à la normale, sans le port du masque obligatoire dans les milieux de soins, s'est concrétisé le jeudi 6 avril 2023.

La vaccination des résidents, en fonction de leur statut vaccinal, s'est poursuivie toute l'année. Bien que les consignes et restrictions lors des éclosions soient contraignantes pour les résidents, le dépistage et le confinement sont demeurés en vigueur lorsque nécessaire. Mais le volet milieu de vie versus milieu de soins a pu quand même, peu à peu, reprendre sa place. Dans un contexte où les défis de la pandémie ont perduré, toute l'équipe du Manoir St-Patrice (personnel clinique et de soutien, médecins, bénévoles, professionnels et gestionnaires) a su répondre avec engagement afin d'assurer le bien-être et la sécurité des résidents. Lors des différentes périodes d'éclosions, le service des loisirs et les membres du personnel ont fait preuve de créativité, pour agrémenter les journées de nos résidents contraints au confinement, par des « moments loisirs » individuels à la chambre et en petit groupe restreint à l'étage.

Le nombre d'admissions est revenu à la normale, soit 37 admissions pour les 94 lits dressés. Avec l'accord de la direction du CISSS Laval, une chambre semi-privée est demeurée libre tout au long de l'année afin de respecter les mesures de distanciation émises par la CNESST lors des pauses et des repas.

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 2023 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 2023.



*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 l'appui du 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, visant un environnement adapté, chaleureux et sécuritaire.

La propreté des lieux, des équipements à la fine pointe, un environnement sécuritaire et adapté ainsi qu'un décor chaleureux sont très appréciés de la part des résidents, leurs proches et l'équipe du Manoir.

### Notre mission

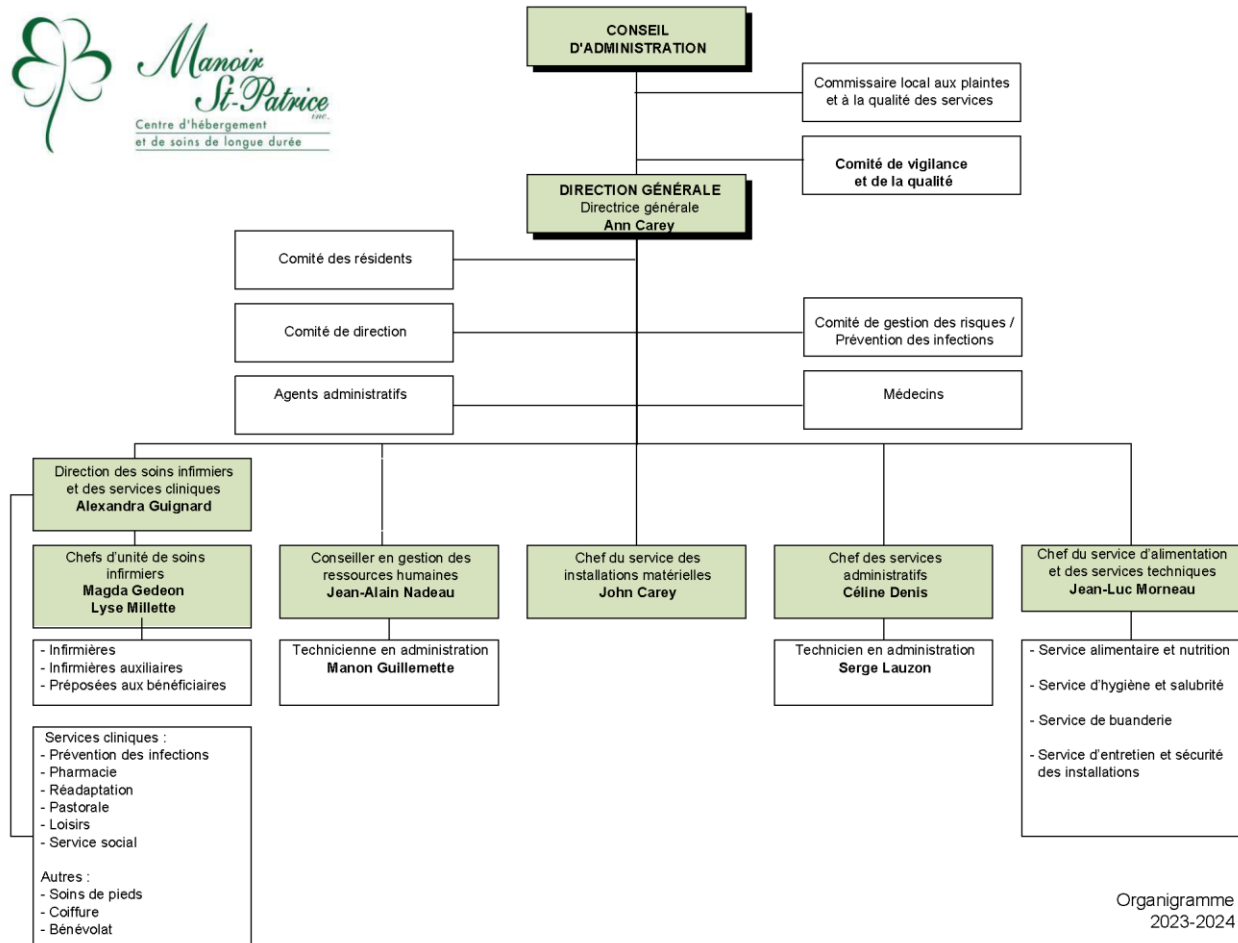
## *Au Manoir St-Patrice, le résident est au cœur de toutes nos interventions*

