



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2019-2020

Table des matières

1.	LE MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	4
2.	LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	6
3.	LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	7
	NOTRE MISSION	7
	NOTRE VISION	8
	NOS VALEURS ORGANISATIONNELLES	8
	NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	8
	LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU 31 MARS 2019	9
	LES FAITS SAILLANTS.....	10
	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	10
	LE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE ALIMENTAIRE	12
	AMÉLIORATION CONTINUE AU SERVICE DES FINANCES.....	13
	ATTRACTION, RECRUTEMENT, RELÈVE ET ACCUEIL, INTÉGRATION	14
	LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES POUR TOUS LES TITRES D'EMPLOI	14
	UNE ÉQUIPE MÉDICALE TOUJOURS AUSSI DÉVOUÉE.....	15
4.	LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES	16
	LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	16
	LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	16
	RECOMMANDATIONS PROVENANT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	16
	RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN	17
	RECOMMANDATIONS PROVENANT D'AUTRES ORGANISMES EXTERNES DE NORMALISATION	17
	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	18
	COMITÉ CLIENTÈLE	18
	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	19
	COMITÉ DE PHARMACOLOGIE	20
5.	LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	21
	LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES	21
	RECOMMANDATIONS PROVENANT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	21
	L'AGRÉMENT.....	21

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES.....	22
RAPPORT DU CORONER.....	23
DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	23
LES ACTIONS ENTREPRISES CONCERNANT LA SURVEILLANCE, LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS.....	24
LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION.....	25
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.....	26
Nombre de dossiers ouverts pour l'année 2019-2020.....	26
Nombre de dossiers ouverts au cours des cinq dernières années.....	27
Motifs d'insatisfaction pour l'année 2019-2020.....	28
Délai de traitement des 29 dossiers de plaintes conclus et fermés au cours de l'exercice 2019-2020 et incluant les 7 dossiers de l'exercice précédent en traitement au 1 ^{er} avril 2019.....	32
Recommandations et mesures correctives.....	33
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	35
7. LES RESSOURCES HUMAINES	36
8. ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	37

1. LE MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2019-2020. Vous y trouverez les principales réalisations, des renseignements sur notre établissement, notre clientèle, les faits saillants ainsi que les principaux résultats atteints au cours de l'année. Ce rapport de nos réalisations est le labour des quelque 2000 employés, membres d'une équipe exceptionnelle qui jour après jour a le souci du bien-être des résidents. Nos accomplissements, ce sont ceux des comités d'usagers, des directions d'établissement et de tous les employés de Groupe Champlain qui œuvrent avec passion.

L'année 2019-2020 a été une année de réorganisation par la création d'une direction des soins infirmiers et pratiques professionnelles et la création d'une direction de la qualité, de la performance et de l'éthique.

Avant de terminer, nous aimerions dire un très grand « merci » à tous ceux et celles qui travaillent, effectuent du bénévolat, forment la relève, siègent sur les comités, partagent leur expérience ou suivent un stage à Groupe Champlain. Un grand merci également à nos résidents et à leur proche, pour la confiance dont ils font preuve envers l'équipe de Groupe Champlain à des moments importants de leur vie.



GUILLAUME JOURNAL

Président du conseil d'administration



YVES PARENT

Directeur général

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2019-2020 de Groupe Champlain :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

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



YVES PARENT
Directeur général

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

L'établissement

NOTRE MISSION

Groupe Champlain a pour mission d'offrir des soins et services de qualité, profondément humains, en continu et dans un milieu de vie sécuritaire, à des personnes ayant des besoins complexes au cours de leur parcours de vie en hébergement.

Groupe Champlain réalise cette mission, à titre d'établissement privé conventionné reconnu, en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux du Québec. Groupe Champlain comprend treize installations faisant partie du réseau public de santé et des services sociaux, à titre de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD, Art. 83, LSSSS). Au 31 mars 2020, Groupe Champlain comptait 1 446 lits dressés dans ses installations réparties dans neuf régions administratives.

Groupe Champlain comprend les centres d'hébergement et de soins de longue durée suivants :

- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-MARIE-VICTORIN (Montréal)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-GOUIN (Montréal)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-GATINEAU (Gatineau)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-CHÂTEAUGUAY (Châteauguay)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-JEAN-LOUIS-LAPIERRE (Saint-Constant)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DES-POMMETIERS (Belœil)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-LA-ROSE-BLANCHE (Sherbrooke)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-SAINT-FRANÇOIS (Laval)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-LA-VILLA-SOLEIL (Saint-Jérôme)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DU-CHÂTEAU (Berthierville)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DES-MONTAGNES (Charlesbourg)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-L'ASSOMPTION (Saint-Georges)
- CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-CHANOINE-AUDET (Saint-Romuald)

Groupe Champlain est l'une des plus importantes organisations privées conventionnées d'hébergement et de soins de longue durée, partenaire du réseau public au Québec. La structure juridique de Groupe Champlain inc. est une société constituée en vertu de *la Loi sur les sociétés par actions* (Québec) et est détenue à part entière par Groupe Santé Sedna.

NOTRE VISION

- Être la référence première reconnue, en approche d'hébergement centrée sur l'amélioration de l'expérience vécue, par la personne accueillie et ses proches.
- Être un leader reconnu en matière de pratiques exemplaires, de transformation et d'innovation dans l'offre de soins et de services.
- Être un employeur de référence reconnu, pour l'expérience valorisante et positive vécue, par chacun de ses employés à travers leur parcours de travail.
- Agir en qualité d'entreprise socialement responsable reconnue pour sa contribution concrète aux solutions, pour faire face aux défis des clientèles vulnérables.

NOS VALEURS ORGANISATIONNELLES

- La bienveillance
- L'excellence et la rigueur
- La cohérence
- L'ouverture
- La transparence

NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

POTENTIEL HUMAIN

- Assurer la disponibilité de ressources humaines par le développement d'équipe compétente, stable et performante.

GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES

- Mise en œuvre d'un mode de gestion opérationnel axé sur la performance, l'autonomie et l'imputabilité.

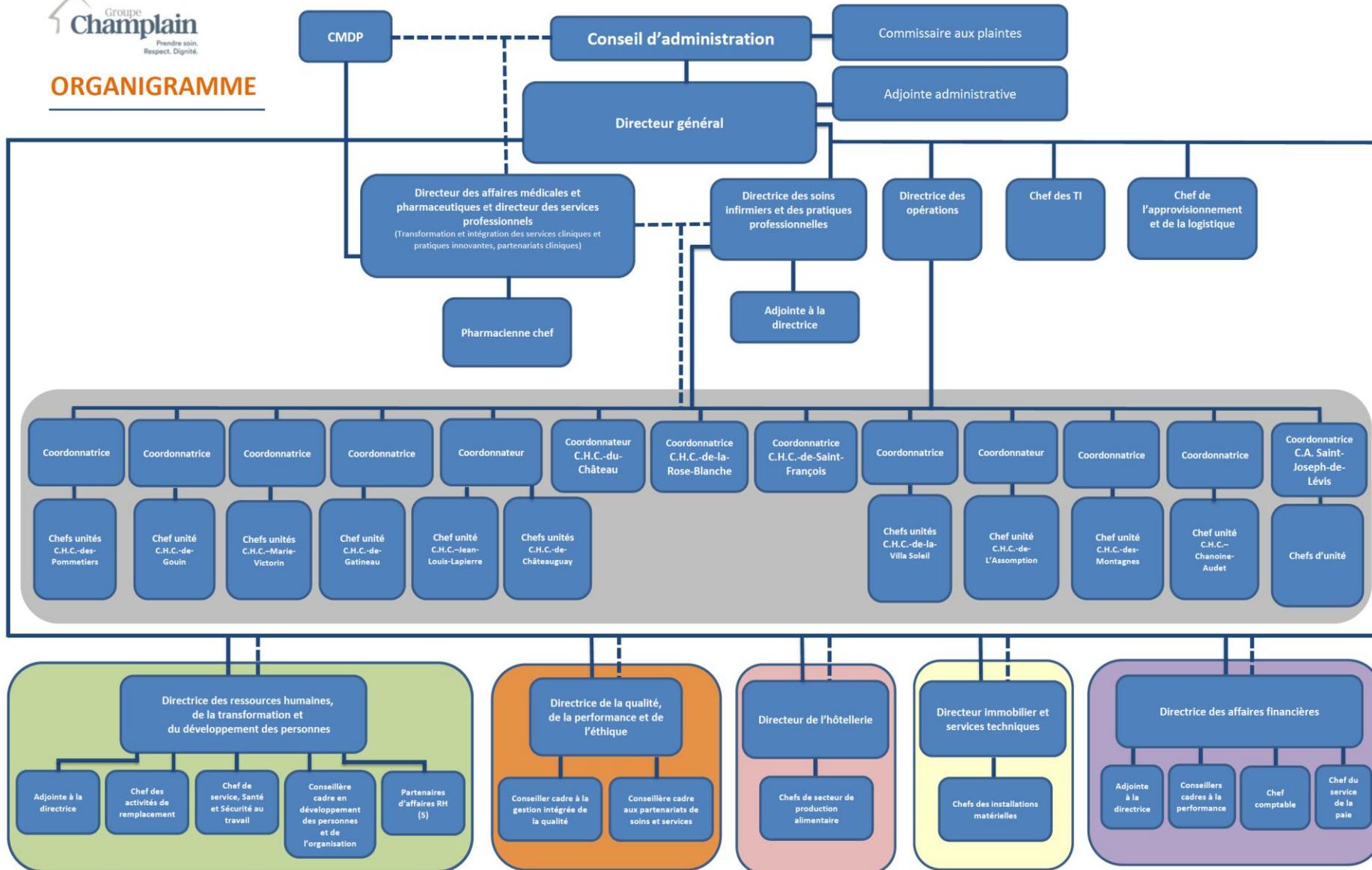
CULTURE DE QUALITÉ

- Implantation d'une culture de qualité et de prestations sécuritaires des soins et services.

LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU 31 MARS 2019



ORGANIGRAMME



LES FAITS SAILLANTS

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Avec l'amorce de sa transformation organisationnelle en janvier 2019, Groupe Champlain a poursuivi ses objectifs de consolidation de sa nouvelle structure directionnelle, notamment à la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles. Ces profonds changements ont débuté par la création distincte et harmonieuse d'une direction propre, unique et distinctive du secteur opérationnel. Ces changements visaient prioritairement et transversalement, l'ancrage de valeurs de gestion solides et novatrices, telles la gestion de proximité, la bienveillance et la cohérence. Néanmoins, elle visait indubitablement une évolution du paradigme clinique vers l'approche centrée sur les forces du tout que forment le client et sa famille, guidées par les meilleures pratiques cliniques en matière de gériatrie active et de soins de longue durée.

Cette transformation et cette consolidation se sont effectuées tout au long de l'année 2019-2020 selon le modèle AGILE, en mettant de l'avant des actions concrètes et en impliquant bon nombre d'acteurs du continuum de soins afin d'y apporter les ajustements nécessaires en réponse aux besoins exprimés et ressentis. Ainsi, le regroupement du comité des usagers et leurs représentants-familles, membres du personnel cliniques et professionnels, directorats, ainsi que les gestionnaires installation ont été impliqués et consultés lors du processus.

Afin de rappeler la volonté de rehausser **l'expertise clinique et donc des rôles des conseillers en soins infirmiers, la structure a été réévaluée en fonction des besoins évolutifs de la clientèle** et des enjeux en lien avec la vulnérabilité de celle-ci tout en considérant les familles et les proches.

Fort de cette nouvelle structure, la direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles forme une équipe cohérente et complémentaire, contribuant à la création d'un **milieu de vie de qualité** en collaboration avec les différentes directions concernées. À travers un processus **d'amélioration continue de la qualité des soins et des services**, la direction avait à priori identifié **trois secteurs d'activités prioritaires** qui impactent notre clientèle et les différents milieux de vie. Des **ressources dédiées et spécifiques** ont été mandatées afin de soutenir et d'encadrer le personnel en installations, soit en matière de pratiques novatrices en **prévention et contrôle des infections, de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, de prévention et traitement en soins de plaies**.

En ce sens, et en réponse aux besoins des clients présentant des troubles neuro cognitifs (TNC) qui représentent 85 % de la clientèle en soins d'hébergement et de longue durée, Groupe Champlain souhaite poursuivre et maintenir des objectifs continus de diminution de l'utilisation des antipsychotiques et des contentions par la mise en place d'un programme de vigie et d'intervention, travaillé en collaboration avec le secteur de la pharmacie. Inspiré du programme OPUS et des meilleures pratiques de l'INSPQ, Groupe Champlain travaillera à l'implantation de ce programme au cours de 2021 en partenariat avec les différents comités des usagers.

À cet effet, la direction a donc accueilli une conseillère en soins infirmiers **leader en gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** qui débutera ses fonctions en 2021, à titre d'experte-conseil en matière de gestion des SCPD auprès des conseillers en soins infirmiers des installations, mais également auprès de la direction. Elle contribuera à l'encadrement et au développement des pratiques professionnelles des équipes de soins, notamment au regard de l'approche adaptée à la clientèle présentant des TNC et à la prévention des SCPD, dans l'optique de favoriser un milieu de vie sain et sécuritaire. Elle aura également pour mandat de procéder de façon interdisciplinaire à une mise à jour du programme de gestion des SPCD.

Une conseillère en soins infirmiers leader en prévention et soins de plaies a été nommée en septembre 2019 afin d'agir à titre d'experte-conseil en matière de prévention et soins des plaies auprès des conseillers en soins infirmiers des installations. Elle contribue à **l'encadrement et au**

développement des pratiques professionnelles des équipes de soins au regard de la prévention et des soins de plaies et agit à titre de **formateur et d'influenceur**. Elle intervient également afin d'émettre des avis professionnels avancés dans le cadre de consultation dans le choix et la détermination du meilleur plan préventif et curatif possible sur une base individuelle, mais également sur une base organisationnelle. En effet, le programme de soins de peau et de plaies interdisciplinaire de Groupe Champlain, étant actuellement en refonte.

En regard de la prévention et le contrôle des infections (PCI), et en réponse aux maladies infectieuses qui touchent nos clients vulnérables, mais aussi aux maladies infectieuses émergentes et au phénomène de la multi résistance bactérienne, un **conseiller en soins infirmiers avec une majeure PCI** a pris place au début 2020. Son mandat relevant principalement du domaine de l'élaboration, mise en place et du suivi des meilleures pratiques en PCI elle intervient également dans la surveillance épidémiologique et émet des avis scientifiques dans la prévention et le contrôle des infections en regard des tendances, au comité de Prévention et de Contrôle des infections.

BILAN DES RÉALISATIONS 2019-2020 À LA DSIPP

Bien qu'une transformation organisationnelle apporte un lot de défis à plusieurs niveaux à travers des enjeux propres à notre secteur d'activité, Groupe Champlain a souhaité mettre de l'avant une approche interdisciplinaire afin d'inspirer et d'adapter les objectifs, afin de ramener cette quête à l'objectif ultime d'une approche centrée sur le client et sa famille.

Bien qu'il soit actuellement difficile, lié au contexte de la Covid-19, de dégager des analyses avancées de l'impact des leaders CSI dans la gestion des risques, nous sommes à même de constater une meilleure cohérence organisationnelle au service du client et sa famille.

Les **principales améliorations en intégration de cette nouvelle structure pour 2019-2020** comprennent notamment :

- Le décloisonnement des secteurs d'activités et la poursuite de l'intégration de l'interdisciplinarité dans l'offre de services ;
- Un rehaussement progressif du leadership infirmier en installation ;
- Une évolution de la culture de soins ;
 - Une plus grande autonomie et responsabilisation des équipes ;
 - Une mobilisation contagieuse vers la transversalité d'une culture de qualité à l'ensemble des équipes ;
- Une meilleure application et intégration des différents programmes, politiques et procédures cliniques.

Dans ce contexte **d'adaptation et de bienveillance** de la direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles au bénéfice de notre clientèle, des réalisations importantes ont été accomplies dont ;

- La création d'un comité de soins infirmiers composé de conseillers en soins et de chef d'unité, permettant de mettre en lumière les problématiques cliniques issues du terrain afin d'améliorer l'organisation des soins et services, d'identifier les besoins en formation, d'adapter nos programmes et d'innover ;
- La création d'un comité interdisciplinaire annuel qui a pour but de discuter des enjeux et d'identifier des pistes de solutions à court et moyen terme, de partager les bonnes pratiques et de poursuivre l'intégration interdisciplinaire ;

- La création conjointe d'un comité pharmaco-nursing afin de procéder à une mise à jour et à la mise en place des meilleures pratiques pharmacologiques ;
- La collaboration au comité d'éthique afin de discuter des enjeux de nature éthique et d'orienter des actions respectueuses des droits et libertés de nos clients ;
- Le maintien d'un comité interdisciplinaire de soins de fin de vie incluant le processus entourant l'aide médicale à mourir été mis sur pied pour assurer une vigie et un support à l'ensemble des installations, avec des boîtes à outils qui permettent de gérer le processus d'aide médicale à mourir dans une vision respectueuse de la dignité du client et de ses proches ;
- Le maintien d'un programme d'intégration des CEPI (candidat à l'exercice de la profession d'infirmière), CEPIA (candidate à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire) et un programme de préceptorat pour accompagner les infirmières de moins de trois ans d'expérience dans leur pratique ;
- La création de plusieurs formations narrées permettant de faciliter le développement, la consolidation et la mise à jour de la compétence du personnel de soins en regard des orientations ministérielles et des pratiques exemplaires ;
- L'établissement de partenariat avec les CIUSSS-CISSS dans la mise en place de projets pilotes en lien avec les orientations ministérielles visant l'amélioration de l'accueil et de l'intégration des clients et de leurs familles, et le continuum de soins (micro-milieus adaptés, bucco-dentaires) ;
- La poursuite de l'implantation des micro-milieus adaptés (MMA) dans les installations déjà consolidés et qui ont atteint les objectifs attendus soit les centres Champlain-des-Montagnes, Champlain-des-Pometiers et Champlain-de-Gatineau. Le tout, dans le but de créer une charte de projet pour reproduire le modèle dans l'ensemble des installations de Groupe Champlain. Cette charte proposera une implantation graduelle et respectueuse, autant des clients que des employés et tiendra compte des expériences vécues en termes d'embûches et de succès. Elle comprendra des outils actualisés qui faciliteront l'implantation des MMA pour l'ensemble des installations de Champlain ;
- Le maintien de la contribution de Groupe Champlain au rayonnement de la pratique professionnelle en CHSLD en nourrissant des partenariats tels qu'avec la Communauté de Pratique de l'Université Laval menée par Philippe Voyer, et par notre partenariat principal à l'Association québécoise des infirmiers et infirmières en gérontologie (AGIIG).

LE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE ALIMENTAIRE

La responsabilisation et le développement des compétences de l'équipe des services alimentaires se poursuivent à Groupe Champlain. De par une gestion de proximité de chacun des chefs de production, les actions ont permis de consolider les équipes, réduire le taux d'absentéisme et donner lieu à un réel esprit d'équipe. Les rencontres plus fréquentes avec le personnel ont contribué à la mobilisation de ces derniers et l'implication de ceux-ci au processus décisionnel.

Un sentiment d'appartenance service alimentaire se développe au sein du Groupe Champlain. Nous constatons une diminution du taux de roulement.

La sécurité alimentaire étant toujours un enjeu de premier plan, la revue constante des pratiques en matière des règles d'hygiène, de salubrité, de sécurité au travail, du respect des textures modifiées a été et sera toujours au cœur même de la direction du service alimentaire.

L'arrivée de nouvelles nutritionnistes ainsi que de nouvelles techniciennes a soufflé un vent de nouveauté avec leurs nouvelles visions, ce qui a contribué à mettre en place une plus grande et étroite collaboration avec les équipes afin de mettre en place une offre de service plus étoffée.

La direction des services alimentaires a comme mandat de poursuivre ses travaux en 2020 dans l'optique de sa vision, soit celle d'offrir un service universel, standardisé et personnalisé pour l'ensemble de la clientèle des installations de Groupe Champlain tout en tenant compte des orientations provenant des instances complémentaires auxquelles il est assujéti.

