

FOYER STS-ANGES DE HAM-NORD INC.



2017

2018

Rapport annuel de gestion

Le 30 juin 2018

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES AUTORITÉS	4
DÉCLARATIONS.....	5
DÉCLARATION DE FIABILITÉ.....	5
RAPPORT DE DIRECTION.....	6
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	7
LA MISSION DU FOYER STS-ANGES	7
LA STRUCTURE DU FOYER STS-ANGES	7
NOS VALEURS.....	7
NOTRE VISION	8
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS D'ACTION	9
NOS FORCES.....	9
NOS CONTRAINTES	9
NOS AMÉLIORATIONS 2017-2018.....	9
NOS ORIENTATIONS 2018-2019	10
NOS SUIVIS 2018-2019	10
LES COMITÉS.....	11
LA GESTION DES RISQUES	11
COMITÉ DE VIGILANCE.....	11
COMITÉ DE MILIEU DE VIE	12
COMITÉ DES USAGERS	12
L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	12
DONNÉES SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	12
LES RESSOURSE HUMAINES	13
DONNÉES SUR LA CLIENTÈLE	13
DONNÉES SUR LE PERSONNEL	13
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT	14
ORGANIGRAMME.....	16
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DE L'ADMINISTRATEUR.....	17
ANNEXE A.....	19
ANNEXE B	25
ANNEXE C	32

MESSAGE DES AUTORITÉS

Madame,
Monsieur,

Nous vous présentons le rapport annuel de gestion pour l'année 2017-2018. Le présent rapport décrit les principaux faits saillants, les actions réalisées et les objectifs atteints.

Nous maintenons les actifs en bon état dans le but d'améliorer continuellement la sécurité, les soins et les services. Nous poursuivons également les formations données à l'ensemble du personnel.

L'équipe de gestion, les employés ainsi que les bénévoles ont raison d'être fiers du travail accompli. Le succès de ces réalisations leur appartient et c'est grâce à leur dévouement quotidien ainsi qu'à leur détermination que nous poursuivons la quête d'excellence.

Nous désirons remercier également le docteur Jacques Faucher, l'équipe de la Fondation Réal Lavertu, les généreux donateurs, le Comité des usagers et tous les autres comités qui nous appuient dans la réalisation de nos objectifs.



Alain Lavertu,
Directeur général

DÉCLARATIONS

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Les informations contenues dans le présent rapport annuel d'activités relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport d'activités de l'exercice 2017-2018

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2018.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alain Lavertu'.

Alain Lavertu,
Directeur général

RAPPORT DE DIRECTION

Nom de l'établissement
Foyer St-Anges de Ham-Nord Inc.

Code
2949-0414

Page / Idn.
100-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

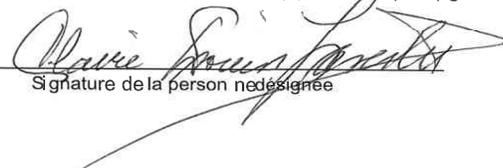
La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour ce faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

<u>20-06-2018</u>	<u>ALAIN LAARU</u>	
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
<u>20-06-2018</u>	<u>CLAIRE DROUIN</u>	
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	<u>Présidente</u>	
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA MISSION DU FOYER STS-ANGES

Depuis plus de 40 ans, le Foyer Sts-Anges offre des soins et des services à des personnes en perte d'autonomie ne pouvant plus vivre dans leur milieu naturel. Par l'implication de ses intervenants et l'excellence de ses services, il offre un Milieu de Vie ouvert sur la communauté où le résident vit au quotidien dans le respect de ses goûts, ses différences, ses valeurs et dans un environnement chaleureux, unique et sécuritaire.

Le Foyer offre deux types de service d'hébergement :

- Clientèle autonome - Programme Privé
- Clientèle en perte d'autonomie – Programme Public

LA STRUCTURE DU FOYER STS-ANGES

Foyer Sts-Anges est un CHSLD privé conventionné. Le CHSLD offre, à l'interne, en plus du gîte et du couvert, des services médicaux, sociaux, infirmiers, pharmaceutiques, diététiques, d'assistance, de réadaptation, de loisirs et de pastorale.

De plus, nos interventions s'inscrivent en complémentarité des soins et des services offerts par les hôpitaux et autres organismes communautaires du territoire.