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 2023-2024



Organigramme  
2023-2024

## 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 quatre fois cette année**. Le comité a reçu les rapports trimestriels de gestion des risques, incluant le bilan de la prévention et contrôle des infections, les rapports de signalements liés aux agressions entre résidents en vertu de la loi visant à contrer la maltraitance, ainsi que les rapports du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

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

Le comité vigilance est composé d'un représentant du CISSS Laval, du commissaire aux plaintes (nommé par le CISSS Laval), de la présidente du CA, de la directrice générale de l'établissement, d'un membre du comité des résidents et d'une invitée soit la directrice des soins infirmiers et des services clinique de l'établissement.

L'établissement a respecté la consigne pour le signalement obligatoire des événements en lien avec la maltraitance, incluant les agressions entre résidents, et a fait l'affichage et la distribution aux résidents et leurs proches des coordonnées du commissaire ainsi que de l'information pour formuler une plainte.

### **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 dont le suivi demeure une priorité pour les dirigeants du Manoir St-Patrice.

Le comité **a siégé trois fois cette année** compte tenu de la pandémie et des contraintes 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 résidents**

Le comité des résidents **a siégé quatre fois cette année**.

Tous les résidents de l'établissement ont reçu l'information quant aux rôles 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 résidents 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

De de façon succincte les faits saillants sont :

#### Ajustement des heures autorisées au formulaire budgétaire

- La mise en place des nouvelles structures suite à la signature des conventions collectives à l'automne 2021 pour les syndicats FTQ et FIQ requiert un ajustement des heures autorisées au budget. Des discussions ont eu lieu en cours d'année avec le MSSS pour faire reconnaître la nouvelle structure. Des tableaux démontrant les nouveaux besoins ont été soumis au MSSS et les budgets devront être ajustés en cours d'année 2023-2024.
  - Rehaussement des postes du personnel infirmier (catégorie 1):
    - Rehaussement de 7 047 heures travaillées pour les postes infirmières;
    - Rehaussement de 7 047 heures travaillées pour les postes infirmières auxiliaires;
  - Rehaussement des postes du personnel PAB et création de 22 postes pour les boursiers PAB :
    - Rehaussement de 37 126 heures travaillées pour les postes de PAB;
    - Ajout de 41 630 heures pour les 22 postes de boursiers.

#### Les programmes de bourses d'études

- Accueil d'une nouvelle cohorte de PAB, dont 2 nouveaux préposés aux bénéficiaires formés via le programme de bourses pour l'AEP-PAB pour un total de 23 nouveaux PAB depuis le début du programme en 2020, 1 boursier n'ayant pas complété le stage;
- Suivi du programme SASI, programme de formation accélérée Santé, Assistance et Soins infirmiers, lié au programme de bourses d'études, 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 et 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.

#### 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 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.

- Les effets de la COVID-19
  - 54 résidents atteints, dont 6 résidents décédés en lien avec la COVID-19;
  - 65 employés atteints;
  - Confinement obligatoire aux chambres lors des éclosions pour les unités affectées;
  - Distanciation physique obligatoire de 2 mètres entre les résidents.
- Prévention du déconditionnement
  - Activités occupationnelles individuelles réalisées.

