



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2021-2022

Table des matières

1.	LE MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	3
2.	LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	4
3.	LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS.....	5
3.1.	L'ÉTABLISSEMENT	5
	NOTRE MISSION	5
	NOTRE VISION	6
	NOS VALEURS ORGANISATIONNELLES	6
	NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	6
	LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU 31 MARS 2022	7
3.2.	LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉ, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES.....	8
	LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	8
	LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	8
	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	8
	COMITÉS DES USAGERS (COMITÉ CLIENTÈLE).....	9
	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	10
	COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	11
	COMITÉ PHARMACO-NURSING	12
	COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	13
3.3.	LES FAITS SAILLANTS.....	14
	Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	14
	Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES OPÉRATIONS.....	14
	Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DE L'HÔTELLERIE.....	15
	Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES FINANCES	16
	Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	17
	Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES, PHARMACEUTIQUE ET DES SERVICES PROFESSIONNELS	18
4.	LES RÉSULTAT EN REGARD DES CIBLES ET DES ENTENTES	19
5.	LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	20
5.1.	L'AGRÉMENT	20
5.2.	LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES	20
	MESURES PRISES SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	23
	L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.....	24

RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR.....	24
RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN	25
DOSSIER MALTRAITANCE	25
MESURES PRISES SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PROVENANT D'AUTRES ORGANISMES EXTERNES DE NORMALISATION	28
LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION	28
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.....	28
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	29
7. LES RESSOURCES HUMAINES	30
8. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	31
ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....	32
ANNEXE 2 : RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DU COMITÉ PCI DU GROUPE CHAMPLAIN	35

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 2021-2022. 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 2021-2022. Ce rapport sur 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 sont ceux des directions d'établissement, des différents comités dont les comités d'usagers et de tous les employés de Groupe Champlain qui œuvrent avec passion.

L'année 2021-2022 fut une année marquante pour la planète entière, particulièrement pour les établissements de santé du Québec qui prodiguent des soins et des services de longue durée. La situation pandémique qui perdure depuis mars 2020 a généré une panoplie de contraintes opérationnelles auxquelles les équipes de Groupe Champlain ont dû faire face et auxquelles elles ont su s'adapter rapidement. Nous sommes fiers de la résilience et du dévouement de nos équipes à travers cette grande épreuve. Soulignons également qu'en décembre 2021, nous avons reçu la visite d'Agrément Canada dans toutes nos installations.

Nous profitons de cette plateforme pour souligner le travail exceptionnel accompli par nos équipes, nos bénévoles ainsi qu'à tous nos partenaires qui travaillent sans relâche de près ou de loin afin que nos résidents puissent bénéficier de soins de qualité profondément humains. Au nom de l'ensemble de la direction ainsi qu'en notre nom personnel, nous voulons remercier sincèrement chaque employé.

Un merci également à nos résidents et à leur proche pour la confiance qu'ils nous ont témoignée, pour la patience et le courage dont ils ont fait preuve au cours de cette année.



Sylvain LEMIEUX
Président du conseil d'administration



Christine TOUCHETTE
Directrice générale
Groupe Champlain

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 2021-2022 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 2022.

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.



Christine TOUCHETTE

Directrice générale
Groupe Champlain

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

3.1. 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 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD, Art. 83, LSSSS) faisant partie du réseau public de santé et de services sociaux. Au 31 mars 2022, Groupe Champlain comptait 1412 lits dressés et financés 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.

Groupe Champlain est aussi en contrat de gestion avec un établissement privé conventionné de 156 lits à Levis, le centre d'Accueil St-Joseph de Lévis.

NOTRE VISION

- Être la référence première au Québec, reconnue pour son humanité et l'excellence opérationnelle de son continuum de services, investie dans l'innovation de ses soins et services et la croissance de Groupe Champlain.

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'équipes compétentes, stables et performantes.

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.

PROMESSE CLIENT

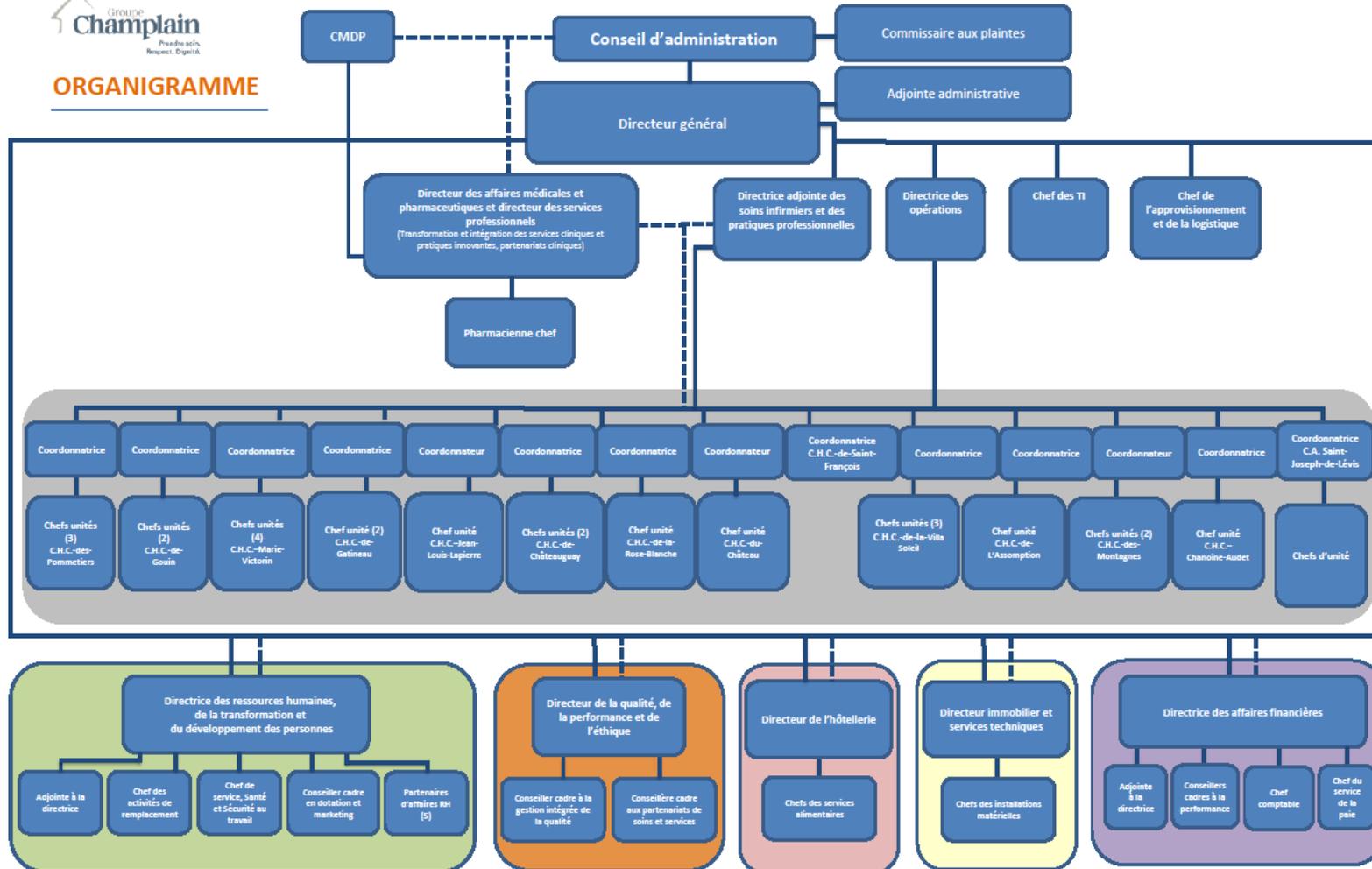
- Je prends soin avec respect, professionnalisme et attention.

Cette promesse client est en cohérence avec les valeurs organisationnelles et se traduit concrètement dans des comportements et attitudes du personnel envers les résidents et leurs proches.

LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU 31 MARS 2022



ORGANIGRAMME



3.2. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉ, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

En 2021-2022, la responsabilité des activités de Groupe Champlain est sous la gouvernance d'un seul administrateur unique, M. Guillaume Journal. Celui-ci a été remplacé en la personne de Monsieur Sylvain Lemieux, arrivé en poste en janvier 2022. Madame Johanne Brien est dirigeante à titre de secrétaire du CA.

Le conseil d'administration dispose d'un code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Pour l'année 2021-2022, le conseil d'administration ne dénombre aucun cas traité quant à des manquements à l'égard des principes et de règles établis par ce code. Le code d'éthique et de déontologie se retrouve en annexe 1 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 et aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après 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 au sein de l'établissement pour s'assurer de la mise en place des recommandations émises et transmises 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.

Pendant l'année 2021-2022, le comité s'est réuni à 3 reprises : 20 mai 2021, 16 novembre 2021 et 21 février 2022. Les principaux sujets qui ont fait l'objet de suivis par le Comité de vigilance et de la qualité sont :

- La prévention et le contrôle des infections/gestion des éclosons incluant le COVID ;
- Les événements ou cas de suspicion d'abus et d'agression ;
- Les chutes avec conséquences graves ;
- L'évolution des indicateurs liés à la satisfaction de la clientèle.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Dans le respect de l'article 183.2 de la LSSSS, le Comité de gestion des risques et de la qualité 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. Il recommande 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.