Les évènements mondiaux actuels nous obligent à porter une réflexion profonde sur nos façons de faire au niveau du service à la clientèle. Nous devons réfléchir à une nouvelle méthode qui permettra de répondre aux exigences de la clientèle, tout en respectant la distanciation, la manipulation excessive, en adoptant la flexibilité pour répondre aux exigences des instances ministérielles.

AMÉLIORATION CONTINUE AU SERVICE DES FINANCES

Au cours de l'année 2019-2020, le service des finances et de l'administration a poursuivi la révision de plusieurs processus financiers en collaboration avec les différentes directions dans le but de favoriser une plus grande autonomie, une meilleure gestion des ressources et de répondre aux besoins de chaque installation.

Le service a également poursuivi la revue des processus des tâches administratives effectués au sein des installations du Groupe Champlain en relation avec celles effectuées par le siège social. Le tout a permis d'atteindre efficacité améliorée ; comme exemple le suivi des mauvaises créances, des inventaires, suivi des courus, de coûts de pharmacie, des jours présences, etc.)

La publication de rapports de gestion (dépenses salariales et autres) pour chacun des gestionnaires et chacune des directions en conformité avec l'organisation du Groupe Champlain, est garante des suivis budgétaires permettant ainsi d'identifier les dépassements et les mesures d'économie à mettre de l'avant.

Autres initiatives ayant été actualisées au cours de l'année :

- Réunions sur place dans les installations avec le coordonnateur pour la revue de la structure de poste de son installation autant pour les heures cliniques que celles pour les équipes fonctionnement avec la participation de la direction des opérations et la direction des ressources humaines ;
- Réunions au siège social avec chaque coordonnateur, pour la revue de toutes les informations de types financières, des concepts de financement privé conventionné, des outils disponibles (accès à Espresso, charte de comptes, principes de base de comptabilité, compte rendu disponibles, etc.) et répondre à toutes leurs questions ;
- Travail en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la conversion au permis de neuf (9) lits en achats de place à l'installation Des Montagnes. Négociation permettant un financement clinique et de fonctionnement pour un total de plus de 600 k par an.
- Nouveau financement de 3,2 M reçu en septembre dont le dossier a été complété et accepté par le Ministère de la Santé et des Services sociaux avec des ajustements inter installations et prévoyant une portion de 10 % pour le financement du fonctionnement et 8,55 % pour l'assurance salaire ;
- Avec l'accord de la direction générale, projet en cours avec la firme Logibec afin de permettre la gestion des deux (2) années financières dans le logiciel Espresso GRF qui se poursuivra au cours des années 2020-2021.

« Les meilleures choses qui arrivent dans le monde de l'entreprise ne sont pas le travail d'un seul homme, mais de toute une équipe. » Steve Jobs

ATTRACTION, RECRUTEMENT, RELÈVE ET ACCUEIL, INTÉGRATION

Soucieuse d'assurer une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante, différents moyens ont été mis en place afin permettre de faire connaître davantage Groupe Champlain à différents bassins de travailleurs potentiels. Pour ce faire, nous avons largement développé et optimisé l'utilisation des différents médias sociaux et médias — radio. Nous avons aussi sélectionné avec soins la présence de nos différents ambassadeurs certains colloques ou salons d'emploi.

Des missions de recrutement ont été réalisées au Maroc, en Tunisie ainsi qu'au Mexique et Colombie afin de venir palier à la pénurie de main-d'œuvre actuelle dans la région de Québec. Nous attendons avec impatience, pour la région de Québec, ces neuf (9) futur(e)s employé(e)s qui devraient, si tout se passe bien au niveau de l'immigration, à l'automne 2020.

Nous n'avons pas été à l'abri de la grande difficulté de recrutement au cours de l'année notamment dans plusieurs régions. Pour certains titres d'emplois notamment pour les équipes de soins, l'offre d'emploi a été bonifiée de façon importante dans le but de favoriser la stabilité des équipes de travail, de diminuer la précarité d'emploi. Nous avons intégré au sein des équipes des aides de service permettant de diminuer la charge et d'éviter des bris de services auprès de nos résidents.

Des ententes d'association avec plus de 150 maisons d'enseignement et organismes d'intégration à l'emploi ont été signées afin d'accueillir des stagiaires dans certains secteurs en vue de préparer la relève.

AMÉLIORATION DES SYSTÈMES INFORMATISÉS DES RESSOURCES HUMAINES

Tourné vers l'avenir, l'amélioration continue de ses processus et des façons de faire, Groupe Champlain est devenu un partenaire de choix avec la firme Logibec dans le développement d'un système d'information ressources humaines (SIRH) performant, agile et surtout adapté à notre réalité d'établissement privé conventionné.

La grande force de ce SIRH est d'offrir une intégration de tous les systèmes ressources humaines que ce soit par exemple l'embauche, la formation, les relations de travail ou encore la santé-sécurité au travail, etc. Les gestionnaires pourront donc compter dès le début de son implantation prévue en mars 2021, sur un outil d'aide à la décision et de gestion précis, dynamique et en temps réel.

LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES POUR TOUS LES TITRES D'EMPLOI

L'établissement a offert un grand nombre de formations visant le rehaussement des compétences, selon son plan de développement des ressources humaines (PDRH) :

- Plusieurs formations ont été données, tout au long de l'année, pour tous les titres d'emploi, afin de renforcer les bonnes pratiques et aussi pour soutenir la réalisation de la planification stratégique : mesures d'urgence, RCR, Hemlich, PDSB, hygiène des mains, dysphagie, précautions pour médicaments cytotoxiques, programme d'accueil, mesures de contrôle, etc. ;
- Au cours de la dernière année, afin de soutenir les gestionnaires dans leur rôle et l'intégration d'un style de gestion qui soit notamment transformationnel et en recherche de solutions avec leurs équipes de travail respectives, chacun d'entre eux a pu bénéficier

de différents moyens de développement, coaching personnalisé, groupes de codéveloppement, formation et rétroaction dans l'action.

PRÉVENTION ET GESTION INTÉGRÉE DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Engagée à s'investir dans la santé et le bien-être de son personnel, la DRH, avec l'arrivée d'une nouvelle chef de service en santé et sécurité du travail à la mi-année, a œuvré à l'élaboration de plans d'action axés sur la prévention de la violence au travail et la promotion de la santé. Par ailleurs, l'accent a été placé sous l'optimisation des pratiques de gestion médico-administrative de la présence au travail ainsi que sur l'organisation des retours au travail plus hâtifs et plus durables en collaboration des gestionnaires. La relance des Comités paritaires en santé et sécurité du travail s'est vue freinée par la pandémie de mars, mais reprendra dès octobre 2020.

UNE ÉQUIPE MÉDICALE TOUJOURS AUSSI DÉVOUÉE

Toutes les équipes médicales requises dans les installations de Groupe Champlain étaient complètes en 2019-2020 et aucun bris de service n'est survenu. L'établissement compte bon nombre de médecins œuvrant au sein de l'organisation depuis plusieurs années et qui sont très dévoués auprès de la clientèle.

4. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

La responsabilité des activités de Groupe Champlain est pour la deuxième année consécutive sous la gouvernance d'un administrateur unique en la personne de Monsieur Guillaume Journal, qui compose à lui seul le nouveau conseil d'administration.

Le conseil d'administration dispose d'un code d'éthique et de déontologie des administrateurs. Pour l'année 2019-2020, le conseil d'administration ne dénombre aucun cas traité quant à des manquements quant à l'égard des principes et de règles établis par ce code. Le code d'éthique et de déontologie se retrouve en point 8 du présent rapport de gestion.

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le Comité de vigilance et de la qualité est responsable, principalement, d'assurer auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et /ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou et aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Ce comité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives aux rapports et recommandations transmis au conseil d'administration sur les éléments suivants :

- la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus ;
- le respect des droits des usagers.

RECOMMANDATIONS PROVENANT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Au cours de l'année 2019-2020, le Comité de vigilance et de la qualité a reçu et traité les recommandations suivantes :

Des rapports anonymisés des plaintes incluant les recommandations et les suivis des interventions conclues, effectués par la commissaire, ont été présentés et adoptés par les membres du comité.

Les principaux sujets qui ont fait l'objet des recommandations formulées par la commissaire auprès de différentes instances et directions de l'établissement sont :

- soins et services dispensés ;
- relations interpersonnelles ;
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles.

RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Aucune plainte n'a été adressée au Protecteur du citoyen.

RECOMMANDATIONS PROVENANT D'AUTRES ORGANISMES EXTERNES DE NORMALISATION

Un tableau de suivi des recommandations qualité des organismes externes est déposé lors de chaque rencontre du Comité de vigilance et de la qualité pour analyse et discussion. Pour 2019-2020, les membres ont pu s'assurer du suivi des recommandations formulées dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie qui ont eu lieu dans 9 centres dans le cadre du cycle 2018-2021. De plus, des recommandations formulées par des organismes d'inspections professionnelles dont le MAPAQ et l'OIIAQ ont fait l'objet de suivi pour deux centres respectifs.

Les principaux éléments de recommandations du MAPAQ concernent l'utilisation adéquate des équipements et le processus d'entreposage. Des activités de contrôles ont été déployées pour assurer le maintien des mesures d'amélioration mises en place.

En ce concerne l'OIIAQ, les principaux éléments de recommandations concernent la gestion de la médication, la prévention et contrôle des infections, la tenue de dossier et la communication.

RECOMMANDATIONS AU REGARD D'ÉVÈNEMENTS SENTINELLES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Rapports trimestriels sur les événements sentinelles

Un rapport trimestriel des événements sentinelles incluant les recommandations retenues et leur suivi est présenté et analysé au comité. Pour l'année 2018-2019, les principaux suivis réalisés étaient en lien avec les thématiques suivantes :

- les mesures d'urgence ;
- la gestion des produits dangereux ;
- la communication des allergies et intolérance ;
- L'utilisation sécuritaire des toiles de levier.