- La communication et la diffusion de l'information
  - Diffusion de l'information via différents moyens : courriels, tableaux d'affichage et mémos pour les résidents et/ou leurs proches et/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;
  - 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
  - Maintien des unités comme étant des « bulles »;
  - Fin de « zones jaunes » une chambre/étage;
  - Départ des agents de sécurité pour contrôler et sécuriser l'accès à l'établissement;
  - Maintien d'un registre des visiteurs.
  
- La formation en continue
  - Formation en continue sur l'importance de l'hygiène des mains;
  - Formation en continue 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 le dépistage de la COVID-19 et la vaccination.
  
- Prévention des infections en continue
  - Approvisionnement des équipements de protection individuelle (EPI) via le CISSS: blouses, gants, masques et visières;
  - Réalisation des audits de contrôle sur l'hygiène des mains, le port du masque et de tout autre EPI;
  - Dépistage des résidents et employés selon les consignes du MSSS;
  - Organisation de la vaccination contre la COVID-19, nouvelles doses, pour les résidents selon le statut vaccinal;
  - Réalisation des FIT-Test pour les masques N-95 des nouveaux employés.
  
- Réorganisation du travail
  - Vérification des symptômes et dépistage en continue;
  - Adaptation des équipes de soins et des services selon les besoins et les ressources disponibles.
  
- Redditions de comptes
  - 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.

## **Le milieu de vie**

- Le sondage sur la satisfaction des soins et services distribué aux résidents et leurs proches démontre un taux de satisfaction de 92% sur l'expérience globale d'hébergement au Manoir St-Patrice.
- L'objectif de diminuer le taux d'utilisation des mesures de contrôle est réalisé.
- Les activités de loisirs se poursuivent avec le retour des stagiaires, des bénévoles et l'implication des partenaires communautaires.
- Le calendrier des « grands ménages » des chambres et des corridors est réactivé après près de deux ans de restrictions liées à la pandémie.
- Le résultat des quatre audits sur la propreté des lieux est de 92%.
- Plusieurs projets de rénovation fonctionnelle ont été réalisés cette année : le remplacement des fenêtres de 11 chambres et celles de la cuisine, le renouvellement du mobilier de 19 chambres, le remplacement d'une unité de ventilation/climatisation centrale et la rénovation complète de la cuisine et la laverie.

## **Préparation à la prochaine visite d'agrément Canada**

- Les comités d'Agrément ont réalisé les auto-évaluations pour les 6 chapitres du programme Qmentum-Soins de longue durée, en préparation de notre prochaine visite d'agrément en novembre 2023.
- Deux sondages du programme d'Agrément portant sur la qualité de vie au travail et sur la culture de sécurité ont été réalisés. Le sondage « Identification des besoins de développement du personnel » a également été réalisé. Les plans d'action seront élaborés en comité d'agrément.

## 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 loisirs » sont inscrits aux calendriers d'activités du service des loisirs;
  - Les activités individuelles sont favorisées lors d'éclosion et de période de confinement. Un projet visant à prévenir le déconditionnement a été déposé par l'équipe d'hébergement et accepté par le CISSS Laval. Le projet « La boîte à passer a le temps » a été conçu pour faciliter l'accès rapide à du matériel occupationnel. Tous les résidents ont reçu une boîte contenant du matériel de loisir, qui est rangée dans leur chambre;
  - Le taux de satisfaction de la clientèle nouvellement admise est de 73 % comparativement à 83.9 % l'année dernière. Nous avons reçu 13 réponses sur les 37 sondages envoyés pour un taux de réponse de 36%. Afin d'améliorer le taux de réponse, un nouveau mode de distribution des sondages a été mis en place en novembre 2022 et la grille d'évaluation sera bonifiée;
  - Augmentation de la présence des résidents, le jour de l'admission, pour l'ouverture de leur dossier administratif pour la transmission de l'information et augmentation de la présence des résidents lors des rencontres des équipes interdisciplinaires.
  - Révision du rôle de préposé aux bénéficiaires accompagnateur.
- Implication des proches en tant que partenaires tout au long de l'hébergement :
  - Rencontres interdisciplinaires :
    - Occurrence dans un délai de 4 à 6 semaines suite à l'admission pour près de 90% des admissions.
    - 73 rencontres annuelles interdisciplinaires ont été réalisées.
    - La participation des résidents aux rencontres est encouragée en vertu de leur droit à l'autodétermination et pour leur permettre de prendre part à leur plan d'intervention.
    - 20 rencontres interdisciplinaires « fin de vie » ont été réalisées. Les résidents décédés pour qui ces rencontres n'ont pas eu lieu sont les résidents transférés et décédés à l'hôpital ou ceux décédés subitement.
  - Réalisation de 2 « causeries alimentaires » pour connaître l'appréciation des menus et y apporter des corrections au besoin.
- Poursuite de l'intégration des concepts de bientraitance et d'éthique au quotidien :
  - Affiche thématique produite pour le mois de bientraitance;
  - Lors des rencontres d'équipe, un rappel est fait sur :
    - L'importance de la bientraitance des résidents, notamment à l'aide d'un feuillet bientraitance remis lors de rencontre d'équipe avec discussion des 10 thèmes de bientraitance (confidentialité, humanité, vouvoiement, professionnalisme, participation, autodétermination, rythme et habitudes de vie, verticalité, milieu de vie);
    - L'importance de toujours considérer le choix du résident et ses proches dans les décisions concernant les soins et l'organisation du travail. Le résident doit être au cœur de notre réflexion. Environ 60 à 70 personnes ont assisté à ces capsules offertes par le DSISC.