La finalité de l'ensemble des structures administratives, politiques, règlements internes et modes de dispensation de services du CHSLD repose sur l'amélioration de la qualité de vie des résidents; ces structures sont donc gérées avec souplesse et discernement afin de préserver un milieu de vie chaleureux et respectueux des valeurs, des choix, de l'autonomie, de l'initiative, de la créativité, des droits et de l'épanouissement des individus pour lesquels elles ont été mises en place.

NOS VALEURS

Le respect des personnes

C'est avoir de la considération pour les droits et les attentes de chacun. Le respect installe un climat confortable. Nos attitudes et nos comportements doivent refléter les principes de notre Code d'éthique et de la Charte des droits des usagers. Nous croyons aussi que l'entourage de nos résidents, les personnes qui leurs sont proches ou qui les représentent ont droit à notre écoute et notre information.

La qualité des soins et des services

Notre détermination, notre capacité et notre volonté s'expriment dans l'accomplissement de nos interventions. L'ensemble de nos efforts vise à mettre en œuvre les pratiques qui sont reconnues comme les meilleures, eu égard aux ressources disponibles.

La sécurité

La sécurité physique et psychologique des personnes hébergées est au cœur de notre culture de qualité, et nous y confirmons l'adhésion profonde de chacun des membres.

La communication au cœur de nos relations

Nous reconnaissons l'importance de favoriser des échanges empreints d'authenticité, d'honnêteté et de transparence. Un savoir-dire, un savoir-écouter, un savoir-être, de même qu'un langage et des attitudes qui dégagent le respect des personnes.

L'engagement au cœur de notre équipe

L'engagement est le moteur de l'action, centré à la fois sur l'équipe et sur l'humain, notre engagement est de contribuer à mettre tout notre potentiel de réussite afin d'améliorer la qualité de vie de nos personnes hébergées.

NOTRE VISION

Dans la mesure des ressources disponibles, les objectifs poursuivis sont de :

- Réaliser des interventions de prévention, de maintien ou de réadaptation de l'autonomie biopsychosociale de la personne, en misant sur ses capacités, ses forces et le fruit de ses expériences antérieures d'adaptation au changement;
- Assurer la mise en place de conditions nécessaires pour lui fournir la meilleure qualité de vie possible et un état de bien-être acceptable;
- Rechercher, en concertation avec ses partenaires, l'adaptation constante des ressources de l'établissement et du milieu environnant à des besoins en évolution;
- Favoriser l'intégration de la personne admise à la vie de la communauté extérieure ou à celle de son entourage et promouvoir l'implication de la communauté ou de son entourage à la vie de la personne admise.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS D'ACTION

Le Foyer Sts-Anges place les résidents au cœur de ses actions et leur reconnaît le droit à des services et des soins de qualité et sécuritaires, adaptés à leurs besoins, dans un environnement agréable et par un personnel compétent, engagé et bien préparé. Aussi, il mise sur un travail d'équipe effectué avec respect et continuité des soins.

L'établissement désire avant tout, assurer à tous ses résidents un milieu de vie de qualité, sécuritaire et soucieux du respect et de l'autonomie de la personne.

La planification stratégique est donc élaborée à partir d'une mission, d'une vision et de valeurs actualisées et partagées par toutes les personnes qui gravitent autour du milieu.

NOS FORCES

Nous pouvons compter sur ses forces reconnues, tant par le personnel que par ses partenaires.

- Le milieu de vie et la qualité des services aux résidents;
- L'engagement et la détermination de l'établissement envers l'amélioration de la qualité des services;
- La préoccupation constante d'une offre de services sécuritaires;
- La renommée du CHSLD;
- Le respect des résidents et de leur autonomie dans un environnement milieu de vie;
- La cohérence du travail d'équipe au sein du personnel;
- Le comité des usagers et la Fondation Réal Lavertu, protégeant l'intérêt des résidents et contribuant à leur qualité de vie;
- Les relations harmonieuses avec les partenaires externes; l'AEPC, l'Agrément Canada, le CIUSSS et les organismes communautaires.

NOS CONTRAINTES

Nous devons tenir compte de certaines contraintes :

- Les limites budgétaires et financières permettant d'assurer les activités courantes et le développement;
- Les exigences de travail clérical pour un petit établissement en regard du processus d'agrément compte tenu du faible taux de personnel d'encadrement;
- Les caractéristiques des résidents admis en hébergement qui ont beaucoup changées, entraînant la nécessité d'ajuster l'offre de services aux besoins de chacun;
- La pénurie de main-d'œuvre spécialisée.