Le comité reçoit et analyse les rapports trimestriels de l'établissement, qui incluent des indicateurs de qualité en lien avec la satisfaction de la clientèle, 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 comité s'est réuni à 4 reprises en 2021-2022 : 11 mai 2021, 7 octobre 2021, 2 décembre 2021 et 10 février 2022.

Les principales réalisations du comité de gestion des risques en 2021-2022 sont :

- Le suivi du plan d'action en lien avec la pandémie et autres aspects en lien avec la prévention et le contrôle des infections ;
- La complétion du plan d'amélioration des médicaments ;
- L'élaboration et le suivi du plan annuel qualité et sécurité ;
- Le suivi des plans d'action des audits de qualité et de sécurité ;
- Le suivi des formations sur la déclaration et les analyses sommaires offertes au personnel et aux gestionnaires.

COMITÉS DES USAGERS (COMITÉ CLIENTÈLE)

Ce comité assure le lien et l'harmonisation entre les comités des usagers institués pour chacun des 13 centres d'hébergement de Groupe Champlain, la direction de l'établissement et le conseil d'administration.

Ses responsabilités sont :

- Être le gardien des droits des usagers ;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie ;
- Prendre connaissance des résultats des sondages et des autres mesures de satisfaction de l'expérience client, les analyser et proposer des pistes d'amélioration ;
- Être à l'affût des besoins et des attentes des résidents et de leurs proches et les assister au besoin ;
- Être à l'écoute et prendre en considération les rétroactions des différentes instances représentant les résidents (comités des usagers ou autres comités opérationnels) ;
- 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 résidents et leurs proches avec une préoccupation particulière pour les clients vulnérables.

En 2021-2022, le comité s'est réuni à six reprises. Il a joué un rôle actif pour favoriser la participation de la clientèle et de ses représentants notamment dans :

- L'évaluation de la satisfaction de la clientèle ;
- La promotion du programme de partenariat de soins et services ;
- La collaboration pour l'offre de formation ;
- La mise en place de projets d'amélioration de la qualité de vie, déclinés en projets des décorations du milieu de vie financés par le budget spécial du MSSS ;

- La réalisation des audits sur la qualité du milieu de vie ;
- La promotion des droits des usagers et de la bienveillance.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de Groupe Champlain est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens à qui le conseil d'administration a dûment accordé un statut et des privilèges, le cas échéant, afin d'y exercer leur profession dans nos établissements.

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de Groupe Champlain est composé des membres suivants :

- 44 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 adjoint à la pharmacienne-chef.

La rencontre annuelle des membres du CMDP s'est tenue par visioconférence le 25 novembre 2021 en raison du contexte pandémique et des mesures sanitaires qui en découlent.

Les principales activités de la direction et celles de ses membres consistaient à appliquer divers protocoles, à faire le suivi de la situation épidémiologique et à assurer la continuité des soins dans les installations d'établissements.

Des rencontres individuelles régulières ont eu lieu entre les médecins, les pharmaciens et la direction afin d'arrimer le travail de l'équipe.

Les divergences dans les directives émises par les divers CISSS et CIUSSS des régions administratives (9) dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19 et leur application sur le terrain ont soulevé plusieurs questionnements de la part des membres. Les directions de Groupe Champlain se sont assurées de donner préséance à celles établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans l'application desdites directives.

Le travail et le soutien des membres au cours de la dernière année furent exceptionnels.

Aussi, pendant l'année 2021-2022, le comité exécutif du CMDP a tenu deux rencontres et plusieurs suivis ponctuels pour approbation de documents. Une assemblée virtuelle annuelle du CMDP a eu lieu en novembre 2021.

Lors de cette assemblée, plusieurs points ont été abordés. En voici un résumé :

- Présentation du compte rendu des activités de la pharmacie de Groupe Champlain :

- Présentation des politiques et procédures révisées notamment l'approbation de la révision des Modalités d'émission et d'exécution des ordonnances (POL-078) incluant les actes des lois 31 et 41 concernant les pharmaciens ;
- Formations élaborées pour le personnel infirmier et les pharmaciens ;
- Vérification périodique des rapports d'incidents avec présentation récapitulative au Comité de gestion des risques ;
- Introduction de la vérification des rapports financiers et suivi des médicaments onéreux ;

- Suivi des renouvellements de contrats des pharmacies désignées ;
 - Révision des documents cliniques notamment l'ordonnance individuelle d'ajustement de la warfarine par les pharmaciens des pharmacies désignées ;
 - Suivi découlant du Comité de pharmacologie et du Comité pharmaco-nursing ;
 - Mises à jour du formulaire des médicaments du Groupe Champlain et nouvelles substitutions automatiques notamment concernant les insulines et les médicaments biosimilaires.
- Adoption des ordonnances collectives révisées ou nouvellement élaborées :
 - La dépression respiratoire suite à une surdose d'opioïde ;
 - L'hypoglycémie ;
 - L'intertrigo présentant une infection fongique ;
 - Déblocage d'une tube d'alimentation entérale.
 - Suivis concernant les éclosions de la COVID-19 ;
 - Organisation de l'assemblée annuelle du CMDP et suivis en découlant.

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Au cours de la dernière année, le Comité de pharmacologie a tenu trois rencontres.

Les principaux points abordés furent les suivants :

- Suivi des demandes de médicaments d'exception et médicaments onéreux ;
- Évaluation de demandes de nouveaux médicaments ou dispositifs d'administration ;
- Révision des classes pharmacologiques : recommandations de nouvelles substitutions automatiques, notamment concernant les insulines et substitutions vers les médicaments biosimilaires ;
- Recommandation quant aux révisions de politiques et procédures, notamment les modalités d'émission et d'exécution des ordonnances ainsi que la procédure de rupture d'approvisionnement ;
- Révision d'ordonnances collectives et individuelles ;
- Révision du protocole de suivi des résidents sous anticoagulothérapie par un pharmacien (DPh- F41) ;
- Revue d'utilisation de l'acide zolédronique et dénosumab ;
- Pharmacovigilance : suivi des réactions indésirables, notamment deux cas d'ostéonécrose de la mâchoire suspectés suite à l'utilisation du dénosumab.

COMITÉ PHARMACO-NURSING

Le Comité pharmaco-nursing est composé des membres de la direction des soins infirmiers, de la direction des services professionnels et de la direction de la qualité, performance et éthique. Au cours de la dernière année, le comité a tenu neuf rencontres. Lors de ces rencontres, plusieurs points furent abordés. En voici les principaux :

- Révision de politiques et procédures :
 - POL-059 - Politique de gestion des médicaments ;
 - PROC-050 - Gestion de la pharmacie de dépannage ;
 - PROC-056 - Procédure de distribution de livraison et de réception des médicaments ;
 - PROC-057 - Procédure de préparation et d'administration des médicaments ;
 - PROC-088 - Gestion des médicaments réfrigérés et produits immunisants dans les installations de Groupe Champlain ;
 - Politiques et procédures entourant la gestion des médicaments cytotoxiques et déchets biomédicaux (en cours de révision) ;
 - Procédure d'utilisation du cannabis à l'usage médical et récréatif (en cours).

- Révision et élaboration d'ordonnances collectives concernant le traitement de :
 - La dépression respiratoire suite à une surdose d'opioïde, l'hypoglycémie, l'intertrigo présentant une infection fongique et le déblocage d'une tube d'alimentation entérale.

- Révision et élaboration de formulaires et protocoles cliniques :
 - Formulaire de suivi du ratio normalisé international pour un résident traité avec warfarine (DPh-F25) ;
 - Élaboration de FADM des ordonnances collectives médicaments ;
 - Ordonnance individuelle de maintien de la perméabilité d'un picc line (travaux en cours) ;
 - Gestion de la médication et des solutés administrés par voie intraveineuse (travaux en cours).

- Préparation à la visite d'Agrément Canada ;
- Présentation des audits réalisés, notamment l'audit du bilan comparatif des médicaments ;
- Révision des modalités de services et d'entreposage des stupéfiants (en cours) ;
- Suivis découlant du Comité de gestion des risques ;
- Technologies de l'information/mise à jour de l'Intranet ;
- Organisation des changements de pharmacies désignées pour les installation C.H.C. Rose-Blanche et C.H.C. des Montagnes.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le Comité de prévention des infections regroupe des acteurs de tous les secteurs d'activités relevant des opérations et de la direction des soins infirmiers. En plus de son mandat régulier, le comité a permis une analyse profonde et juste des secteurs à haut risque, tout au long du contexte pandémique, afin de dégager une cohérence transversale dans les interventions. Le comité s'est rencontré à 2 reprises les 19 novembre 2021 et 9 février 2022.