- 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.
- Réalisation de projets pour l'amélioration de la qualité de vie des résidents, propices au bien-être de se sentir comme « chez soi » :
  - Le projet « La boîte à passer le temps » retenu et financé par le CISSS de Laval pour la somme de 2 913,00 \$ dans le cadre d'appel de projets pour le déploiement du plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026;
  - Achat de 12 nouveaux lits électriques à 4 ridelles pour remplacer les lits à 2 ridelles, nous menant à 16 lits à quatre ridelles;
  - Achat de 3 verticalisateurs non motorisés pour favoriser et maintenir la mobilité des résidents;
  - Renouvellement complet du mobilier, vanité et lavabo de 19 chambres;
  - Remplacement d'une unité de climatisation centrale;
  - Modernisation de la cuisine et la laverie : remplacement et ajout d'équipements à la cuisine, ajout de chariots thermalisants afin d'offrir des repas à la bonne température et réfection des planchers.

## **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 la distanciation et le port de masque : BBQ d'été, Fête de Noël, Semaine Oxygène, Printemps des reconnaissances;
  - Rencontre de service réalisée 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
  - 1091 heures ont été comptabilisées en formation versus 270 l'an passé. Les formations suivantes prévues au PDRH ont été réalisées : PDSP, SCPD, RCR, Leadership infirmier, Les soins de plaies, Lutte contre la maltraitance, Hygiène des mains et le port des EPI, La vaccination, SIED, SICHELD, Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD, Mesures d'urgence, Approche gériatrique de retrait des contentions physiques ainsi que quelques autres formations;
  - 872 heures ont été allouées pour l'orientation du nouveau personnel, soit 45 % des dépenses des heures en formations/orientations comparativement à 82 % l'an passé.
- Optimisation des mécanismes d'attraction, de rétention et de présence au travail :
  - Le taux de rétention a légèrement baissé, passant de 84% à 82 %;
  - Le taux de roulement de personnel a augmenté, passant de 17% à 23 % ;
  - Nous avons fait 40 embauches et il y a eu 41 départs, dont 2 départs pour la retraite et 2 départs pour fermeture de dossier après un congé maladie de plus de 3 ans;
  - Le nombre d'effectifs est demeuré à 183, malgré les 40 embauches réalisées en cours d'année. Certains postes demeurent non comblés, même après plusieurs affichages;

- Nous notons une **augmentation importante du taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante pour le personnel de la catégorie 1**. La cible est non atteinte pour ces titres d'emplois. En effet, le taux d'utilisation de la MOI pour les infirmières est de 24.71% versus 3.8 % l'an passé et pour les infirmières auxiliaires 5.71% versus 0% l'an passé. Nous espérons que les PAB qui se sont inscrits au programme de formation accélérée - Santé, assistance et soins infirmiers (SASI-5325) nous aideront à diminuer le recours à MOI en 2023-2024 pour le titre d'emploi infirmière auxiliaire;
- Pour les PAB, aucune heure en MOI n'a été requise grâce notamment à l'accueil d'un nouveau boursier PAB;
- Le temps supplémentaire pour le personnel infirmier a augmenté, passant de 8.7 % à 11.6 %. Les éclosions, les invalidités et la difficulté de recrutement du personnel infirmier sont des éléments expliquant ce résultat;
- Le nombre de cas d'assurance-salaire est demeuré le même, 12 dossiers actifs, mais la durée des absences a diminué;
  - Le ratio d'heures en assurance-salaire sur les heures travaillées est de 6% comparativement à 9.5 % l'an passé. La dépense a diminué à 251 473 \$ versus 402 442 \$ l'an passé;
- Le nombre de lésions en CNESST
  - Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2022 le nombre de lésions imputé à notre dossier est passé de 16 à 11. De plus, nous avons ouvert 57 dossiers en lien avec la COVID-19 qui n'ont pas été imputés à notre dossier, mais qui 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.
- Relation de travail