NOS AMÉLIORATIONS 2017-2018

Plusieurs investissements ont été accordés en collaboration avec le Club Lions et notre fondation permettant l'acquisition de divers équipements :

- Achat de deux fauteuils gériatriques (Fondation);

- Achat de six matelas de gel de haute qualité pour éviter les plaies de pression en fin de vie (Fondation);
- Achat d'un équipement médical spécifique pour lavage d'oreilles (Club Lions).

Les autres réalisations de l'exercice :

- Fin des travaux d'aménagement du poste d'infirmière;
- Achat d'un concentrateur d'oxygène;
- Achat d'équipement adéquat en lien avec la formation en entretien ménager;
- Formation pour le personnel en entretien ménager;
 - Méthodes de travail en hygiène et salubrité
- Formations pour le personnel de soins;
 - Soins fin de vie
 - Évaluation clinique de l'infirmière
 - Prévention des infections
 - Symptômes comportementaux psychologiques de la démence

NOS ORIENTATIONS 2018-2019

Plusieurs défis nous attendent au cours de la prochaine année. Beaucoup d'efforts sont également consentis chaque jour dans notre centre afin d'améliorer la qualité des services d'hébergement en poursuivant les orientations ministérielles pour un « milieu de vie » de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD incluant les mesures prioritaires suivantes :

- Refaire une partie de la couverture;
- Démolir l'ancienne cheminée en briques ;
- Implantation du deuxième bain;
- Achat de nouvelles balançoires pour l'extérieur;
- Formation hygiène et salubrité;
- Achat d'un lit électrique;
- Achat de fauteuils berçants autobloquants pour éviter les contentions et les chutes;
- Continuer l'achat de matelas de gel haute qualité pour éviter les plaies de pression

Formation :

Soins fin de vie pour le personnel de soins

Symptômes comportementaux psychologiques de la démence

NOS SUIVIS 2018-2019

Dans une optique d'amélioration continue de qualité, des énergies considérables seront dévolues pour assurer un suivi afin de maintenir nos objectifs.

- Conserver une faible incidence des infections nosocomiales;
- Poursuivre les sondages de satisfaction auprès de la clientèle et du personnel;
- Intégrer les principes du développement durable;

- Réorganisation du service de buanderie (Fonctionnement et achat);
- Maintenir le climat de travail et l'équilibre travail-famille (Comités de consultation pour l'amélioration de la qualité de vie au travail).

Activités de formation continue annuelle :

- L'utilisation du tableau d'aide individualisée sur le SMAF
- Réanimation cardiorespiratoire;
- Mesures et exercices d'évacuation en cas d'incendie
- Sensibilisation à la prévention du suicide
- Sensibilisation contre la maltraitance
- Sensibilisation contre le harcèlement

LES COMITÉS

LA GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques s'est rencontré à quatre reprises durant l'exercice 2017-2018. À chaque réunion, le comité a assuré le suivi des indicateurs inclus dans les rapports trimestriels concernant les infections nosocomiales, les incidents et accidents et les événements sentinelles tel que décrit dans le programme de gestion des risques.

En cours d'année, tous les accidents avec conséquences modérées à graves ont fait l'objet d'une divulgation auprès des résidents ou de leurs représentants.

Une analyse prospective a été menée portant sur le système incendie. Le but est d'identifier les améliorations à apporter et de prévenir les défaillances du système. L'analyse a été présentée au comité de gestion des risques.

Nombre d'évènements par gravité

Regroupement	Niveau de gravité									
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	ND	Total
2016-2017	10	13	82	55	33	1	0	0	0	194
2017-2018	2	6	85	58	27	0	0	0	0	178

Prévention et contrôle des infections (Voir annexe A)

COMITÉ DE VIGILANCE

Le comité de vigilance s'est rencontré à quatre reprises durant l'exercice 2017-2018. Lors de ces rencontres, aucune recommandation n'a été émise par le commissaire.

COMITÉ DE MILIEU DE VIE

Le comité de milieu de vie s'est rencontré à trois reprises durant l'exercice 2017-2018. Lors de ces rencontres divers projets dans le but d'améliorer le milieu de vie ont été soumis et réalisés avec la collaboration de la direction.

COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers a comme objectif de représenter et soutenir l'utilisateur dans ses démarches auprès de l'organisme et de s'assurer du bien-être des usagers.

(Voir annexe B)

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Notre établissement est relié au CIUSSS de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec de notre territoire concernant la politique portant sur les soins de fin de vie.