Les principaux dossiers de la dernière année 2021-2022 sont :

- Gestion de la pandémie COVID-19, cellule de crise et post mortem ;
- Préparation de la visite d'Agrément Canada en décembre 2021 ;
- Actualisation du PPCI ;
- Déploiement d'activités de formation PCI destinés au personnel de divers services :
Agence, hôtellerie et alimentation, H&S, soins, opérations, services techniques.

Étant donné l'importance qu'a pris la gestion des éclosions de la COVID pendant l'année, nous avons joint en annexe 2 le bilan annuel 2021-2022 des éclosions incluant la COVID. Au total, pendant l'année, 513 clients ont contracté la COVID pour un taux d'attaque moyen de 27% et malheureusement 31 décès.

3.3. LES FAITS SAILLANTS

Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Groupe Champlain vise à offrir des milieux de vie de qualité et sécuritaires, avec des soins et des services bienveillants. La direction des soins infirmiers est appelée à œuvrer dans un contexte stimulant et teinté par des valeurs humaines. La pandémie en 2021-2022 avec les vagues 4-5 et 6 a représenté de grands défis. Grâce à la bienveillance de toutes les équipes et la direction de Groupe Champlain, nous avons pu maintenir des services de qualité et sécuritaires pour notre clientèle. Des rappels de formations massives par nos champions en prévention du contrôle des infections (PCI) ont été faits afin de nous assurer d'une grande vigilance de l'application des mesures PCI. Il n'est pas sans dire que le travail assidu des employés ainsi que la résilience démontrée par nos résidents et leurs familles ont été des leviers importants de notre réussite.

La collaboration avec les CISSS et les CIUSSS a été un incontournable autant dans la clarification de certaines actions que dans la validation des mesures à déployer selon les multiples cas de figures rencontrés.

En plus de cette pandémie et une directrice des soins infirmiers par intérim presque toute l'année, nous étions à la veille de la visite d'Agrément Canada. En effet, la visite de cet organisme accréditeur d'abord prévue en mai 2021 a eu lieu en décembre 2021. Toute l'année, des révisions des politiques, procédures et programmes ont été faits afin de nous assurer que les outils offerts à notre personnel soignant soient conformes aux lignes directrices et aux bonnes pratiques.

Grâce à 11 conseillères en soins infirmiers dans les installations et leur support, les outils, procédures, politiques, programmes ont été bien intégrés aux multiples terrains. Elles ont également eu un rôle d'accompagnement, d'enlèvement, de suivi de compétences et de formation pour s'assurer que la qualité de l'acte en soins infirmiers soit à la hauteur de leurs pratiques.

Afin de nous assurer de bonifier notre offre de service pour la clientèle ayant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), le Groupe Champlain a développé un poste de conseillère à temps complet dans le but de répondre et accompagner nos intervenants pour les supporter dans leurs prises de décisions et pour orienter les meilleures pratiques.

Les conseillères s'assurent également de suivre les indicateurs de qualité des soins par des audits selon un calendrier bien défini et d'en présenter les résultats en collaboration avec les chefs d'unité. Il en découle un plan d'action au besoin pour ainsi suivre les résultats sur les écarts.

Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES OPÉRATIONS

La direction des opérations détermine la programmation des activités, l'organisation des services en créant des continuums fluides entre les soins et services. Elle fait la promotion d'une philosophie d'intervention centrée sur l'expérience client et l'humanisation des soins et services. Elle prône l'excellence opérationnelle, par des mécanismes d'amélioration continue de la qualité des soins et services et la gestion des risques selon les priorités et les stratégies organisationnelles retenues.

En dépit de tous les efforts déployés, des éclosions de la COVID-19 se sont manifestées dans les installations. Ces éclosions ont été un immense défi qui a permis à Groupe Champlain de réaliser que ses équipes étaient fortes, dévouées et résistantes.

L'expérience et la résilience acquises en 2020 nous ont permis d'affronter avec succès les 3 vagues de la COVID-19 au cours de 2021-2022. Le bilan de chaque vague est présenté en annexe 2, intégré dans le rapport annuel des activités du Comité de prévention et contrôle des infections.

Dans ce contexte mouvementé, Groupe Champlain a participé à la démarche de renouvellement de son agrément qui a eu lieu en décembre 2021. Chacune des installations a été visitée et cette démarche a permis de démontrer l'engagement de Groupe Champlain à offrir un milieu de vie et des soins de qualité à la clientèle.

Fait important à noter cette année, le MSSS a autorisé des ajouts à la gouvernance dans les CHSLD en fonction de ratios suivants :

Tableau 1 : AJOUTS À LA GOUVERNANCE DANS LES CHSLD EN FONCTION DE RATIOS

Installation /nombre de lits	Cadres
Moins de 50 lits	Sans objet
Plus ou moins 50 à 100 lits	1 chef d'unité en hébergement
Plus ou moins 100 à 150 lits	2 chefs d'unité en hébergement
Par tranche de plus ou moins 50 lits supplémentaires	1 chef d'unité en hébergement supplémentaire

Le Groupe Champlain a ajouté des postes progressivement et compte désormais au 31 mars 2022, 13 coordonnateurs des opérations ainsi que 26 chefs d'unités (en attente de 2 postes supplémentaires).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a aussi été sensible à la nécessité de soutenir les gestionnaires de chaque CHSLD et leur équipe. Dans ce contexte, un financement a aussi été dégagé afin que les établissements aient la possibilité d'embaucher une ressource administrative par centre. À cet effet, un agent administratif classe 1 par installation. 13 agents administratifs ont donc été recrutés durant l'année.

Un autre fait saillant est lié à l'environnement physique dans chaque installation. En effet, des budgets ont été octroyés par le MSSS à l'amélioration des lieux physiques de nos centres. Nous avons élaboré des projets avec les comités des usagers qui sont en partie ou totalement réalisés.

Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DE L'HÔTELLERIE

La responsabilisation et le développement des compétences de l'équipe du service alimentaire se consolident au Groupe Champlain. La direction poursuit son mandat établi depuis quelques années soit celui d'offrir un service universel, standardisé et personnalisé pour l'ensemble de sa clientèle des installations de Groupe Champlain tout en tenant compte des orientations provenant des instances auxquelles il est assujéti.

Cette année, la politique alimentaire a été révisée et diffusée auprès des employés.

L'arrivée des nouvelles nutritionnistes corporatives ainsi que des techniciennes a contribué à mettre en place une plus grande et étroite collaboration avec les équipes. Cela a permis une

consolidation de la communication pour une résolution de problème ou un support plus rapide et efficace.

Aussi, des gestes concrets ont été posés afin d'assurer un suivi des dépenses, une responsabilisation du personnel sur les achats périodiques et la mise en place d'un meilleur suivi et d'un meilleur contrôle des pertes ou surplus de production.

Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES FINANCES

L'année 2021-2022 fut une continuité de l'année précédente : la gestion de la crise sanitaire et les nombreuses règlementations qui en ont découlé ont eu plusieurs impacts sur l'équipe des finances. Les activités d'approvisionnement des fournitures médicales a pris une place beaucoup plus importante au sein de la direction qu'en période régulière.

Le ministère de Santé et des Services sociaux a poursuivi le déploiement d'une grande quantité d'arrêtés ministériels, de redditions de comptes, d'ajouts de financement ponctuel, a fourni plusieurs enlignements pour la gestion de la présence des employés et de primes qui ont complexifié les opérations de la direction financière. Les activités reliées au NMCC (les nouvelles mesures des conventions collectives) au long 20-23, l'équité salariale, les nouvelles mesures de rétention de la Cat1 ont été en sus de ce qui était déjà commencé l'année précédente. Le service a déployé un ensemble de méthodes et de procédures comptables pour bien colliger toute l'information et la justification au sein de nos systèmes de paie et de comptabilité. Ces ajouts associés à la COVID représentent plus de trente-trois millions (30.5 millions) en coûts reliés à la gestion de la pandémie pour l'année 2021-2022.

Il y a eu plusieurs mouvements au niveau de la gouvernance en 2021-2022. Ces changements ont eu un impact sur l'implication et l'accompagnement sur la direction des finances qui a été sollicitée pour accompagner les nouveaux gestionnaires et leur intégration à notre organisation.

La direction des services financiers a aussi déployé de nouvelles méthodes de travail, ajustées ses façons de faire, le tout en assurant la collaboration de chaque personne de l'équipe dans le but ultime de garantir un soutien inconditionnel aux opérations. Des personnes affectées par la COVID-19 au sein du service ont provoqué un grand sentiment de solidarité parmi les employés de l'équipe et tous ont mis la main à la pâte afin d'assurer la continuité des services. L'horaire de travail en hybride a été mis en place et toute l'équipe l'apprécie grandement, permettant de jumeler des engagements personnels et familiaux.