| Nombre de libérations syndicales |                               |                          |                |                        |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| Syndicat                         | 2019-2020                     | 2020-2021                | 2021-2022      | 2022-2023              |
| APTS                             | 0                             | 0                        | 3              | 2                      |
| FTQ                              | 90                            | 52                       | 27             | 105                    |
| FIQ                              | 6                             | 14                       | 22             | 25                     |
| Nombre de griefs                 |                               |                          |                |                        |
| Syndicat                         | Au 1 <sup>er</sup> avril 2022 | Déposés en cours d'année | Retirés/Réglés | Actifs au 31 mars 2023 |
| APTS                             | 2                             | 1                        | 2              | 1                      |
| FTQ                              | 12                            | 3                        | 4              | 11                     |
| FIQ                              | 14                            | 0                        | 2              | 12                     |

### **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 se sont poursuivies afin de permettre à l'équipe de gestion de bien gérer les enjeux des éclosions;
  - Afin d'assurer un environnement sécuritaire et de qualité, des audits de qualité ont été réalisés;

- De la formation et des activités de sensibilisation sur la politique pour contrer la maltraitance sont réalisées en continue : cette année, encore une fois, il n'y a pas eu d'assemblée générale, mais des capsules visant l'importance de la bientraitance ont été réalisées. Les outils de sensibilisation disponibles en continue 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 ainsi que 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 continue.
- Intégration des nouvelles lois, normes et exigences en hébergement :
    - Notre prochaine visite d'accréditation avec Agrément Canada est prévue pour novembre 2023;
    - Diffusion de l'information sur la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée et le Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026, pour le mieux-être des personnes hébergées;
    - Diffusion d'un nouveau guide de soutien à l'intention des établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD et ajustement de certaines pratiques afin d'être conforme aux attentes et poursuite de mesures mises en place en lien avec les 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 pour l'établissement.
- 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. Cet outil a facilité la communication des enjeux importants et urgents;
      - Journal interne : « Le Manoir St-Patrice » à l'intention des résidents et leurs proches (4/4 éditions réalisées), « La P'tite Vie » à l'intention des intervenants (3/4 éditions réalisées);
      - Communications régulières au personnel pour transmettre l'information sur les mesures applicables en lien avec les arrêtés ministériels et les nouvelles conventions collectives.
    - Amélioration des équipements informatiques :
      - Mise en place du Bulletin de décès informatisé, le SIED;
      - Changement d'un poste informatique.

## 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. Les autoévaluations et les sondages requis sont réalisés.

### 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 les soins et services. Chercher à comprendre, non pas 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, 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 **trois fois** cette année, notre programme de gestion des risques prévoit toutefois quatre rencontres 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 la plateforme SSSS (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 trois (3) principaux types d'incidents – indices de gravité A et B

| Type d'incidents   | Nombre | Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements |
|--|--------|--|---|
| <b>Autres</b> (Ecchymoses, blessures d'origine inconnue) | 7      | 7/11<br>64%  | 7/316<br>2.2%                                       |
| <b>Erreurs de médicaments</b>                            | 2      | 2/11<br>18%  | 2/316<br>0.6%                                       |
| <b>Chutes</b>  | 2      | 2/11<br>18%  | 2/316<br>0.6%                                       |

Les résultats démontrent que les trois (3) types d'événements dans cette catégorie sont : le type « autres » (événement lié aux ecchymoses, blessures d'origine inconnue), les erreurs de médicament et les chutes. Le nombre d'événements total de gravité A et B est de 11 sur 316 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 accidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements |
|--|--------|--|---|
| <b>Chutes</b>  | 148    | 148/305<br>49%                                     | 148/316<br>47%                                      |
| <b>Autres</b> (Ecchymoses, blessures d'origine inconnue) | 73     | 73/305<br>24%                                      | 73/316<br>23%                                       |
| <b>Erreurs de médicaments</b>                            | 56     | 56/305<br>18 %                                     | 56/316<br>18%                                       |

Les résultats démontrent que les trois (3) types d'événements prédominants dans cette catégorie sont : les chutes, le type d'événement « autres » qui regroupe les blessures d'origines connues et inconnues (ecchymoses, égratignures) et les erreurs de médicaments. Ce sont les mêmes événements prédominants qu'en 2021-2022. Le nombre d'événements de gravité C à I total est de 316 comparativement à 243 en 2021-2022, le nombre de jours présence étant plus élevé. Il est cependant semblable au nombre d'événement déclaré avant pandémie.