DONNÉES SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

	Foyer Sts-Anges de Ham-Nord
2017-2018	
Nombre de personnes en fin de vie durant l'exercice	19
Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées	0
– Motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été	N/A

LES RESSOURSE HUMAINES

DONNÉES SUR LA CLIENTÈLE

	Foyer Sts-Anges de Ham-Nord
2017-2018	
Nombre de lits au permis au 31 mars 2018	28
Admissions	36
Sortis	24
Décès	19
Taux d'occupation	98,06 %

DONNÉES SUR LE PERSONNEL

2017-2018	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres (en date 31 mars)		
Temps complet	1	1
Temps partiel : Nombre de personnes : équivalents temps complet	0	0
Les employés réguliers (en date 31 mars)		
Temps complet	3	3
Temps partiel : Nombre de personnes : équivalents temps complet	23	23
Les occasionnels		
Nombres d'heures rémunérées au cours de l'exercice		5657
Équivalents temps complet	3	3

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



PELLERIN POTVIN GAGNON

SECURE - COMPTABLES PROFESSIONNELS AGREGES

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du conseil d'administration de
FOYER SAINTS-ANGES DE HAM-NORD INC.

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de FOYER SAINTS-ANGES DE HAM-NORD INC. inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2018 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

Fondement de l'opinion avec réserve

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les états financiers n'incluent pas les informations financières relatives aux immobilisations, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2018 et 2017 n'ont pas été déterminées.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de FOYER SAINTS-ANGES DE HAM-NORD INC. au 31 mars 2018 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 2 des états financiers, qui décrit le référentiel comptable appliqué. Les états financiers ont été préparés pour permettre à FOYER SAINTS-ANGES DE HAM-NORD INC. de se conformer aux exigences en matière d'information financière du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En conséquence, il est possible que les états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement à FOYER SAINTS-ANGES DE HAM-NORD INC. et au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLVQ chapitre S-4.2) et à l'Annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.