Rapports trimestriels sur la qualité et sécurité des soins et des services

Le comité reçoit et analyse de plus les rapports trimestriels de l'établissement qui incluent des indicateurs de qualité en lien avec l'expérience client, les données issues des rapports d'incidents et accidents, l'application des mesures de contrôle, la prévention et le contrôle des infections, les mesures d'urgence et la violence en milieu de travail. Le contenu du rapport trimestriel est revu annuellement suivant les discussions avec les membres du comité.

Les principaux indicateurs qui ont fait font l'objet de suivis avec par le comité de vigilance et de la qualité sont :

- les chutes avec conséquences graves ;
- les événements ou cas de suspicion d'abus et d'agression ;
- la gestion des éclosions ;
- l'évolution des indicateurs liés à l'expérience client.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Dans le respect de l'article 183.2 de la LSSSS, le Comité de gestion des risques a pour mandat de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers. Il doit également s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches, et voir à la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents, et accidents et recommander au conseil d'administration la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Les principales réalisations du comité de gestion des risques en 2019-2020 sont :

- mise en place du nouveau comité de gestion des risques
- l'élaboration de 7 recommandations adressées au comité de direction et au comité de vigilance suivant l'analyse d'événements sentinelles ;
- la mise à jour du plan d'amélioration du bilan comparatif des médicaments ;
- la mise à jour et le suivi du plan qualité et sécurité ;
- le suivi des plans d'action des audits de qualité et de sécurité ;
- le soutien à la réalisation d'une fiche de type info-qualité pour rappel des bonnes pratiques cliniques et administratives.

COMITÉ CLIENTÈLE

Ce comité assure le lien et l'harmonisation entre les comités des usagers institués pour chacun des treize centres d'hébergement de Groupe Champlain, la direction de l'établissement et le conseil d'administration.

Ses responsabilités sont :

- prendre connaissance des résultats des sondages et autres mesures de satisfaction de l'expérience client, les analyser et proposer des pistes d'amélioration ;
- être à l'affût des besoins et attentes des clients et leurs proches ;
- être à l'écoute et prendre en considération les rétroactions des différentes instances représentant la clientèle (comités des usagers ou autres comités opérationnels) ;
- participer à deux rencontres du conseil d'administration annuellement ;
- émettre et déposer, sur une base annuelle, un rapport au conseil d'administration faisant état des enjeux et proposant des recommandations dans une perspective de donner de la valeur à l'expérience client vécue par les clients et leurs proches.

En 2019-2020, le Comité Clientèle s'est réuni à huit reprises. Dans ses travaux, le Comité clientèle a joué un rôle actif pour favoriser l'apport, les avis et la participation de la clientèle et de ses représentants, notamment dans :

- l'élaboration de politiques et programmes de soins et de service ;
- la mise en place de projets d'amélioration de la qualité de vie ;
- l'évaluation de la satisfaction de la clientèle ;
- l'élaboration d'outil d'évaluation de la qualité du milieu de vie ;
- la réalisation de contrôle qualité du milieu de vie ;
- les mécanismes de diffusion interne (journal, télé communautaire, etc.).

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de Groupe Champlain est constitué des membres suivants :

- 43 médecins actifs permanents (incluant le directeur des affaires médicales et pharmaceutiques et directeur des services professionnels) ;
- 1 dentiste associé permanent ;
- 5 pharmaciens associés permanents ;
- 1 pharmacienne chef permanente ;
- 1 chef adjointe à la pharmacienne chef.

Les affaires courantes du CMDP sont assurées par un comité exécutif. L'année 2019-2020 étant une année de transition, les membres du comité exécutif du CMDP n'ont tenu que des rencontres informelles de façon ponctuelle. L'assemblée générale annuelle du CMDP a eu lieu le 9 novembre 2019, au cours de laquelle Dre Marie-Andrée Bruneau, gériatopsychiatre, a offert deux conférences, l'une sur les cas complexes de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'autre sur la déprescription des antipsychotiques.

Le comité d'examen des titres s'est réuni à deux reprises afin d'étudier les demandes de nomination reçues et les membres ont recommandé d'offrir des privilèges à titre de membre actif du CMDP à deux nouveaux médecins ainsi qu'à la nouvelle pharmacienne chef.

Le rapport du médecin examinateur indique qu'aucun dossier de plainte médicale n'a été déposé pour l'année 2019-2020.

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Au cours de l'année 2019-2020 se sont tenues deux réunions en présentiel du comité de pharmacologie et les autres réunions se sont tenues par conférence téléphonique.

Les principaux dossiers traités par ce comité en 2019-2020 étaient :

- Révision du formulaire thérapeutique des médicaments de Groupe Champlain (DPh-Lo1);
- Révision de l'approbation de l'utilisation de médicaments d'exception ou hors liste, en mettant l'accent sur les médicaments faisant le plus fréquemment l'objet de demandes et les médicaments onéreux ;
- Révision des classes pharmacologiques afin d'adopter de nouvelles substitutions automatiques ;
- Révision de la procédure d'auto-administration des médicaments (PROC-109);
- Révision de l'ordonnance individuelle de détresse respiratoire (DPh-F41) et du protocole (PTC-40) associé ;
- Développement d'une ordonnance individuelle : Résidents recevant des soins de fin de vie (DPh-F42);
- Développement d'une ordonnance individuelle : Soulagement des symptômes du résident recevant des soins de fin de vie en CONTEXTE COVID-19 (DPh-F46);
- Révision de l'ordonnance collective pour le traitement de l'hypoglycémie (toujours en cours).

Revue d'utilisation :

- Suivi des statistiques d'utilisation des antipsychotiques: compilation des statistiques avec étude des besoins concernant le plan de rationalisation des antipsychotiques ;
- Revue d'utilisation des ordonnances pour le traitement de l'ostéoporose pré et post chute avec fracture ;
- Revue de l'utilisation de l'acide zolédronique et dénosumab (toujours en cours).

Pharmacovigilance :

- Suivi général des réactions indésirables, avis de Santé Canada et ruptures d'approvisionnement ;
- Bulletins de l'ISMP: choix de l'agent épaississant lors de l'utilisation du polyéthylène glycol 3350.

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Le Comité de vigilance et de la qualité est responsable, principalement, d'assurer auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et /ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou et aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Ce comité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives aux rapports et recommandations transmis au conseil d'administration sur les éléments suivants :

- la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus ;
- le respect des droits des usagers ;

RECOMMANDATIONS PROVENANT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Au cours de l'année 2019-2020, le Comité de vigilance et de la qualité a reçu et traité les recommandations suivantes :

Des rapports anonymisés des plaintes incluant les recommandations et les suivis des interventions conclues, effectués par la commissaire, ont été présentés et adoptés par les membres du comité.

Les principaux sujets qui ont fait l'objet des recommandations formulées par la commissaire auprès de différentes instances et directions de l'établissement sont :

- soins et services dispensés ;
- relations interpersonnelles ;
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles.

L'AGRÉMENT

L'établissement veille à l'application de son plan qualité et sécurité afin d'assurer l'utilisation des meilleures pratiques clinico-administratives et rencontrer les exigences d'Agrément Canada. Des processus de contrôle de la qualité, en partenariat avec les autres directions, sont effectués pour évaluer la conformité aux exigences et cerner des mesures d'amélioration.

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

La déclaration et divulgation des incidents et accidents

Afin de promouvoir et d'améliorer nos pratiques de déclaration et de divulgation des incidents et accidents, l'équipe de la gestion des risques et de la qualité a contribué aux activités suivantes :

- Révision du processus d'évaluation de l'expérience client incluant l'évaluation de nos pratiques de divulgation ;
- Formation aux nouveaux gestionnaires sur le processus d'analyse et de divulgation des événements en lien avec la sécurité des usagers ;
- Accompagnement des gestionnaires dans l'analyse des événements et à la mise en place des mesures de prévention de la récurrence, ainsi qu'à la préparation pour la rencontre de divulgation.

Suivi du système local de surveillance des incidents-accidents et répartition des principaux événements par indice de gravité pour 2019-2020.

La majorité des déclarations (94 %) sont représentés par les chutes 50 %; les « autres » types d'événements (21 %); la médication (19 %) et les Abus/Agressions/Harcèlement/Intimidation en proportion de 4 %. Outre ces quatre principales catégories, des événements ont également été déclarés en lien avec les effets personnels (2, %), et en proportion de 1 % les traitements, le matériel, la diète, le bâtiment et l'équipement.

Dans la catégorie « Autre » types d'évènements, les blessures d'origine inconnue sont représentées en proportion de 40 % et celles d'origine connue en 26 % des cas.

Point vu impacte sur nos résidents, du total des déclarations 11 % sont des incidents (gravité

Principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

Type de risque	Nombre	Pourcentage (type d'incident/total d'évènements A et B)
Autre (blessure d'origine inconnue, situation à risque, etc.)	447	30,2 %
Médicament	436	29,5 %
Chute	255	17,2 %

Principaux types d'accidents (indices de gravité C et I)

Type de risque	Nombre	Pourcentage (type d'accident/total d'évènements C et I)
Chute	2989	45,5 %
Médicament	1198	18,2 %
Autre	1060	16,1 %

Distribution comparative des principales catégories d'événements par gravité

Catégories	Incidents		Accidents					
	Usagers non touchés		Sans conséquence		Conséquences temporaires		Conséquences graves et permanentes	
	A-B	% AB	C-D	% CD	E1-F	% E1F	G-H-I	% GHI
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	7	0,09 %	214	2,89 %	39	0,53 %	0	0,00 %
Autres	198	2,68 %	942	12,74 %	403	5,45 %	1	0,01 %
Chute	146	1,97 %	3023	40,87 %	523	7,07 %	9	0,12 %
Médication	277	3,75 %	1115	15,08 %	16	0,22 %		0,00 %

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

- Révision des procédures liées aux mesures d'urgence ;
- Révision de la procédure de gestion des produits dangereux ;
- Création et diffusion d'un outil pour gestionnaire afin de favoriser une culture juste ;
- Analyse prospective sur les indicateurs qualité reliés aux plaies de pression.

RAPPORT DU CORONER

Au 31 mars 2020, l'établissement est en attente de trois rapports, 1 rapport pour un événement survenu en 2018 et deux pour des événements survenus en 2019-2020.