Avec la visite d'Agrément Canada, en décembre 2021, nous avons finalisé la révision des politiques et procédures de notre secteur. Une des réalisations notables en cours d'année fut la mutualisation de la comptabilité du siège social et du service de finance (volet performance) amorcée en septembre 2020 et qui s'est poursuivie en 2021-2022. Cette mutualisation permet une meilleure intégration des équipes et vient créer une synergie au niveau des activités des finances dans leur ensemble. Nous avons aussi réussi à mettre en place la compensation bancaire avec notre partenaire bancaire. Nous avons mis en place le processus avec BNC de la compensation des chèques directement à la source. Ainsi, nous sommes mieux protégés contre la fraude et nous avons gagné en efficacité dans le processus. Ce changement nous donc rend plus sécuritaire et plus efficient.

Finalement, l'audit par le MSSS des dépenses réclamées relatives à la pandémie de 2020-2021 a été concluante et à la satisfaction de l'équipe Finance du MSSS.

Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

La pandémie a eu de grandes conséquences sur la direction des ressources humaines dans la dernière année. Les membres de l'équipe ont dû se réorganiser et s'impliquer grandement à chacune des vagues. Également, plusieurs membres de l'équipe ont quitté au courant de la dernière année, fragilisant à chaque fois le service offert. L'équipe a su systématiquement se relever, faire preuve d'une grande résilience et se répartir la tâche pour assurer le service aux clients.

À travers la gestion de la pandémie et tout ce que cela comporte, la direction des ressources humaines a su se démarquer à plusieurs égards. Ainsi, le service de santé a rapidement déployé l'info COVID, ce qui a permis de conserver plusieurs employés au travail ainsi que de les faire revenir plus vite au travail conformément aux directives de la santé publique. À chacune des vagues, c'est plus d'une centaine d'appels par jour que la cheffe du service de santé devait gérer pour assurer une stabilité des équipes de travail, et ce, en fournissant un soutien aux autres filiales du Groupe Santé Sedna.

Aussi, la direction des ressources humaines a dû revoir ses façons de faire et implanter de la chasse de tête dans son processus de recrutement, puisque les simples affichages de postes ne suffisaient plus. Le Groupe Champlain devait être plus proactif et cibler les candidats souhaités. Un surcroît de travail d'agents de gestion de personnel attiré au recrutement a été mis en place, ce qui a permis de recruter près de 900 employés dans la dernière année.

Enfin, à travers la gestion de tous les arrêtés ministériels, la direction des ressources humaines a dû assurer le déploiement de 4 nouvelles conventions collectives nationales qui comprenaient plusieurs actions et échéanciers serrés. La mise en place d'un plan d'action pour chacune des conventions nationales a permis à la direction des ressources humaines de respecter les échéanciers et même d'être au-devant de ceux-ci. Les actions à déployer comprenaient notamment:

- Le rehaussement des postes ;
- Le rehaussement de la titularisation ;
- La mise en place de paiement de diverses primes pour inciter les employés à travailler à temps complet ;
- L'atteinte de cible de postes à temps complet ;
- Etc.

Évidemment, tous ces gros projets ont été déployés à travers une pandémie, des postes vacants à la direction des ressources humaines, plusieurs gestions de crise et tout ceci de part en part des opérations quotidiennes. Malgré tous ces défis, nous retrouvons une direction des ressources humaines forte, des employés dédiés à la mission de l'établissement et des humains d'une très grande valeur.

Dans la prochaine année, la direction des ressources humaines aura encore beaucoup de défis devant elle. Elle devra prendre le temps de consolider son équipe en pourvoyant ses propres postes vacants, et ce, tout en soutenant l'organisation dans sa transformation. Pour réussir, la direction des ressources humaines devra être stratégique dans les choix de ses priorités pour la prochaine année, et ce, en conformité avec la planification stratégique de l'organisation et en conservant en tête l'état de ses ressources humaines après 2 ans de pandémie.

Les enjeux et principales réalisations à la DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES, PHARMACEUTIQUE ET DES SERVICES PROFESSIONNELS

Toutes les équipes médicales dans les installations de Groupe Champlain étaient complètes en 2021-2022 à l'exception d'un médecin manquant au centre Champlain-Jean-Louis-Lapierre depuis fin février 2022.

En dépit des cas de COVID-19 au sein des équipes médicales régulières, un seul bris de service est survenu grâce à la rapidité d'intervention de la direction des affaires médicales et pharmaceutiques et des partenaires des CISSS et CIUSS associés. L'établissement dispose d'une équipe médicale stable avec plusieurs médecins dévoués œuvrant au sein de l'organisation depuis plusieurs années.

4. LES RÉSULTAT EN REGARD DES CIBLES ET DES ENTENTES

Tableau 2 : AUGMENTATION DE LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA COVID-19 CHEZ LES PERSONNES DE 12 ANS ET PLUS

Objectif : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 de l'établissement
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	70%	89%	100%

Commentaire : L'engagement est atteint à près de 90%. Les conseillères et les infirmières ont fait de grands efforts pour vacciner la population hébergée dans nos centres. Nous ne pouvons atteindre 100 %, car certains clients refusent la vaccination.

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

5.1. L'AGRÉMENT

L'établissement veille à l'application de son plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité afin d'assurer l'utilisation des meilleures pratiques clinico-administratives, en concordance avec les exigences d'Agrément Canada.

Des processus de contrôle de la qualité, en interdisciplinarité et en partenariat avec les résidents et les proches, sont effectués pour évaluer la conformité aux exigences et cerner des mesures d'amélioration, et ce, sur une base annuelle.

En décembre 2021, nos installations ont été évalués par l'organisme canadien, Agrément Canada. L'ensemble des activités ont été évaluées selon 591 critères, contenus dans cinq cahiers des normes soit : *Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers* ; *Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers* ; *Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers* ; *Soins de longue durée* et *Santé mentale*.

La visite en bref :

- 13 installations visitées ;
- 565 critères évalués sur 591 ;
- 95,2% conformité.

À la suite de la visite, le Groupe Champlain a maintenu son statut d'établissement accrédité en conformité avec l'article 107.1 de la LSSSS. Un plan d'action afin de rencontrer les critères non atteints est élaboré et sera soumis sous peu à Agrément Canada. Aussi, un nouveau cycle d'Agrément a débuté. Celui-ci s'arrime avec la date initialement prévue de la visite soit mai 2020 et sera donc plus court. Nous mettrons tout en œuvre pour conserver nos acquis tout en progressant sur nos points d'amélioration.

5.2. LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

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 intervenants (initiale et continue) sur la déclaration et divulgation des événements en lien avec la sécurité des usagers ;
- 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.

Concernant le suivi du système local de surveillance des incidents-accidents et répartition des principaux événements par indice de gravité pour 2020-2021, voici quelques données importantes :

La majorité des déclarations sont représentées par les chutes (54%) ; les « autres » types d'événements (19%) ; la médication (19%), les abus/agressions/harcèlement/intimidation (2%) et les effets personnels (2%). Outre ces principales catégories, des événements ont également été déclarés en lien avec la diète, le traitement de l'équipement et le matériel (1% chacun).

Du point de vue de l'impact sur les résidents, 10% des déclarations sont des incidents (gravités A et B), 73% sont des accidents qui n'ont pas eu de conséquence (gravités C et D), 17% sont des accidents qui ont eu des conséquences temporaires (gravités E1, E2 et F). Finalement 0,18% sont des accidents qui ont eu des conséquences graves et permanentes (gravités G, H et I). À noter que 18% des déclarations n'ont pas de niveau de gravité, donc, pas d'analyse sommaire complétée. Nous devons poursuivre notre sensibilisation à l'importance d'obtenir une analyse sommaire complétée avec rigueur.

Les données ci-dessous présentent les types d'incidents et d'accidents par type de risque.

Tableau 3 : PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ A ET B)*

Type de risque	Nombre	Pourcentage (dans la catégorie) (type d'incident/total d'événements A et B)
Autre (blessure d'origine inconnue, situation à risque, etc.)	129	20,5%
Chute	72	11,4%
Médicament	245	39,0%

*Les déclarations qui n'ont pas de niveau de gravité ne sont pas inclus

Tableau 4 : PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ C À I)*

Type de risque	Nombre	Pourcentage (dans la catégorie) (type d'accident/total d'événements C à I)
Autre (blessure d'origine inconnue, situation à risque, etc.)	1119	20,3%
Chute	3286	57,6 %
Médicament	1004	17,6%

*Les déclarations qui n'ont pas de niveau de gravité ne sont pas inclus

Distribution comparative des principales catégories d'événements par gravité (% dans la catégorie)

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 situations d'urgence, les codes cliniques (blanc, jaune et bleu) ;
- Mise à jour des procédures en lien avec la gestion des abus, agressions, harcèlements et l'intimidation et la lutte contre la maltraitance ;
- Analyse prospective sur la distribution sécuritaire de la nourriture.

MESURES PRISES SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le rapport annuel sur l'application du régime des plaintes et de l'amélioration continue de la qualité des services couvre la période s'échelonnant du 1er avril 2021 au 31 mars 2022, conformément à l'application des articles 33.10 et 76.11 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*. Il présente le bilan des insatisfactions adressées à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les activités réalisées dans le cadre de ses fonctions de même que le rapport du médecin examinateur. De plus, étant donné 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 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (2017, chapitre 10), ces informations sont également intégrées au présent rapport.