## 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 la presque totalité des lits comblée (94/96), nous notons un retour à la normale du nombre de déclarations avec **316 déclarations comparativement à 243 en 2021-2022 et à 130 en 2020-2021. La hausse s'explique notamment par l'augmentation du nombre de jours présence soit 19 % de plus que l'année précédente;**
- Tous les accidents de niveau de gravité de D et plus, ont été divulgués aux résidents et/ou leurs proches, et ce conformément aux lignes directrices;
- 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 rapports de déclarations, par unités et aux heures qui sont plus propices aux chutes, pour tenter d'anticiper les besoins des résidents et ainsi prévenir les chutes qui pourraient survenir;
  - Des mesures de protection sont en place pour les résidents reconnus comme 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. Il n'y a pas de solution groupée pour ce type d'événement puisque qu'il regroupe plusieurs événements de natures différentes.
- Les agressions (entre résidents) sont maintenant signalées au commissaire aux plaintes. 11 événements ont fait l'objet de signalement au commissaire aux plaintes, dossiers qui ont été fermés, car les mesures prises par l'établissement étaient jugées satisfaisantes;
- **Aucun événement de gravité, G, H ou I dans les deux dernières années;**

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

Normalement, l'infirmière en prévention et contrôle des infections (PCI) attitrée à notre établissement par le CISSS travaille de concert avec nos chefs d'unité. Elles assurent ensemble la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Au départ de l'infirmière en PCI en décembre 2022, le travail de collaboration du 4<sup>e</sup> trimestre a été réalisé par des suivis téléphoniques avec le CISSS.

**Le taux moyen de conformité de l'hygiène des mains est de 83.3%.** Un nouveau système d'audit, rapide et facile à réaliser, et nous permettant d'obtenir des statistiques en temps réel a été mis en place en septembre dernier.

Les actions suivantes en PCI sont réalisées :

- 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 à chaque trimestre.

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

- Sensibilisation du personnel, des visiteurs et des 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, lorsque requis;
- Audits sur le lavage des mains;
- La vaccination;
- La gestion des éclosions.

## La vaccination

| TABLEAU DE COUVERTURE VACCINALE   |           |           |           |
|---|-----------|-----------|-----------|
|   | 2019-2020 | 2021-2022 | 2022-2023 |
| Couverture vaccinale des résidents contre l'influenza   | 80 %      | 81 %      | 83 %      |
| Couverture vaccinale des résidents contre la COVID-19 : 2 doses et plus   | -         | 97 %      | 96 %      |
| Couverture vaccinale des travailleurs contre l'influenza  | 33.6 %    | 32 %      | 10.7%     |
| Nombre de travailleurs non-inscrits sur la liste de paie (ex. médecins, bénévoles, etc.) vaccinés contre l'influenza  | 11        | 3         | 0         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le taux de couverture vaccinale des résidents contre l'influenza est stable.</li> <li>• Pour le personnel, le taux de couverture vaccinale a baissé de 21%, la majorité des employés ayant refusé le vaccin contre l'influenza.</li> </ul> |           |           |           |

## La gestion des éclosions

| <b>BILAN DES ÉCLOSIONS DE LA COVID-19</b> |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | <b>Nombre de résidents atteints de la COVID-19</b> | <b>Nombre de résidents décédés en lien avec la COVID-19</b> | <b>Nombre d'employés atteints de la COVID-19</b> |
| 3 au 22 avril 2022                        | 9  |   | 16   |
| 14 au 29 juillet 2022                     | 3  |   | 11   |
| 12 septembre au 6 octobre 2022, Unité 3   | 2  |   | 23   |
| 5 octobre au 7 novembre 2022, Unité 2     | 9  |   |  |
| 28 octobre au 21 novembre 2022, unité 3   | 9  | 4   |  |
| 6 au 29 décembre 2022, unité 2            | 6  |   | 15   |
| 10 au 29 décembre 2022, unité 3           | 5  | 1   |  |
| 5 au 29 mars 2023, unité 1                | 9  | 1   |  |
| 22 mars au 6 avril 2023, unité 3          | 2  |   |  |
| <b>Total : 9 éclosions COVID-19</b>       | <b>54 résidents</b>                                | <b>6 résidents décédés</b>                                  |  |