Les recommandations de rapports de coroner consécutifs à des événements survenus dans d'autres organisations sont également analysées afin d'en vérifier la pertinence pour l'établissement et, si nécessaire, mettre en place des mesures préventives afin de minimiser le risque.

Concernant cette dernière catégorie des rapports, notre organisation a pris de mesures de sécurisation de la flotte de fauteuils roulants, suite à un événement survenu dans une CIUSSS partenaire.

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

En vertu de l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles, l'établissement est tenu de rendre compte de la divulgation d'actes répréhensibles par les employés dans son rapport annuel.

- Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations : 0
- Le nombre de divulgations auxquelles il a été mis fin en application du paragraphe 3° de l'article 22 : AUCUN
- Le nombre de divulgations fondées : AUCUN
- Le nombre de divulgations réparti selon chacune des catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4 : AUCUN
- Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 : AUCUN

LES ACTIONS ENTREPRISES CONCERNANT LA SURVEILLANCE, LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le mandat et la composition du comité de prévention et de contrôle des infections ont été revus au courant de l'année 2019, à nouveau, dans le but d'intégrer l'interdisciplinarité et l'implication transversale de l'ensemble des acteurs du continuum de soins en matière de prévention et de contrôle des infections. Dès lors, il a été souhaité que des représentants de tous les secteurs d'activités y participent afin d'améliorer la surveillance de nos activités à risques, mais également de cibler des actions préventives efficaces et concrètes dans le but de protéger notre clientèle non pas seulement lors des soins, mais à tous les points de contact liés aux services dispensés.

L'analyse rétrospective de 2019 menée et présentée par la DSIPP au comité le 11 mars dernier trace un point de départ quant aux aspects comparatifs qui en découlent comme il s'agissait d'un premier exercice à Groupe Champlain. Indubitablement, ceci permettra une meilleure appréciation des résultats escomptés visés par le programme PCI actuellement en refonte. Néanmoins, il en ressort depuis l'instauration de la nouvelle structure de la DSIPP :

Une augmentation notable de la justesse du monitoring par installation et de la vigie organisationnelle des infections et BGNMR.

Une meilleure identification des secteurs d'activités à risques, par région, par MMA.

Une meilleure traçabilité des interventions préventives et curatives.

Une meilleure collaboration avec le réseau de la santé publique lors d'écllosion (DSPs régionales).

Une meilleure préparation et suivi des activités PCI liés au secteur d'entretien préventif et maintien des actifs, selon les normes CSA (rénovations).

Tout le personnel de soins a reçu une formation sur l'hygiène des mains en mars 2020. Tous les bénévoles ont également reçu une formation générale en prévention et contrôle des infections, en matière de précautions de bases et de précautions additionnelles. Une trousse d'intervention pour la gestion de la gale a également été déployée pour faciliter le suivi systématique de la clientèle. Le programme PPCI est en cours de révision depuis le début de l'année 2018, et se poursuivra en 2020-2021.

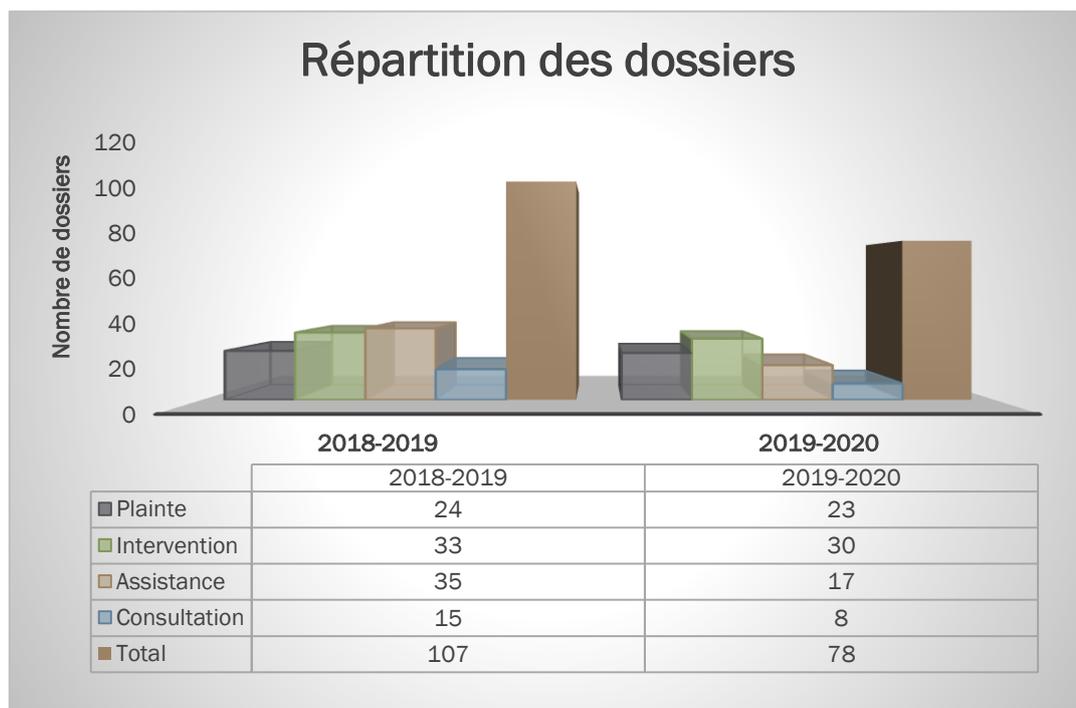
LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION

2019-2020	De-la-Rose-Blanche
Nombre de mises sous garde préventive appliquée	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ces installations	Sans objet
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	1
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	1
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis.	1

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

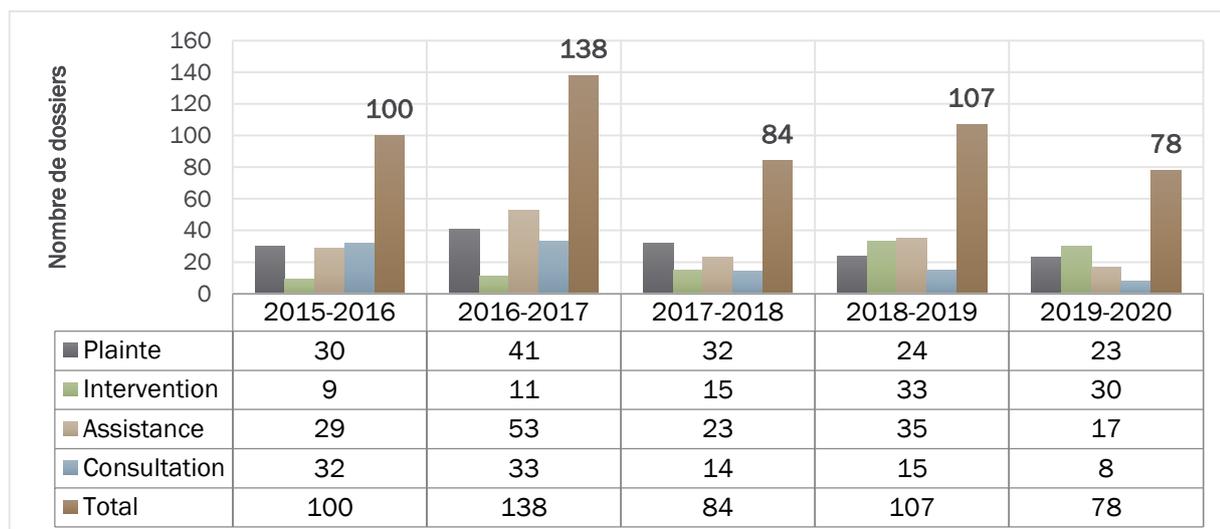
Nombre de dossiers ouverts pour l'année 2019-2020

Au cours de l'année 2019-2020, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a procédé à l'ouverture de 78 dossiers. De ce nombre, un dossier de plainte était toujours en traitement au 31 mars 2020 et il concernait le CHC-Chanoine-Audet.



Toutes les demandes présentées étaient recevables. Le nombre de dossiers de plainte a légèrement diminué au cours de l'année 2019-2020. Le nombre de dossiers d'intervention est demeuré sensiblement le même, et ce, compte tenu du fait que tous les dossiers ayant trait à des situations de maltraitance ou de suspicion de maltraitance doivent être systématiquement signalés à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. En ce qui concerne les dossiers d'assistance et les dossiers de consultation, on constate qu'ils ont diminué de moitié.