Entre le 1^{er} avril 2021 et 31 mai 2021, l'examen des plaintes a été réalisé par la Commissaire aux plaintes et à la qualité du Groupe Champlain. À compter du 1er juin 2021, en concordance avec les modifications législatives apportées par le gouvernement du Québec, le régime de traitement des plaintes a été transféré aux CISSS et les CIUSSS partenaires tel que décrit au tableau 1 ci-dessous.

Tableau 5 : LES CISSS ET LES CIUSSS PARTENAIRES DE GROUPE CHAMPLAIN

CH - MARIE-VICTORIN	CIUSSS Est-de-l'Île-de-Mtl
CH - DE-SAINT-FRANCOIS	CISSS de Laval
CH - DES-MONTAGNES	CISSS Capitale-Nationale
CH - CHANOINE-AUDET	CISSS Chaudière-Appalaches
CH - DE-L'ASSOMPTION	CISSS Chaudière-Appalaches
CH - DES-POMMETIERS	CISSS Montérégie-Est
CH - DE-LA ROSE-BLANCHE	CIUSSS Estrie Sherbrooke
CH - DU-CHÂTEAU	CISSS de Lanaudière
CH - DE-LA-VILLA-SOLEIL	CISSS des Laurentides
CH - JEAN-LOUIS-LAPIERRE	CISSS Montérégie-Ouest
CH - DE-GATINEAU	CISSS de-L'Outaouais
CH - DE-GOUIN	CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Mtl
CH - DE-CHATEAUGUAY	CISSS Montérégie-Ouest

Comme mentionné précédemment, le changement découlant de la *Loi 52* a conduit à un transfert de responsabilité vers les commissaires des CISSS et CIUSSS des régions où se situe chaque centre. Ce changement quand même complexe s'effectue dans un contexte de grande collaboration.

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel sur l'application du régime des plaintes et de l'amélioration continue de la qualité des services couvre la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. L'instance que constitue un commissariat local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) est la seule responsable envers le conseil d'administration de l'application du règlement de la procédure d'examen des plaintes, y compris la révision de la procédure. Elle est aussi responsable envers ce dernier du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À compter du 1^{er} juin 2021, en concordance avec les modifications législatives apportées par le gouvernement du Québec, le régime de traitement des plaintes a été transféré aux CISSS et CIUSSS partenaires (voir le tableau no 1). Ainsi, les différents commissaires des établissements publics deviennent responsables de l'examen des plaintes des usagers provenant d'établissements privés et privés conventionnés de son territoire. Il est aussi garant du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance. Ainsi, Groupe Champlain avec ses 13 CHSLD, répartis sur le territoire de 11 CISSS et CIUSSS a autant de CLPQS, auprès desquels les données ont été récoltées, relatives aux plaintes et à la maltraitance.

Ce rapport présente le bilan des différentes demandes adressées aux commissaires locales aux plaintes et à la qualité des services, les activités réalisées dans le cadre de ses fonctions, de même que le rapport du médecin examinateur. De plus, étant donné 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 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (2017, chapitre 10), ces informations sont également intégrées au présent rapport.

RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Nous avons enregistré 3 plaintes déposées en 2021-2022 à l'encontre d'un médecin ou pharmacien aux CISSS et/ou CIUSSS partenaires du Groupe Champlain. Toutefois, nous n'avons pas eu de recommandation.

Actes répréhensibles à l'égard des organismes publics

Aucune divulgation facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics.

RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Il y a eu 4 dossiers de plaintes provenant, notamment du CH des-Pommetiers et du CH Jean-Louis-Lapierre qui ont fait l'objet d'une demande en seconde instance et d'une analyse auprès du bureau du Protecteur du citoyen. Lesdites recommandations ont fait l'objet d'actions spécifiques mises en place par les équipes des installations pour améliorer les soins et les services offerts aux résidents.

DOSSIER MALTRAITANCE

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a l'obligation de rendre compte annuellement 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*. Nous avons inclus les données obtenues des différents CLPQS dans les tableaux 7 et 9. Il est à noter que tous les cas de signalement de maltraitance ne se sont pas confirmés comme tel.

RÉPARTITION DES DOSSIERS DU GROUPE CHAMPLAIN

Tableau 6. Distribution comparative par type de demande et par année

	Plaintes	Interventions diverses	Assistances	Consultations	Protecteur du citoyen	TOTAL
2020-2021	29	0	20	11	0	60
2021-2022	13	36	23	0	4	76

Tableau 7. Distribution comparative par motif de demande et par année

	2020-2021	2021-2022
Accessibilité	6	1
Aspect financier	4	2
Droits particuliers	19	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	32	11
Relations interpersonnelles	13	6
Soins et services dispensés	25	13
Maltraitance	4	31
Autres	n/d	5

NOTE : La compilation des données de 2021-2022 a été réalisée à partir des rapports annuels des 11 CLPQS qui desservent les différents centres d'hébergement du Groupe Champlain au Québec. Une plainte peut contenir plus d'un objet de plainte.

DONNÉES COMPARATIVES PAR CENTRE

Tableau 8. Distribution comparative par type de demande et par centre

	Plaintes	Interventions	Assistances	Consultations	Plaintes MDRP	Dossiers en deuxième instance	
						Protecteur du citoyen	Comité de révision
CH - MARIE-VICTORIN	2	1	4	0	0	0	0
CH - DE-GOUIN	2	1	2	0	0	0	0
CH - DE-SAINT-FRANÇOIS	1	0	0	0	0	0	0
CH - DES-MONTAGNES	2	8	5	0	0	0	0
CH - CHANOINE-AUDET	0	0	0	0	0	0	0
CH - DE-L'ASSOMPTION	0	0	0	0	0	0	0
CH - DU-CHÂTEAU	0	2	0	0	0	0	0
CH - DE-LA-VILLA-SOLEIL	0	2	2	0	2	0	0
CH - JEAN-LOUIS-LAPIERRE	4	1	2	0	0	1	0
CH - DE-CHÂTEAUGUAY	1	2	2	0	0	0	0
CH - DES-POMMETIERS	0	7	0	0	1	3	0
CH - DE-LA-ROSE-BLANCHE	1	3	1	0	0	0	0
CH - DE-GATINEAU	0	3	3	0	0	0	0

Tableau 9. Distribution comparative par motif de demande et par centre

	Organisation du milieu et des ressources matérielles	Soins et services dispensés	Accessibilité et continuité	Droits particuliers/droit à un accommodement raisonnable/droit à recevoir des informations	Relations interpersonnelles	Aspects financiers	Autre	Maltraitance
CH - MARIE-VICTORIN	2	0	0	0	1	1	2	0
CH - DE-GOUIN	0	0	0	0	0	0	0	1
CH - DE-SAINT-FRANÇOIS	2	0	0	0	1	0	0	0
CH - DES-MONTAGNES	0	0	0	0	0	0	0	2
CH - CHANOINE-AUDET	0	1	0	0	0	0	1	2
CH - DE-L'ASSOMPTION	4	0	0	0	0	0	0	1
CH - DU-CHÂTEAU	0	0	0	0	0	0	0	0
CH - DE-LA-VILLA-SOLEIL	0	2	0	0	0	0	0	0
CH - JEAN-LOUIS-LAPIERRE	1	7	1	1	1	0	0	6
CH - DE-CHÂTEAUGUAY	1	1	0	0	2	1	2	3
CH - DES-POMMETIERS	0	0	0	0	0	0	0	7
CH - DE-LA-ROSE-BLANCHE	1	2	0	0	1	0	0	3
CH - DE-GATINEAU	0	0	0	0	0	0	0	3

NOTE : Une plainte peut contenir plus d'un objet de plainte.

MESURES PRISES SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PROVENANT D'AUTRES ORGANISMES EXTERNES DE NORMALISATION

Un tableau de suivi des recommandations des organismes externes est déposé lors de chaque rencontre du Comité de vigilance et de la qualité pour analyse et discussion. Pour 2021-2022, les membres ont pu s'assurer du suivi des recommandations formulées dans le cadre des visites de vigie du milieu de vie du MSSS, qui ont eu lieu dans le contexte de pandémie liée à la COVID-19, ainsi que des visites ministérielles sur la qualité du milieu de vie (1 centre).

Les principaux éléments de recommandations pour ces visites visent l'ajustement de certaines pratiques liées à l'activité repas, l'affichage et les activités d'animation et de loisirs, ainsi que les interventions en soins palliatifs et de fin de vie. Les visites du MSSS soulignaient l'importance de la prévention du déconditionnement des résidents en situation d'isolement prolongé. Le Groupe Champlain a conséquemment rédigé un programme complet pour éviter le déconditionnement.

Par ailleurs, la MAPAQ nous a visité à 2 reprises. Un plan d'action a été établi pour rectifier les points soulignés. À chacune des 2 visites de la MAPAQ, suivant les recommandations, un plan d'action a été mis en place par les soins de M. Christophe Morassut, directeur de l'hôtellerie, et l'application a aussi été supervisée par M. Morassut.