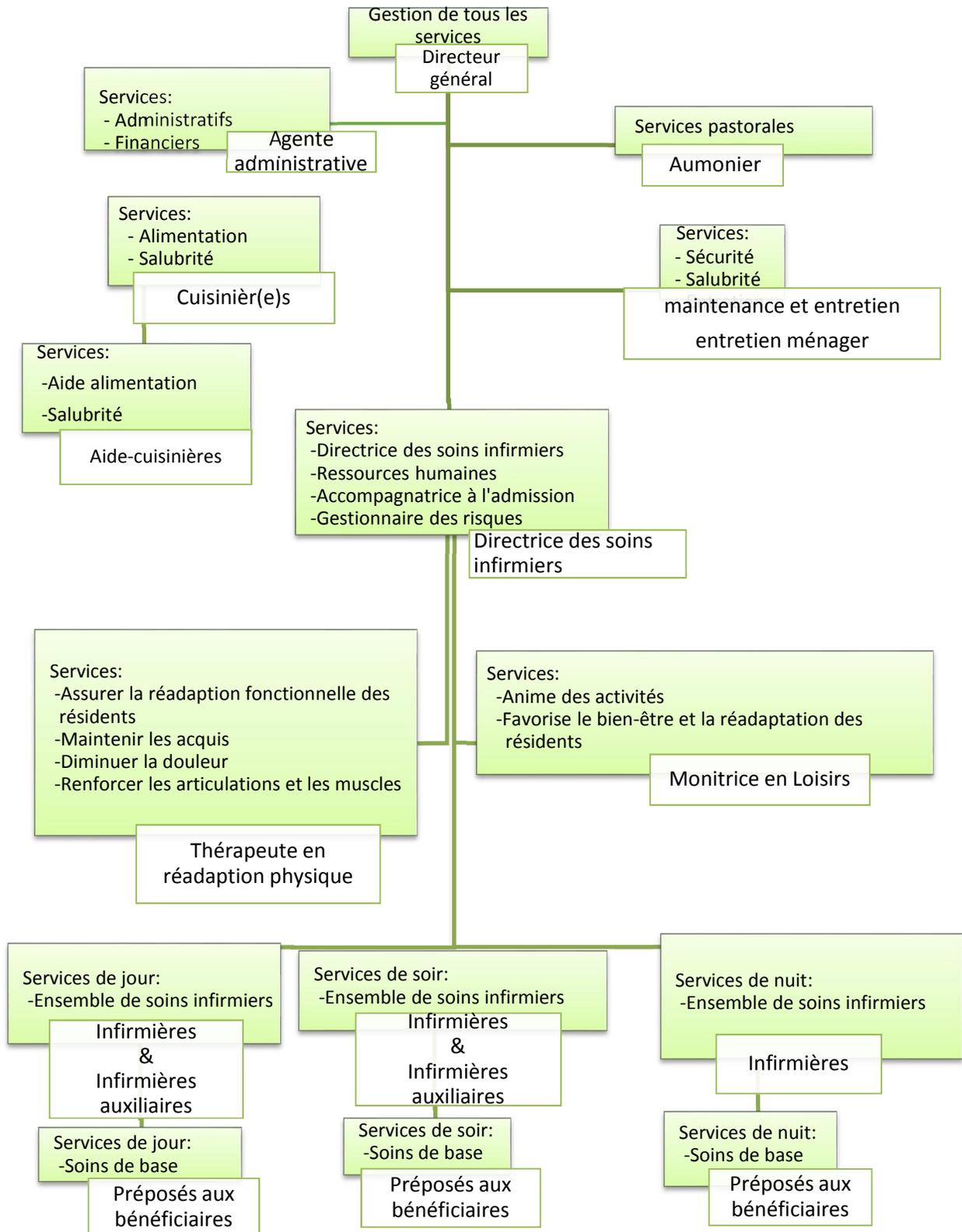
PELLERIN POTVIN GAGNON SENCRL

Victoriaville, le 20 juin 2018

* CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A110750



ORGANIGRAMME



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DE L'ADMINISTRATEUR

L'administration d'un établissement public et privé conventionné de santé et de services sociaux doit reposer sur un lien de confiance entre le Foyer Sts-Anges et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante de l'administrateur de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Le présent Code d'éthique s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

En outre, le Foyer Sts-Anges est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

L'administrateur...

1. ...est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
2. ...doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
3. ...est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
4. ...respecte la confidentialité de tout renseignement obtenu dans le cadre de son mandat soit de nature commerciale ou de nature à impliquer les usagers.
5. ...souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
6. ...exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
7. ...participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
8. ...contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
9. ...exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

- 10.** ...doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.
- 11.** ...agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 12.** ...dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 13.** ...est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 14.** ...doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

ANNEXE A



CHSLD

Foyer Sts-Anges

RAPPORT ANNUEL

Surveillance globale des infections nosocomiales CHSLD Foyer Sts-Anges

Année financière 2017-2018

(1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018)

Préparé par :

Lyne Boutin, Directrice des soins infirmiers

Avril 2018

Introduction

Les infections nosocomiales constituent une cause majeure de complications reliées à l'administration de soins. Elles sont des accidents en partie évitables et se traduisent par un accroissement de la morbidité, de la mortalité et d'une majoration importante des coûts de santé (MSSS, 2006).

Ce présent rapport dresse le bilan de l'année 2017-2018 pour le CHSLD Foyer St-Anges. Il relate pour une troisième année, le portrait des transmissions nosocomiales dans le milieu de vie.

Description du milieu

Le milieu se constitue de deux secteurs, soit le **secteur CHSLD** avec 28 lits au permis et le **secteur Privé** avec 10 lits dressés, pour un total de 38 lits.

Aucune distinction n'est faite entre les deux secteurs pour ce qui est de la prévention des infections puisqu'ils partagent les mêmes lieux publics.

La surveillance

La surveillance des infections nosocomiales constitue l'élément central du service de prévention et contrôle des infections. Son but premier est de détecter la survenue d'infections nosocomiales et de permettre d'établir les incidences de base à la suite de prestation de soins de santé. Cette surveillance se fait selon un processus continu qui permet de déceler précocement les problèmes, de déterminer les principaux enjeux et les priorités d'un programme et de faire des comparaisons internes et externes (MSSS, 2006).

Le foyer Sts-Anges se conforme aux recommandations ministérielles en effectuant un suivi systématique de toute situation à risque de transmission dans le milieu de vie. Pour y parvenir :

- Un suivi quotidien est assuré dans le milieu;
- Un processus continu s'installe :
 - Élaboration de communiqués et/ou recommandations selon les demandes formulées et les besoins observés;
 - Sensibilisation sur l'importance du respect des pratiques exemplaires en matière de prévention et contrôle des infections ainsi que des recommandations qui en découlent;
 - Planification annuelle de la vaccination contre l'influenza pour les résidents hébergés;
 - Activités de sensibilisation sur l'hygiène des mains et les pratiques de base;
 - Séances d'observation pour l'hygiène et salubrité :
 - Séances d'observation pour l'hygiène des mains - à venir;
 - Séances d'observation sur les pratiques PCI dans le milieu de vie - à venir.