Nombre de dossiers ouverts au cours des cinq dernières années

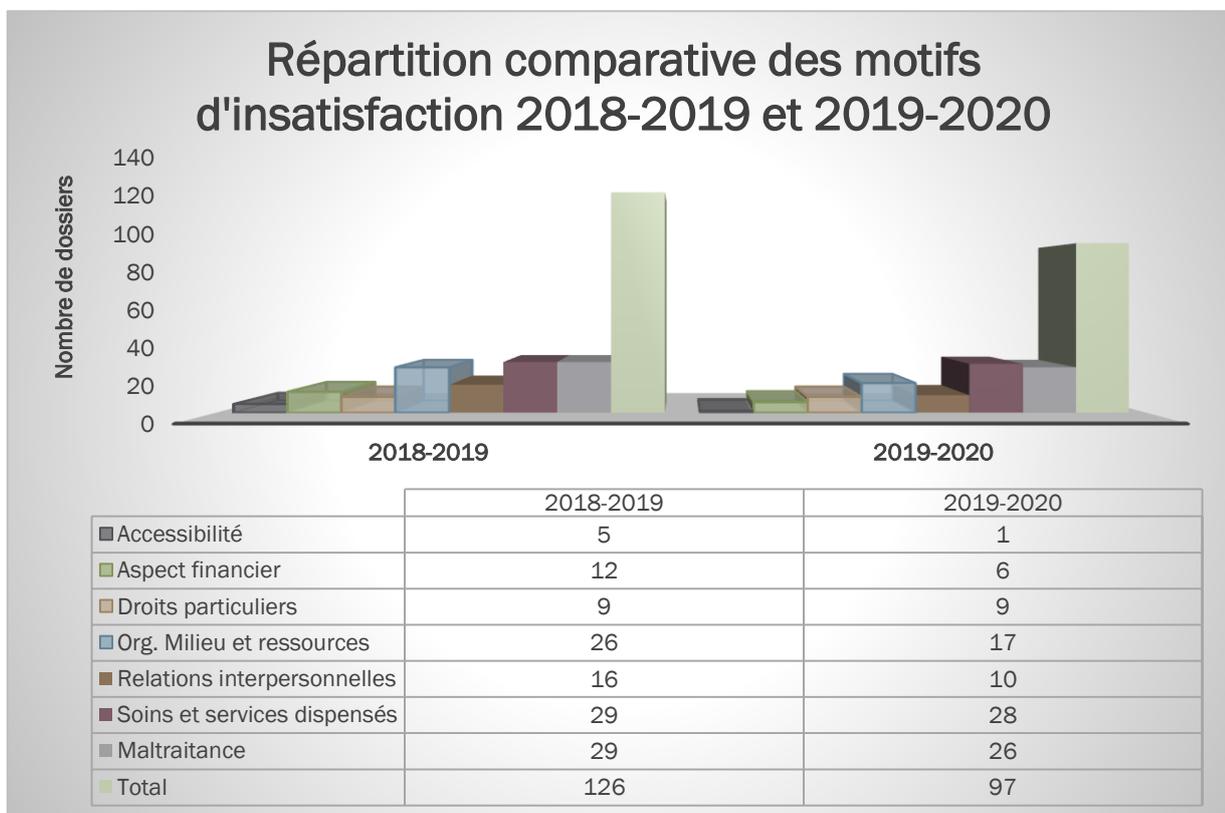


Au cours des cinq (5) dernières années, le nombre de dossiers de plainte a connu des cycles d'augmentation et de diminution, lesquels semblent être concomitants à la transformation des modèles de gestion pour l'ensemble des résidences. En effet, au cours de l'exercice financier 2016-2017, on a mis en place un nouveau modèle de gestion et le nombre de dossiers ouverts a alors affiché une diminution marquée au cours de l'exercice 2017-2018 (ouverture de 84 dossiers comparativement à 138 dossiers pour l'exercice précédent). Au cours de l'exercice 2018-2019, on a cependant constaté une augmentation sensible du nombre de dossiers puisque celui-ci est passé de 84 dossiers à 107 dossiers.

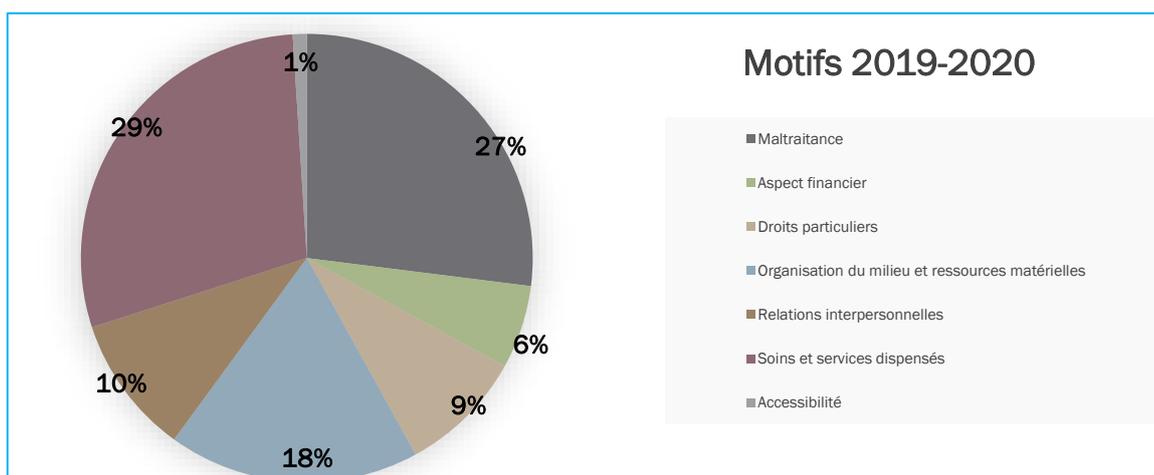
Toutefois, une nouvelle transformation du modèle de gestion a été mise en place au cours de ce même exercice, et ce, en ce sens que pour la plupart des résidences, une coordonnatrice à la coordination et à la transformation fut attitrée exclusivement à une seule résidence. De plus, cette transformation a également été associée à un modèle de gestion de proximité pour l'ensemble des gestionnaires. C'est ainsi qu'au cours de l'exercice suivant cette transformation, l'exercice 2019-2020, on constate également une diminution du nombre de dossiers, ouverture de 78 dossiers comparativement à 107 dossiers pour l'exercice précédent.

Motifs d'insatisfaction pour l'année 2019-2020

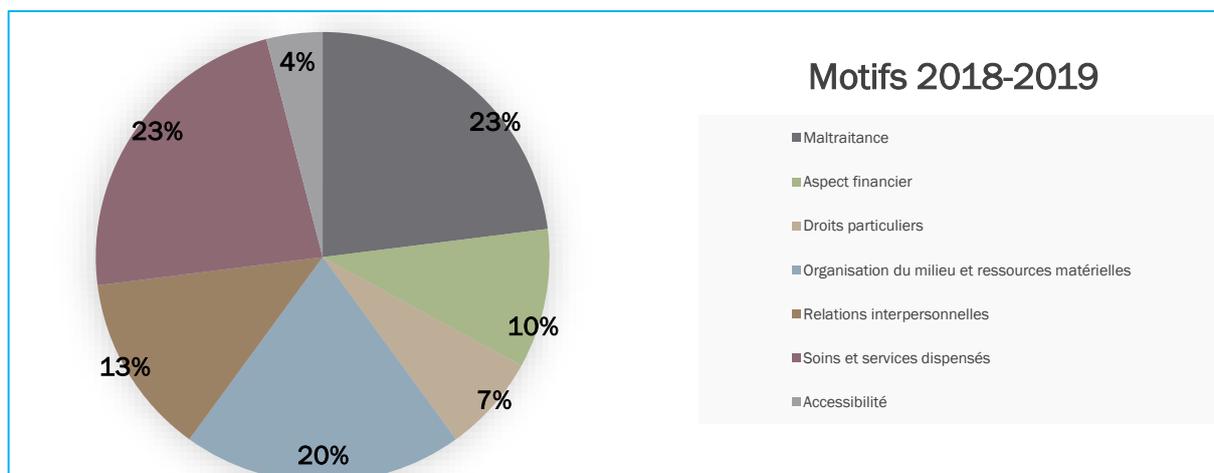
Pour l'ensemble des 78 dossiers ouverts, 97 motifs ou objets d'insatisfaction ont été analysés. Ceux-ci sont regroupés en (sept) 7 grandes catégories.



Répartition en pourcentage des 97 motifs ou objets d'insatisfaction relative aux 78 dossiers ouverts durant l'exercice financier 2019-2020



Répartition en pourcentage des 126 motifs ou objets d'insatisfaction relative aux 107 dossiers ouverts durant l'exercice financier 2018-2019



Faits saillants relatifs à la répartition des 97 motifs ou objets d'insatisfaction concernant les 78 dossiers ouverts au cours de l'exercice 2019-2020

La dispensation des soins et services demeure la catégorie la plus importante avec 29 % des motifs ou objets d'insatisfaction. Au total, ce sont 28 motifs ou objets d'insatisfaction concernant les soins et les services qui furent examinés. On note cependant une augmentation de 6 % par rapport à l'exercice 2018-2019 où ce motif représentait alors 23 % des insatisfactions soulevés. Les principales difficultés rencontrées étaient, entre autres, liées à l'insuffisance des ressources, à des déficiences relatives aux interventions et à des manquements en lien avec les habilités techniques et professionnelles.

La maltraitance et la suspicion de maltraitance représentent 27 % des motifs d'insatisfaction pour un total de 26 motifs. Ce motif n'étant plus inclus dans le motif ayant trait aux relations interpersonnelles, il sera dorénavant beaucoup plus facile d'en suivre l'évolution au cours de l'exercice 2019-2020 de même qu'au cours des exercices subséquents.

L'organisation du milieu et les ressources matérielles occupent la troisième position des motifs les plus soulevés avec 18 % des motifs ou objets d'insatisfaction pour un total de 17 motifs. Les principaux motifs d'insatisfaction ont ainsi trait à l'hygiène et à la salubrité des lieux de même qu'à la sécurité et à la protection des biens personnels.

Les relations interpersonnelles représentent 10 % des motifs ou objets d'insatisfaction pour un total de 10 motifs. On note une diminution de 3 % comparativement à l'exercice précédent. Les commentaires et les attitudes inappropriés sont les principaux motifs soulevés dans cette catégorie de même que le manque d'empathie.