Nous n'avons reçu la visite d'aucun Ordre professionnel en 2021-2022.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION

Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, il n'y avait aucune personne mise sous garde dans les installations de Groupe Champlain.

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel de gestion de Groupe Champlain incluant les informations sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leur droits est disponible sur le site du Groupe Champlain : www.groupechamplain.qc.ca/rapports-annuels-et-financiers/

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

Le rapport sur l'application de la politique de Groupe Champlain portant sur les soins de fin de vie pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 indique les données suivantes :

- Nombre de personne en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs : Aucune
- Nombre de demande pour sédation palliative continue administrée : 1
- Nombre de demande d'aide médicale à mourir formulée : 1
- Nombre d'aide médicale à mourir administrées : 1
- Nombre d'aide médicale à mourir NON administrée : Aucune

7. LES RESSOURCES HUMAINES

Tableau 10 : LES RESSOURCES HUMAINES DE GROUPE CHAMPLAIN

	Exercice 2021-2022	Exercice 2020-2021	Exercice 2019-2020
Médecins, dentistes et pharmaciens	45	45	46
Les cadres (en date du 31 mars)			
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	65	50	59
Temps partiel : Nombre de personnes équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,6 ETC.	0,6 ETC.	0,6 ETC.
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	0
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1334	1038	627
Temps partiel : Nombre de personnes équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	314,58 ETC.	410,22 ETC.	462,17 ETC.
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0	0
Les occasionnels			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	188 526	557 861	527 055
Équivalents temps complet (b)	100,28	304,18	287,38
(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).			

L'évolution des ressources humaines avec l'augmentation du nombre de cadres, du nombre de temps complets et la réduction des temps partiels et occasionnels est le reflet de l'ensemble des mesures ministérielles déployées en 2021-2022 afin de venir soutenir l'offre de soins. Les mesures ont été efficaces, nombres à l'appui.

8. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

En vertu de l'article 25 de la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles*, le Groupe Champlain est tenu de rendre compte de la divulgation d'actes répréhensibles par les employés dans son rapport annuel. En 2021-2022, aucune divulgation n'a été reçue.

- Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations : AUCUN
- 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

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.

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.

**ANNEXE 2 : RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DU COMITÉ PCI DU
GROUPE CHAMPLAIN**



**RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DU COMITÉ PCI DU
GROUPE CHAMPLAIN**

Direction des soins (DSI)

Année financière 2021-2022

10 juin 2022

RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DU COMITÉ PCI DU GROUPE CHAMPLAIN

Par : Nicole Cloutier
Conseillère en soins, soutien PCI (intérim)
Direction des soins (DSI)

1.0 INTRODUCTION

Le comité PCI de Groupe Champlain (ci-après, l'établissement) agit à titre de rôle-conseil auprès de SEDNA-Valéo ainsi que du Comité de la qualité et de la gestion des risques du Groupe Champlain, de qui il relève. Plus spécifiquement, il exerce une surveillance des éclosions et des pathogènes en cause au sein des installations, prend connaissance des audits PCI et émet des recommandations quant aux meilleures pratiques à adopter en matière de prévention et contrôle des infections.

Depuis septembre 2018, conformément au cadre de référence du MSSS, le comité de direction est aussi le comité stratégique en prévention des infections.

Le comité de prévention et contrôle des infections a pour mandat :

- Analyser les éclosions en cours monitorées au tableau de bord organisationnel et émettre des recommandations d'amélioration
- Analyser les bilans post-éclosions et émettre des recommandations d'amélioration
- Analyser les tendances nosocomiales territoriales et émettre des directives quant à la surveillance
- Émettre des recommandations sur les stratégies de prévention et de contrôle des infections nosocomiales reconnues efficaces et s'assurer de leur diffusion;
- Émettre des avis scientifiques sur les questions d'intérêt qui lui sont transmises;
- Émettre des recommandations sur les objectifs de surveillance, de prévention et de contrôle des infections;
- Soutenir le développement continu du programme de PPCI selon les priorités et collaborer à leur mise en œuvre;
- Rédiger, réviser et mettre à jour les politiques, les procédures et les programmes en lien avec la PPCI
- Émettre des recommandations en lien avec les résultats de surveillance;
- Collaborer à la formation continue des équipes de prévention des infections locales et régionales, au besoin.

2.0 MEMBRES DU COMITÉ POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE 2021-2022

- Marie-Claude Rosa, directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles (DSIPP)
- Manon Tardif, directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles (DSIPP) par intérim
- Nadia Idir, directrice des opérations, Groupe Champlain
- Horea Dan Ghiran, directeur de la qualité, de la performance et de l'éthique (DQPE) par intérim et président du comité
- Mylène Drouin, conseillère en hygiène et salubrité
- Barbara Barnabé, chef de service-relations au travail, Groupe Champlain

- Christophe Morassut, directeur de l'hôtellerie, Groupe Champlain
- Lucie Morin, coordonnatrice des services techniques, Groupe Champlain
- Anne-Marie Boudreau, conseillère en soins infirmiers, leader PCI
- Nicole Cloutier, conseillère en soins infirmiers, soutien PCI (intérim)
- Nathalie Martin, conseillère en soins infirmiers, CHSLD Marie-Victorin (rencontre du 2021/02/23)
- Jessica Richard, conseillère en PCI
- France Morissette

3.0 ACTIVITÉS DU COMITÉ

3.1 Rencontres trimestriel du comité

- Deux rencontres se sont tenues les 19 novembre 2021 et 9 février 2022
- Arrimer le calendrier des rencontres trimestrielles PCI environ 10 jours avant celle du comité de gestion des risques (CGR)

3.2 Membres du comité

- Nicole Cloutier assume l'intérim d'Anne-Marie Boudreau depuis le 15 novembre 2021
- Au cours de l'année, 2 membres ont quitté et un membre s'est joint en réponse à la demande d'élargir la représentativité au comité par l'ajout de représentants champion PCI PAB et H&S

3.2 Dossiers

3.2.1 Dossiers réguliers

À chaque rencontre du comité, les rapports suivants sont présentés :

- Rétrospective des éclosions
- Processus d'amélioration en continue des politiques et procédures PCI
- Bilan des audits
- Suivi du plan d'action et objectifs

Le comité s'assure de l'avancement et de la complétion des actions et des suivis associés à chaque rapport et, ce, à chaque rencontre.

3.2.2 Réalisation 2021-2022

- Gestion de la pandémie COVID-19 (post mortem)
- Visite d'Agrément Canada en décembre 2021
- Actualisation du PPCI
- Déploiement d'activités de formation PCI destinés au personnel de divers services: Agence, hôtellerie et alimentation, H&S, soins, opérations, services techniques

4.0 RÉTROSPECTIVE DES ÉCLOSIONS

Mise en contexte

La COVID-19 a dominé l'activité virale pour une deuxième année consécutive et qui se sont fait sentir dans l'année financière 2021-2022 sous formes de vagues soient la fin de la 4^e, la 5^e vague et début de la 6^e vague.

En 5^e vague, l'apparition du variant SRAS-CoV-2 désigné Omicron qui a remplacé le variant Delta au titre de variant dominant à l'échelle mondiale en décembre 2021.

Reconnu scientifiquement pour être plus contagieux et moins virulents ce qui a généré des éclosions dans la totalité des installations qui se sont échelonnés de la fin décembre 2021 à février 2022.

En février 2022, la prévention du déconditionnement constitue la priorité numéro un du MSSS.

Le gouvernement du Québec va de l'avant avec l'allègement des mesures sanitaires qui se traduisent par l'émission de plusieurs directives ministérielles depuis février 2022 et qui témoigne de cette préoccupation dans la gestion des cas et des éclosions. Ces directives préconisent le maintien des activités quotidiennes des résidents dans un milieu en éclosion. Permettre aux résidents non atteints de circuler librement sur l'unité et de prendre leur repas dans la salle à manger doit guider toutes nos stratégies PCI ce qui met un frein au trajectoire définies en zones verte, jaune et rouge.

Il en va du partenariat de la PCI avec les autorités CISSS, CIUSSS et de la DSPu pour gérer les éclosions.

En mars 2022 avec l'arrivée de la 6^e vague, GC assiste à des recommandations, à géométrie variable, des partenaires CISSS, CIUSSS selon les régions desservies, ce qui rend plus difficile la prise en charge de l'éclosion par les milieux. Par exemple, les éclosions dans le territoire du CISSSCA ne sont pas gérés de la même façon que celle du CISSSMO. Alors que l'un préconise les dépistages si symptomatiques seulement, l'autre poursuit les dépistages systémiques de l'unité.

Bref, si la tendance se maintient, nous amorcerons la prochaine année financière avec la fin de la 6^e vague pour connaître un début d'année financière plus clément en termes d'éclosions.

Quoi que, plus que jamais la PCI doit guider dans l'ensemble des activités qui régit les installations du Groupe Champlain.