| <b>BILAN DES ÉCLOSIONS AUTRES QUE LA COVID-19</b>  |                  |               |                 |              |                                   |
|--|------------------|---------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|
| <b>Année</b>   | <b>Influenza</b> | <b>Gastro</b> | <b>IVRS-SAG</b> | <b>Autre</b> | <b>Total - Nombre d'éclosions</b> |
| 6 octobre au 28 novembre 2022  | 0                | 0             | 1               | 0            | 1                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une éclosion IVRS-SAG, 13 résidents atteints, aucun décès;</li> </ul> |                  |               |                 |              |                                   |

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

- Le taux de résidents porteurs d'au moins une mesure de contrôle physique incluant les ridelles est passé de 24.7 % à 7.45 % une **diminution de 17.25 %** 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 maintenant 16 lits à demi ridelles, suite à l'achat de 12 nouveaux lits cette année.
- La révision des contentions s'est poursuivie tout au long de l'année avec le retour de congé maternité de l'ergothérapeute. Le processus du suivi des mesures de contrôle est établi pour s'assurer d'une application conforme des dispositions apparaissant dans 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.
- 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, les tapis de chute et les ceintures type auto avec ou sans alarme. Nous avons atteint notre objectif d'être en deçà du 10% pour l'utilisation de mesures de contrôle. Le comité interdisciplinaire ad hoc visant le déconditionnement poursuivra ses travaux de révision et d'évaluation en visant zéro recours aux mesures de contrôle.

## 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.

- **Nous n'avons reçu 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 tient 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, incluant les agressions entre les résidents.

Une mise à jour est également prévue pour octobre 2023 pour tenir compte des modifications à la loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance, bonifiée le 6 avril 2022.

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 **11** signalements de maltraitance (agression entre résidents) faits au commissaire local aux plaintes et les onze dossiers ont été fermés par la commissaire, car les mesures d'amélioration avaient déjà été prises par l'établissement.

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

### 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](http://www.chsldmanoirstpatrice.com)
- Aucune inspection des ordres professionnels;
- Aucune visite de vigie :

## L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

Le rapport complet du commissaire est déposé à la Direction générale et au MSSS après approbation du CISSS Laval.

La « Politique d'examen des plaintes » encadre l'application de la procédure d'examen des plaintes. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est mandaté 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, le 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'assure 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 sont disponibles 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 au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Le rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur notre site Web à compter de septembre 2023 au :

[www.chsldmanoirstpatrice.com](http://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 n'avons reçu aucune demande d'aide médicale à mourir.

| Soins de confort et de fin de vie   | 2022-2023 | 2022-2023 |
|---|-----------|-----------|
| Nombre total de résidents décédés   | 30        | 33        |
| Nombre de résidents décédés en lien avec la COVID-19  | 6         | 1         |
| Nombre de résidents en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs   | 20        | 24        |
| Nombre de résidents ayant reçu des sédations palliatives continues administrées                                     | 0         | 0         |
| Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées   | 0         | 1         |
| Nombre d'aides médicales à mourir administrées  | 0         | 1         |
| Nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été | 0         | 0         |

#### Circulaire 03.01.61.19 du MSSS

## 7. Les ressources humaines

### Les ressources humaines de l'établissement

Le tableau suivant présente le nombre de cadres et de salariés occupant un emploi selon la catégorie de personnel, ainsi que le nombre d'équivalents temps complet (ETC). Les informations présentées sont celles fournies par le MSSS. Il s'agit des dernières données disponibles qui ont été validées par le MSSS.

#### Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel

|  | Nombre d'emploi<br>Au 31mars 2022 | Nombre d'ETC<br>En 2021-2022 |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| 1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires                  | 41                                | 29                           |
| 2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers               | 122                               | 92                           |
| 3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration | 4                                 | 4                            |
| 4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux      | 6                                 | 3                            |
| 5 - Personnel d'encadrement  | 9                                 | 9                            |
| <b>Total</b>   | <b>182</b>                        | <b>137</b>                   |

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 supplémentaire |           | 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                                     | 44 099                      | 41 317    | 2 800                                | 2 297     | 1 058               | 7 615     | 47 957                       | 51 229    |
| Préposés aux bénéficiaires  | 101 393                     | 115 030   | 3 841                                | 4 380     | 0                   | 0         | 105 234                      | 119 410   |
| Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux | 6 222                       | 8421      | -                                    | -         | -                   | -         | 6 222                        | 8421      |