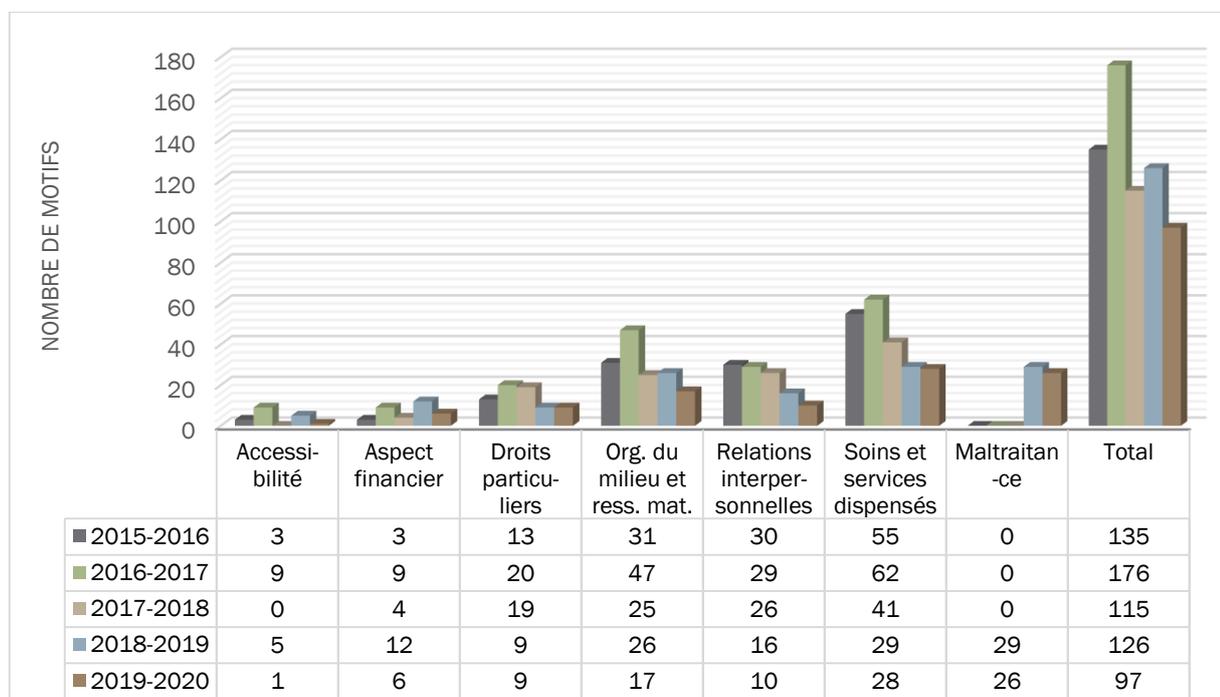
L'aspect financier correspond à 6 % des motifs ou objets d'insatisfaction pour un total de 6 motifs. Il s'agit d'une diminution de 4 % comparativement à l'exercice précédent. Les principales insatisfactions ont trait à la facturation en lien avec la contribution à l'hébergement.

En ce qui a trait aux droits particuliers, ils constituent 6 % des motifs ou objets d'insatisfaction pour un total de 9 motifs. Il s'agit d'une diminution notable puisque, lors de l'exercice précédent, on avait soulevé ce motif à 19 reprises représentant alors 16 % des insatisfactions. Celles-ci avaient trait plus spécifiquement aux droits à l'information et à la sécurité (facteurs de risque propres au client non considérés).

Le motif d'accessibilité fut présenté uniquement à 1 reprise (1 %) et il concernait un délai trop long afin d'obtenir un document nécessaire pour l'ouverture d'un régime de protection.

En définitive, les soins et services dispensés, l'organisation du milieu ainsi que la maltraitance ou la suspicion de maltraitance représentent 74 % des motifs ou objets d'insatisfactions.

Motifs d'insatisfaction au cours des 5 dernières années



On note une diminution du nombre de motifs d'insatisfaction depuis l'exercice 2016-2017, 176 motifs, comparativement à 97 motifs pour l'exercice 2019-2020. Il importe de mentionner que 78 dossiers ont été ouverts durant ce dernier exercice pour une moyenne de 1,2 motif par dossier alors que cette moyenne était de 1,6 motif par dossier pour l'exercice 2016-2017.

En ce qui concerne le motif de maltraitance, les données sont inscrites dans ce tableau uniquement depuis l'exercice 2018-2019 puisqu'elles étaient auparavant comprises dans le motif ayant trait aux relations interpersonnelles. Cette situation est ainsi en lien avec la diminution du nombre de ce dernier motif.

Motifs de maltraitance ou de suspicion de maltraitance

Compte tenu du fait que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a l'obligation de rendre compte des plaintes et des signalements reçus en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, voici donc des informations spécifiques ayant trait à ce sujet.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a traité 26 dossiers ayant présenté un motif de maltraitance ou de suspicion de maltraitance. De ce nombre, on avait soulevé ce motif dans un dossier de consultation, dans un dossier d'assistance, dans trois (3) dossiers de plainte de même que dans 21 dossiers d'intervention. Ces 21 dossiers avaient trait à un signalement adressé à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en vertu de cette Loi, représentant ainsi 81 % des dossiers contenant ce motif.

Le motif de maltraitance s'est avéré fondé dans 19 dossiers et non fondé dans 7 dossiers.

Motifs de maltraitance ou de suspicion de maltraitance				
Exercice 2019-2020				
	Motifs de maltraitance	Motifs de suspicion de maltraitance	Total	
Maltraitance sexuelle	5	1	6	23 %
Maltraitance financière	1	1	2	8 %
Maltraitance psychologique	5	-	5	19 %
Maltraitance physique	8	5	13	50 %
Total	19	7	26	100 %

Motifs de maltraitance ou de suspicion de maltraitance				
Exercice 2018-2019				
	Motifs de maltraitance	Motifs de suspicion de maltraitance	Total	
Maltraitance sexuelle	7	2	9	37 %
Maltraitance financière	-	3	3	13 %
Maltraitance psychologique	2	-	2	8 %
Maltraitance physique	6	4	10	42 %
Total	15	9	24	100 %

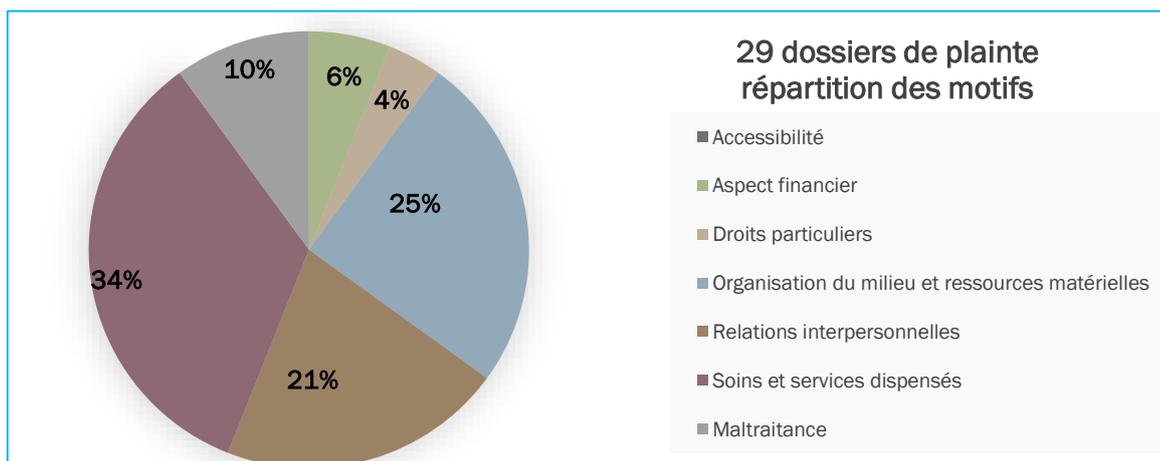
Délai de traitement des 29 dossiers de plaintes conclus et fermés au cours de l'exercice 2019-2020 et incluant les 7 dossiers de l'exercice précédent en traitement au 1^{er} avril 2019

	NOMBRE	POURCENTAGE
Moins de 3 jours	2	7 %
4 à 15 jours	6	21 %
16 à 30 jours	1	3 %
31 à 45 jours	12	41 %
46 à 60 jours	6	21 %
61 à 90 jours	0	0 %
91 à 180 jours	2	7 %
Total	29	100 %

- 72 % des dossiers de plainte ont été traités dans le délai légal de 45 jours, et ce, pour un total de 21 dossiers. Toutefois, huit (8) dossiers le furent au-delà de ce délai en raison de la complexité de chacun de ces dossiers et tout plus spécialement pour les deux (2) dossiers, dont les délais furent les plus longs, un délai de 100 jours pour un dossier et un délai de 125 jours pour un autre dossier. Pour chacun de ces huit (8) dossiers, leur auteur avait consenti à prolonger le délai de réponse.
- La durée moyenne du traitement des 29 dossiers conclus et fermés est de 39 jours pour l'exercice 2019-2020 alors que ce délai se situait à 41 jours pour les 23 dossiers de plainte conclus et fermés au cours de l'exercice précédent.
- Au 1^{er} avril 2019, un dossier de plainte était en traitement.

Motifs soulevés dans les 29 dossiers de plaintes conclus et fermés au cours de l'exercice en 2019-2020 et incluant les 7 dossiers de l'exercice précédent en traitement au 1^{er} avril 2019

	NOMBRE	POURCENTAGE
Accessibilité	0	0 %
Aspect financier	3	6 %
Droits particuliers	2	4 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	12	25 %
Relations interpersonnelles	10	21 %
Soins et services dispensés	16	34 %
Maltraitance (Loi)	5	10 %
Total	48	100 %



- 48 motifs d’insatisfaction ont été analysés dans le cadre de l’examen des 29 dossiers de plainte traités au cours de l’année 2019-2020.
- Un dossier peut comprendre plus d’un motif de plainte.
- 80 % des motifs de plaintes regroupaient les motifs de relations interpersonnelles, de soins et les services dispensés de même que celui de l’organisation du milieu et des ressources matérielles.
- Le motif de maltraitance représentait 10 % des motifs de plainte.
- Le motif de plainte soulevé le plus grand nombre de fois est celui concernant les soins et les services dispensés (34 %).
- Il n’y a eu aucun motif de plainte en lien avec l’accessibilité.

Recommandations et mesures correctives

Dans les dossiers où aucune recommandation ne fut formulée, compte tenu du fait que des mesures correctives avaient déjà été identifiées ou réalisées par les gestionnaires, la commissaire aux plaintes et à la qualité a fourni au résident ou à son représentant, l’information relative à sa démarche d’enquête et a clarifié, par le fait même, les situations portées à son attention. Voici les faits saillants relatifs aux recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services :

- 79 recommandations ont été formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour l’ensemble des 29 dossiers de plainte traités. Ceci représente une moyenne de 2,7 recommandations par dossier.
- De ces 79 recommandations, 45 (57 %) revêtaient une portée systémique et 34 recommandations (44 %) avaient plutôt une portée individuelle.
- Certains dossiers n’ont pas fait l’objet de recommandation puisque les gestionnaires avaient déjà mis en place des mesures afin de répondre aux besoins soulevés par les résidents ou leurs représentants.
- La quasi-totalité des recommandations avait été réalisée au 31 mars 2020. Celles qui n’avaient pas encore été complétées le furent au cours du mois d’avril 2020.