4.1 Calendrier mensuel des éclosions déclarées / pathogène

Année	Mois	COVID	VRS	SAG	GASTRO
2021	Avril	3	-	-	-
	Mai	-	-	1	-
	Juin	-	-	-	-
	Juillet	-	-	-	-
	Août	-	-	1	-
	Septembre	-	-	-	1
	Octobre	1	-	-	-
	Novembre	-	-	5	-
	Décembre	6	1	1	-
2022	Janvier	7	-	-	-
	Février	3	-	-	-
	Mars	3	-	-	1
Groupe Champlain (34)		23	1	8	2

Interprétation des données

- Nombre d'éclosion qui a débuté au cours du mois
- Mois de calendrier et non la période financière

Faits saillants

- 68% (23/34) des éclosions sont liées à la COVID
- 83% (19/23) des éclosions de COVID ont été déclaré entre décembre 2021 et mars 2022
- La courbe ascendante des éclosions de COVID atteint son sommet en décembre 2021 et janvier 2022 et correspond à la 5^e vague
- Le mois de mars 2022 marquera le début de la 6^e vague

4.2 Répartition des éclosions /installations

Installation	COVID	VRS	SAG	GASTRO
CHC Chanoine-Audet	4	-	-	-
CHC de Châteauguay	1	-	-	-
CHC de Gatineau	1	-	-	-
CHC de Gouin	1	-	-	-
CHC de la Rose Blanche	1	-	-	-
CHC de l'Assomption	3	-	-	-
CHC de la Villa Soleil	2			1
CHC de Saint-François	1	1	1	-
CHC des Montagnes	2	-	-	-
CHC des Pometiers	2	-	-	-
CHC Jean-Louis Lapierre	1	-	-	-
CHC le Château	1	-	-	-
CHC Marie-Victorin	2		7	1
Centre d'accueil St-Joseph	1	-	-	-
Groupe Champlain (34)	23	1	8	2

Faits saillants

- 6 installations ont connu plus d'une éclosion COVID-19
- 2 de ces installations, CHC Chanoine-Audet et CHC de l'Assomption, proviennent de la région Chaudières-Appalaches désigné « région chaude »
- CHC Marie-Victorin particulièrement touchée par des éclosions de SAG et de gastro-entérite qui mérite que l'on s'y attarde.
- Aucune activité grippale saisonnière (Influenza)

4.3 Durée moyenne des éclosions / pathogène

	COVID	VRS	SAG	GASTRO
Plus de 60 jours	1			
51-60 jours	3			
41-50 jours	5			
31-40 jours	10		1	
21-30 jours	1	1	1	1
10-20 jours	3		6	1
Moins de 10 jours				
Groupe Champlain (34)	23	1	8	2

Faits saillants

- 43 % des éclosions de COVID-19 se situe entre 31 et 40 jours
- 35% des éclosions se situe entre 41 et 60 jours
- 4% des éclosions durent plus de 60 jours, ce qui totalise 82 % des éclosions

Il faut calculer une période d'isolement de 10 jours chez un résident confirmé positif, comparativement à une période d'isolement de 5 jours pour l'influenza.

Cette réalité impacte durement l'organisation du travail, tout particulièrement celle des équipes de soins et le service d'H&S qui doivent continuellement composer avec une surcharge de travail causée par l'instauration de zones, de trajectoires et de précautions additionnelles.

Retenir que les dates de début et de fin d'une éclosion peuvent se chevaucher sur plus d'une période financière. Par exemple, une éclosion de COVID-19 peut avoir été déclarée à la P1 et prendre fin à la P3. Par conséquent, elle se cumulera au cours de la P2 et P3 jusqu'à la date de fin alors que d'autres éclosions s'ajoutent.

4.4 Analyse détaillée des éclosions COVID-19 / installation

Installation	N. éclosion	N. résidents infectés	Taux d'attaque total *	N. décès	%
CHC Chanoine-Audet (96)	4	7,21,1,0	22%	3	38%
CHC de Châteauguay (105)	1	9	9%	-	-
CHC de Gatineau (101)	1	6	6%	-	-
CHC de Gouin (97)	1	54	56%	-	-
CHC de la Rose Blanche (60)	1	12	20%	1	8%
CHC de l'Assomption (96)	3	65,49,1	68%	14	21%
CHC de la Villa Soleil (166)	2	1, 42	22%	5	12%
CHC de Saint-François (53)	1	17,	32%	-	-
CHC des Montagnes (105)	2	5, 50	48%	2	3%
CHC des Pommeters (140)	2	19, 0	14%	1	4%
CHC Jean-Louis Lapierre (76)	1	8	11%	-	-
CHC le Château (73)	1	4	5%	-	-
CHC Marie-Victorin (257)	2	8, 78	30%	2	4%
Centre d'accueil St-Joseph (157)	1	72	46%	3	4%
Groupe Champlain (1582 lits)	23	513 *	27%	31	

*Pommeters : Éclosion qui a débuté le 30 mars 2021 et terminée le 19 mai 2022 (51 jours inclus dans le tableau)

Faits saillants

- 100% des installations du GC sont touchés par des éclosions
- 43% des installations, soit 6/14, du GC subissent plus d'une éclosion au cours de l'année
- 27% correspond au taux d'attaque moyen pour l'ensemble des installations bien que la majorité des résidents se portent bien ce qui traduit la grande contagiosité du variant Omicron
- 6% de décès, soit 31/513 cas, ce qui confirme de l'affaiblissement de la dangerosité variant Omicron. Les symptômes manifestés pour la majorité des résidents sont des symptômes d'allure grippale (écoulement nasal, toux, maux de gorge). De rares cas présentent de la fièvre et plusieurs sont asymptomatique. Les résultats positifs sont souvent détectés lors de dépistage massif.
- Le variant Omicron passe d'abord par la transmission communautaire pour se répandre dans les milieux et devient rapidement un enjeu RH. Beaucoup de TdS contractent la COVID-19. Souvent une éclosion est déclarée à la suite de 2 TdS infectés chez qui est identifié un lien épidémiologique.

4.5 Taux de vaccination COVID-19 | doses de rappel/installation

Installation Lits totaux ()	3 ^e dose N. résidents	%	4 ^e dose N. résidents	%
CHC Chanoine-Audet (96)	64	67%		
CHC de Châteauguay (105)	96	91%		
CHC de Gatineau (101)	92	91%	85	84%
CHC de Gouin (97)	83	86%	65	67%
CHC de la Rose Blanche (60)	34	57%	7	12%
CHC de l'Assomption (96)	73	76%	73	76%
CHC de la Villa Soleil (166)	155	93%	103	62%
CHC de Saint-François (53)			42	79%
CHC des Montagnes (105)	21	20%	78	74%
CHC des Pometiers (140)	94	67%	79	56%
CHC Jean-Louis Lapierre (76)				
CHC le Château (73)	68	93%	61	84%
CHC Marie-Victorin (257)	193	75%	68	26%
Centre d'accueil St-Joseph (157)	100	64%		
Groupe Champlain (1582 lits)	992	83%	661	68%

Faits saillants

- Retenir que les doses de rappels ont un taux d'acceptabilité significatif des résidents et de leurs proches
- Administrer selon le calendrier de la DSPu: Octobre 2021 (3^e dose) et avril 2022 (4^e dose)
- Administrer selon le PIC : Certains n'ont pas reçu leur dose de rappel pour autres motifs : covid antérieur et non éligible, mouvement des résidents, décès, etc.
- Recevoir la dose de rappel n'a pas eu pour effet d'éradiquer la charge virale et les éclosions mais a eu pour effet d'en atténuer les manifestations cliniques (symptômes d'allure grippale ou asymptomatiques). Les résidents confirmés positifs, pour la majorité se portaient bien

4.6 Statut vaccinal des décès COVID-19 /installation

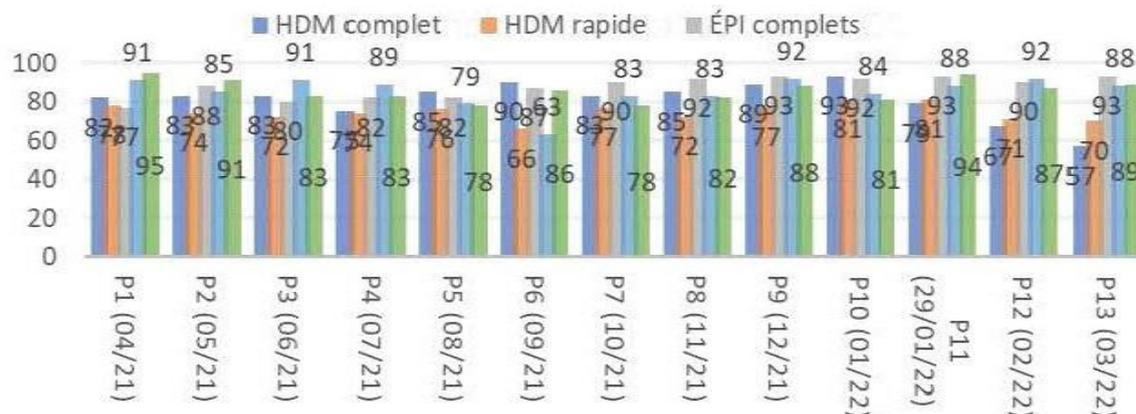
Installation Lits totaux ()	Décès	Non vacciné	Vacciné
CHC Chanoine-Audet (96)	3	-	3
CHC de Châteauguay (105)	-		
CHC de Gatineau (101)	-		
CHC de Gouin (97)	-		
CHC de la Rose Blanche (60)	1	1	-
CHC de l'Assomption (96)	14	?	?
CHC de la Villa Soleil (166)	5	1	4
CHC de Saint-François (53)	-		
CHC des Montagnes (105)	2	-	1
CHC des Pometiers (140)	1	-	1
CHC Jean-Louis Lapierre (76)	-		
CHC le Château (73)	-		
CHC Marie-Victorin (257)	2	-	1
Centre d'accueil St-Joseph (157)	3	-	3
Groupe Champlain	31		