### Explications des écarts

#### **Personnel en soins infirmiers (catégorie 1) :**

- Augmentation de 6.8 % des heures travaillées
  - L'augmentation du nombre d'heures travaillées est due à la mise en place de la nouvelle structure de postes 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
  - 7.2 fois plus d'heures en MOI (4 postes infirmières non comblés et plusieurs absences, congé maladie ou autres ont dû être comblés en MOI)
  - Baisse des heures en temps supplémentaire de 18%, due notamment à la fin de certaines mesures avantageuses découlant des arrêtés ministériels.

#### **Préposés aux bénéficiaires :**

- Augmentation de 13 % des heures travaillées
  - Durant les 2 exercices précédents, la structure de postes des préposées aux bénéficiaires a été rehaussée en lien avec les conventions collectives 2019-2023 et le programme des boursiers, plus précisément :
    - Rehaussement de 39 postes en septembre 2020;
    - 22 postes créés pour les 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.
 Cependant, les effets de ce rehaussement de structure se sont matérialisés davantage durant l'exercice 22-23 comparativement à l'exercice précédent durant lequel il y a eu notamment plus d'absences maladies dont le remplacement était souvent impossible à cause de la pénurie de main d'œuvre;
  - Augmentation de 14% des heures en temps supplémentaires.

À noter que le nombre d'heures travaillées du personnel en soins infirmier et des PAB est en dessous des heures prévues à la structure de postes compte tenu de la pénurie de personnel.

#### **Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux :**

- Augmentation de 35% des heures travaillées due à différents facteurs dont :
  - Retour des intervenants en congés maternité;
  - Rehaussement du poste de nutrition de 0.4 à 0.6 ETC et création d'un poste de technicien en diététique.

## 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<br>2022-2023 |                | Exercice précédent<br>2021-2022 |                | Variation des dépenses |                |
|---|-------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|------------------------|----------------|
|   | \$                            | %              | \$                              | %              | \$                     | %              |
| <b>Programmes Services</b>                        |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Santé publique                                    |                               |                | 20 703 \$                       | 0.1 %          | -20 703 \$             | -100 %         |
| Services généraux – activités cliniques et d'aide |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées         | 10 073 969 \$                 | 66 %           | 10 901 898 \$                   | 70.6 %         | -827 929 \$            | -7.59 %        |
| Déficiences physique                              |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Déficiences intellectuelle et TSA                 |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Jeunes en difficulté                              |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Dépendances                                       |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Santé mentale                                     |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Santé physique                                    | 181 466 \$                    | 1 %            | 98 277 \$                       | 0.6 %          | 83 189 \$              | 84.65 %        |
| <b>Programmes Services</b>                        |                               |                |                                 |                |                        |                |
| Administration                                    | 914 670 \$                    | 6 %            | 990 253 \$                      | 6.4 %          | -75 583 \$             | -7.63 %        |
| Soutien aux services                              | 1 899 532 \$                  | 12 %           | 1 922 864 \$                    | 12.5 %         | -23 332 \$             | -1.21 %        |
| Gestion des bâtiments et des équipements          | 2 315 748 \$                  | 15 %           | 1 512 464 \$                    | 9.8 %          | 803 284 \$             | 53.11 %        |
| <b>Total</b>                                      | <b>15 385 385 \$</b>          | <b>100.0 %</b> | <b>15 446 459 \$</b>            | <b>100.0 %</b> | <b>-61 074 \$</b>      | <b>-0.40 %</b> |

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](http://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<sup>er</sup> avril et le 31 mars 2023.

|  | Nombre | Valeur     |
|--|--------|------------|
| <b>Contrat de service avec une personne physique<sup>1</sup></b>                         | 0      | -          |
| <b>Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique<sup>2</sup></b> | 1      | 135 715 \$ |
| <b>Total des contrats de service</b>   | 1      | 135 715 \$ |

<sup>1</sup> Une personne physique, en affaires ou non.

<sup>2</sup> 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 2022-2023**

| 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 <sup>1</sup>  | 0                      | Sans objet       | Sans objet    |
| 2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) <sup>2</sup>  | 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 porter 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 <sup>3</sup>  | 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 sont répertoriés 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 et de tout sujet abordé lors de rencontres et discussions auxquelles il a participé et qui avaient 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 nécessaires 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.