Le plus grand nombre de recommandations a été formulé dans des dossiers dont le motif de plainte était celui en lien avec la dispensation des soins et des services, et ce, autant pour les recommandations à portée systémique (60 %) que pour celle à portée individuelle (62 %).

Les insatisfactions en lien avec les soins et services ont trait majoritairement à des déficiences dans la dispensation de ceux-ci de même que d'un manque de continuité et d'absence de suivi. Au regard de ces objets d'insatisfaction, les recommandations à portée systémique concernaient, entre autres, la réévaluation des besoins des résidents, des rappels de procédures relatives à la dispensation des soins par les préposés aux bénéficiaires, de rappels des interventions à réaliser en lien avec la déclaration d'un accident ou d'un incident et la révision des processus en lien avec les soins de pieds dispensés par une intervenante externe. En ce qui concerne les recommandations à portée individuelle pour ce même motif, elles avaient trait plus spécifiquement à la réévaluation des besoins des résidents, au réajustement du plan thérapeutique infirmier et des plans de travail des préposés aux bénéficiaires, à l'évaluation en vue d'une relocalisation et à des rappels auprès des intervenants concernés par des déficiences dans la dispensation des soins.

- Pour les motifs intégrant l'organisation du milieu et les ressources matérielles, les recommandations à portée systémique étaient orientées, entre autres, vers des interventions en lien avec la propreté des lieux et l'insuffisance des services ou des ressources. Relativement aux recommandations à portée individuelle émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, elles peuvent se résumer de la façon suivante : remboursement au coût de remplacement des objets perdus ou brisés sur réception de pièces justificatives ; ajustement de la température des aliments servis selon les besoins d'une résidente, modalités relatives à l'installation d'une caméra dans la chambre d'une résidente et incompatibilité des clientèles (trouble de comportement).
- Concernant les relations interpersonnelles, les motifs qui soulèvent le plus d'insatisfaction sont le manque d'empathie, l'attitude ou les commentaires inappropriés. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a ainsi émis, à plusieurs reprises, une recommandation à portée systémique ayant trait au fait que les gestionnaires procèdent à un rappel auprès des intervenants concernés du Code d'éthique du Groupe Champlain et des Codes de déontologie de certains ordres professionnels.
- Des exemples de recommandations à portée spécifique et à portée individuelle de sont décrites en annexe de ce document. La quasi-totalité des recommandations avait été réalisée au 31 mars 2019.

91 recommandations par motif de plainte.				
	À portée systémique (amélioration du service dans son ensemble)		À portée individuelle (amélioration du service pour le résident)	
Accessibilité	1	2 %	1	2 %
Aspect financier	2	4 %	3	7 %
Droits particuliers	-	-	-	-
Organisation du milieu et ressources matérielles	9	18 %	5	12 %
Relations interpersonnelles	-	-	6	15 %
Soins et services dispensés	38	76 %	26	64 %
Maltraitance (Loi)				
Total	50	100 %	41	100 %

76 % des recommandations à portée systémique et 64 % des recommandations à portée individuelle ont, pour objets d'insatisfaction, les soins et les services dispensés.

Les insatisfactions en lien avec les soins et services ont trait majoritairement à des déficiences dans la dispensation de ceux-ci de même que d'un manque de continuité et d'absence de suivi. Au

regard de ces objets d'insatisfaction, les recommandations à portée systémique concernaient, entre autres, la réévaluation des besoins des résidents, des rappels de procédures relatives à la dispensation des soins par les préposés aux bénéficiaires, de rappels des interventions à réaliser en lien avec la déclaration d'un accident ou d'un incident et la révision des processus en lien avec les soins de pieds dispensés par une intervenante externe.

En ce qui concerne les recommandations à portée individuelle pour ce même motif, elles avaient trait plus spécifiquement à la réévaluation des besoins des résidents, au réajustement du plan thérapeutique infirmier et des plans de travail des préposés aux bénéficiaires, à l'évaluation en vue d'une relocalisation et à des rappels auprès des intervenants concernés par des déficiences dans la dispensation des soins

Pour les motifs intégrant l'organisation du milieu et les ressources matérielles, les recommandations à portée systémique étaient orientées, entre autres, vers des interventions en lien avec la propreté des lieux et l'insuffisance des services ou des ressources. Relativement aux recommandations à portée individuelle émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, elles peuvent se résumer de la façon suivante : remboursement au coût de remplacement des objets perdus ou brisés sur réception de pièces justificatives ; ajustement de la température des aliments servis selon les besoins d'une résidente, modalités relatives à l'installation d'une caméra dans la chambre d'une résidente et incompatibilité des clientèles (trouble de comportement).

Concernant les relations interpersonnelles, les motifs qui soulèvent le plus d'insatisfaction sont le manque d'empathie, l'attitude ou les commentaires inappropriés. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a ainsi émis, à plusieurs reprises, une recommandation à portée systémique ayant trait au fait que les gestionnaires procèdent à un rappel auprès des intervenants concernés du Code d'éthique du Groupe Champlain et des Codes de déontologie de certains ordres professionnels.

Au cours de l'année 2018-2019, aucun dossier de plainte n'a fait l'objet d'une demande de seconde analyse par le Protecteur du citoyen.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Le rapport sur l'application de la politique de l'établissement portant sur les soins de fin de vie pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 indique les données suivantes :

- Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : Aucune
- Nombre de demandes pour sédation palliative continue administrées : Aucune
- Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées : Aucune
- Nombre d'aides médicales à mourir administrées : Aucune
- Nombre d'aides médicales à mourir NON administrées : Aucune

7. LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de l'établissement

	Exercice 2019-2020	Exercice 2018-2019
Médecins, dentistes et pharmaciens	46	40
Les cadres (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	59	53
Temps partiel : nombre de personnes équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,6 ETC	0,6 ETC
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	627	623
Temps partiel : nombre de personnes équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	462,17 ETC	410,88 ETC
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	527 055	503 551,13
Équivalents temps complet (b)	287,38	275,62
(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.		
(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1827 ou 1834 (année bissextile).		
Note : L'écart au niveau des ressources humaines occasionnelles relativement à l'exercice antérieur s'explique par la fermeture du Pavillon Sainte-Marie en mai 2016.		

8. ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

1. Contexte

À titre de Centre d'hébergement et de soins de longue durée, la Compagnie doit, au terme de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* se doter d'un code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Au-delà de cette stricte obligation légale, l'adoption d'un tel code d'éthique s'inscrit dans la volonté de la Compagnie de se doter de meilleures pratiques d'affaires qui guident toute entreprise privée soucieuse d'efficacité, et de performance.

De plus, la Compagnie estime qu'un tel code garantit la transparence, l'intégrité et la qualité de sa gestion que commande son partenariat avec le secteur public.

2. Objet

Le présent code d'éthique a pour objet d'établir les principes et règles auxquels sont assujettis les administrateurs de la Compagnie dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

3. Champs d'application

- 3.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de la Compagnie.
- 3.2 Il s'applique également au président-directeur général de la Compagnie. En conséquence, aux fins d'application du présent code, le terme « administrateur » signifie également le président-directeur général.

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 la Compagnie.
- 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 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 la Compagnie avec son bien et ne peut utiliser lesdits biens pour ses fins personnelles ou pour celles de tout membre de sa famille immédiate (conjoint, enfants).

5. **Discrétion et prudence**

- 5.1 L'information et la documentation fournies à l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions sont confidentielles de même que les délibérations lors des séances de travail ou réunions du conseil d'administration.
- 5.2 L'administrateur a le devoir de respecter cette règle de confidentialité et de prendre les mesures nécessaires pour conserver l'information confidentielle, notamment en ne révélant d'aucune façon la substance de ce qui est porté à sa connaissance, à moins que le conseil d'administration de la Compagnie n'en décide autrement.
- 5.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa fonction au sein du conseil d'administration doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, 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 y sont afférentes. L'administrateur a notamment le devoir d'être présent de façon assidue aux réunions du conseil d'administration convoquées et d'y participer de façon active.
- 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 (conjoint, enfants).

7. **Conflits 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'exécution de ses fonctions.
- 7.2 L'administrateur doit dénoncer 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 la Compagnie incluant toute charge d'administration (ou dirigeant) dans une entreprise autre qu'une entreprise liée avec la Compagnie.
- 7.3 L'administrateur doit s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects.
- 7.4 L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de transiger de quelque manière avec la Compagnie à moins d'une autorisation expresse du conseil d'administration.
- 7.5 Sauf dans les cas dûment autorisés par le conseil d'administration, la Compagnie ne permet pas que son nom soit utilisé à des fins qui sont étrangères à ses activités.

- 7.6 L'administrateur a notamment le devoir de s'abstenir de toute sollicitation en mentionnant son poste au sein de la Compagnie, sauf avec l'autorisation du conseil d'administration ou du Président dudit conseil.
- 7.7 L'administrateur ou tout membre de sa famille immédiate n'accepte aucun don ou legs d'un usager alors que ce dernier reçoit des services dans un établissement de la Compagnie.

8. Respect

- 8.1 L'administrateur doit respecter la loi, les règlements, les politiques et autres directives de la Compagnie.

9. Mesures d'application

- 9.1 Dès son entrée en fonction, l'administrateur doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I du présent document (engagement personnel).
- 9.2 Dans les soixante (60) jours de sa nomination, l'administrateur doit déclarer ses intérêts en complétant, en signant et en remettant au Président du conseil d'administration l'annexe II du présent document (déclaration des intérêts). Quant au Président du conseil d'administration, il remettra sa déclaration d'intérêts à la Secrétaire de la Compagnie. Cette déclaration doit être amendée par l'administrateur si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.
- 9.3 Le Président du conseil d'administration remet les déclarations reçues à la Secrétaire de la Compagnie qui les conserve et les tient à sa disposition.
- 9.4 De plus, la Secrétaire de la Compagnie avise le Président du conseil d'administration de tout manquement aux obligations prévues dès qu'elle en a connaissance.
- 9.5 Les déclarations remises sont traitées de façon confidentielle.

10. Sanction

- 10.1 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent code, le Président du conseil d'administration en informe l'actionnaire qui a désigné l'administrateur concerné.

2. **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.