Faits saillants

- 6% de décès sont attribuables à la COVID-19
- Aucune évidence de corrélation entre les décès et le statut vaccinal (non vacciné)

5.0 AUDITS PCI

5.1 Taux de conformité



Faits saillants

- 70% de taux de conformité des audits réalisés HDM complet, HDM rapide, EPI complets, désinfection matériel partagée, installation des précautions additionnelle
- 57% de taux de conformité HDM complet à la **P13** (janvier-février 2022) ce qui dénote une tendance au relâchement observé auprès des TdS alors que cette pratique n'est pas liée à la pandémie mais à une pratique universelle en milieu de soins (les 5 moments) d'où l'importance de maintenir un calendrier assidu des audits et de faire des rappels aux périodes critiques.

5.2 Révision des audits

Réviser la pertinence d'intégrer de nouveaux audits Champions PCI, H&S et désinfection du matériel des loisirs

- Champion PCI : Pertinent ? Si oui, définir les critères en termes de contenu de formation ou en termes d'assimilation pratique sur le terrain ?
- H&S : Une grille d'audit H&S a été mis à la disposition des coordonnateurs sur le G pour fins de consultation. Processus à finaliser : Nature de l'audit qualitatif ou quantitatif ? Quelle est la personne désignée pour réaliser les audits ? fréquence ?
- Loisirs : La désinfection du matériel, avec lingette, après chaque usage est une pratique connue à GC en référence au Guide d'entretien préventif et de désinfection des

équipements aux soins. Pertinence d'un audit ? fréquence ? critères ? matériel désinfectable ?

Il est à noter que les audits sur l'évaluation des repas relèvent de la DQPÉ, de la DSI et de la direction de l'hôtellerie qui en assure le suivi.

6. FORMATION PCI

6.1 Modules de formation développés en 2020-21

- Formation champions PCI
- Formation PCI et EPI
- Formation PCI pour les nouveaux employés
- Module 2 – La PCI
- Module 3 – L'organisation du travail

Durée : Entre une à 3 heures selon le module

Clientèle :

Tout le personnel de GC

Un module d'une heure fait partie du processus d'intégration de tous les nouveaux employés

Bénévoles et PPA

Évaluation : Questionnaires à la fin de chaque module

6.1 Suivi

- Suivre les indicateurs via les RH (logiciel SAGE)

7. PROGRAMME DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

- Programme de prévention et de contrôle des infections révisé, version projet, présenté par Anne-Marie Boudreau aux membres lors de la rencontre du comité de novembre 2021
 - Complément à inclure
 - Entérobactéries productrices de carbapénémases et autres bacilles Gram négatif multirésistants
 - Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé (Norme CSA Z317.130
 - Annexe (outils de gestion clinique)

7. POLITIQUES ET PROCÉDURES

- Élaboration et implantation de la procédure sur les trajectoires en lien avec la saine gestion d'une situation de pré-éclosion ou d'éclosion de COVID-19
- Diffusion des procédures imagées sur les techniques de désinfection de départ et terminale
- Priorisation sur l'usage du « jetable » en situation d'éclosion : Vaisselle lavable et le matériel jetable pour la gestion de la pandémie
- Élaboration d'un plan de contingence sur l'entreposage de fournitures et équipements requis en cas d'éclosion
- Ajout au PMU des spécifications liées à la pandémie COVID-19 tels que la liste à jour de tous les résidents actifs et en isolement.
- Achèvement de la procédure sur l'usage des utilités propres et souillées afin d'éviter la contamination croisée (en cours)

8. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE GESTION DE LA PANDÉMIE

8.1 Cellule de crise

Rôles et responsabilités

Créer pour suivre le tableau de bord des éclosions actives dans l'ensemble des installations, la cellule de crise est constituée de tous les directeurs des différents services afin de concerter les actions à mettre en place en temps réel selon l'état de situation de chacune des installations.

Participants

Nadia Idir, Manon Tardif, Stéphan Cajal, Nathalie Rousseau, Lucie Morin, Christophe Morassut, Sophie

Tenue des rencontres

Les rencontres animées par Anne Beauchamp se déroulent par TEAM à une fréquence de 2 à 3 fois/semaine

8.2 Projet DYADE

Description du projet

- Équipe de 2 personnes chevronnées en matière de gestion d'éclosion COVID19, en support aux équipes de gestion des installations
- Composée d'une personne issue des opérations et d'une personne issue du clinique, ces équipes seront de garde en rotation, et se rapporteront à une cheffe d'équipe Jedi
- Un calendrier de garde hebdomadaire du vendredi midi au vendredi midi suivant, sera déployé et ajusté en fonction du portrait épidémiologique de l'organisation

Rôles et responsabilités

- Aide à la coordination et au déploiement des mesures PCI en contexte d'éclosions COVID19 (2 cas et plus)
- Service-conseil sur les trajectoires ou en matière de préparation à une éclosion
- Surveillance et contrôle des mesures PCI (audits)
- Coaching et formation sur le terrain
- Reddition de compte au chef d'équipe et rapport de garde à l'équipe suivante
- Déplacements dans les installations requis

Équipe JEDI, formation et calendrier de garde

Création de 4 équipes qui desservent l'ensemble des installations :

Québec

Équipe 1 : Samuel Fortin, conseiller en soins, Geneviève Dionne, conseillère en soins

Équipe 2 : Ginette Careau, conseillère en soins, Nicole Cloutier, soutien PCI

Montréal

Équipe 3 : Marie-Claude Poirier, coordonnatrice aux opérations, Adnane Azzaoui

Équipe 4 : Saghi Pourhariri, pharmacienne-chef, Sarah Auclair, Villa Médica

Chef d'équipe : Manon Tardif, Nadia Idir, Marie-Claude Rosa

Formation équipe JEDI : Diffusée en TEAM par Marie-Claude Rosa le 19 janvier 2022

Calendrier de garde : Du 21 janvier au 25 mars 2022 selon l'évolution des éclosions.

Rapport de garde

Un rapport de garde produit pour la période active du 21 janvier au 4 février fait état des interventions de l'équipe de garde notamment à Jean 23 (RI), MV, CA, CASJ, Assomption, Gatineau, VS, Maison Beauport (RPA), Artisan, CDM

9. Visites d'agrément

Les visites d'agrément Canada se sont déroulées en décembre 2021 dans l'ensemble des 14 installations du GC. La mise en œuvre des recommandations PCI est en cours.

RÉFÉRENCES

INSPQ

- SRAS-CoV-2 Mesures de prévention et contrôles des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée – INSPQ (2022-04-19)
- SRAS-CoV-2 Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins – INSPQ (2022-04-06)

Directives ministérielles en vigueur

- Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement - DGCRMAI-004 REV.3 (2022-05-13)
- Directive pour la gestion d'éclosion COVID-19 à appliquer dans les milieux de soins (hors milieux de soins aigus), de réadaptation, de vie et autres- DGCRMAI-005 (2022-03-01)
- Directive en lien avec le port du masque médical par l'utilisateur et autres personnes à l'intérieur des milieux de vie et de soins à partir du 14 mai 2022 – DGCRMAI-007 (2022-05-13)
- Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie – DGAPA-010 (2022-02-21)
- Directives applicables à partir du 14 mai 2022 dans les milieux de vie et autres milieux dans un contexte de levée des mesures sanitaires – DGAPA-022.REV2 (2022-05-13)

CONCLUSION

Groupe Champlain a su, au cours de la période financière 2021-2022, faire preuve de leadership dans la gestion de la pandémie grâce à son réseau de gestionnaires avisés dans chacune des installations supportées par une équipe de direction chevronnés en maîtrise des mesures PCI et de la gestion des éclosions.

La gestion des cas est prise en charge rapidement par le milieu et la PCI et entérinée par nos partenaires du CIUSSS, CISSS et DSPu. La direction se tient à l'affût des orientations et directives ministérielles et s'assure d'en faire la diffusion en plus de soutenir concrètement les installations.

L'instauration des cellules de crise a permis de mobiliser l'ensemble des directions à la recherche de solutions et ainsi faire face aux différents enjeux que ce soit en matière d'approvisionnement, d'hygiène et salubrité, de personnel de soins, etc.