But de la surveillance

- Détecter la survenue d'infections nosocomiales et en établir les taux d'incidence;
- Supporter les équipes dans l'application des mesures PCI;

Objectifs de la surveillance

- Orienter les actions des différents intervenants;
- Consolider les mesures PCI au quotidien;
- Détecter précocement la survenue d'infections nosocomiales;
- Prévenir les éclosions et/ou en limiter les conséquences;
- Restreindre le risque d'acquisition ou de contamination d'infections nosocomiales;
- Restreindre le nombre de résidents isolés ainsi que le nombre de jours-présence d'isolement;
- Assurer un environnement sécuritaire pour l'ensemble des résidents, intervenants ou visiteurs transigeant dans les différents milieux de vie.

Une surveillance globale

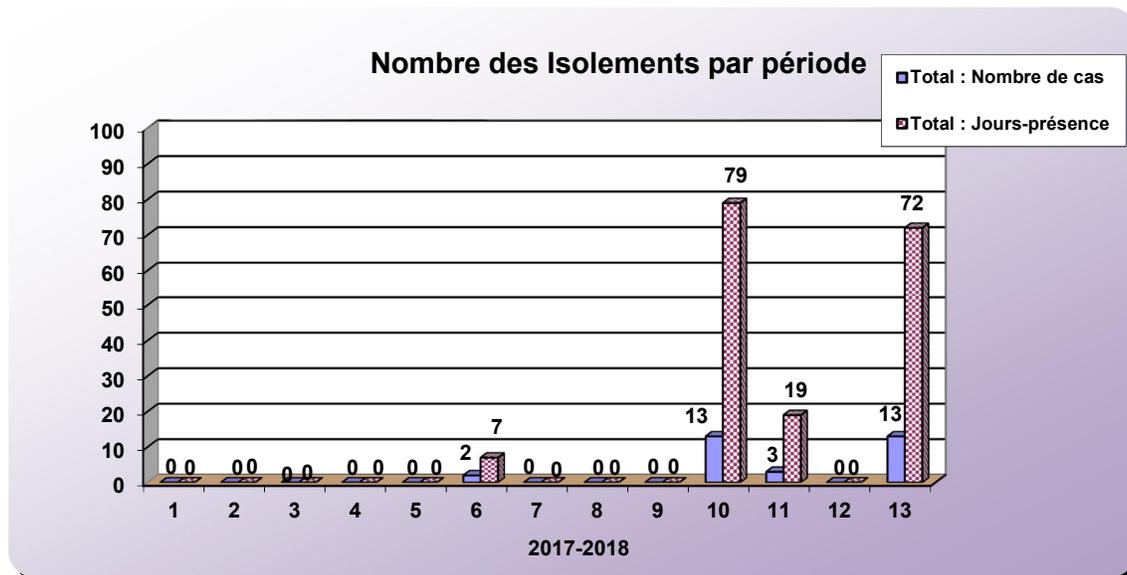
Une surveillance globale des différentes problématiques infectieuses susceptibles de se présenter en milieu de soins est effectuée par l'équipe de soins en collaboration avec la directrice des soins. Le tableau ci-dessous résume celles les plus rencontrées. Comme à chacune des années de surveillance, les virus saisonniers sont ceux qui affectent le plus notre clientèle. On note que les diarrhées infectieuses (de type gastroentérite), les infections des voies respiratoires telles que les SAG représentent respectivement 44,8 %, et 41,4 % des cas d'isolement.

Sts-Anges 2017/2018	Nombre de cas	% cas	Nbre jours-présence	% jours-présence
Clostridium difficile	0	0,0%	0	0,0%
Diarrhée infectieuse	13	44,8%	60	33,9%
ERV	1	3,4%	32	18,1%
Influenza A	0	0,0%	0	0,0%
Influenza B	0	0,0%	0	0,0%
IVRS	2	6,9%	14	7,9%
SAG	12	41,4%	60	33,9%
Zona	1	6,9%	17	9,6%
Dépistage C. difficile	0	0,0%	0	0,0%
Dépistage influenza	3	10,3%	6	3,4%
Dépistage SARM-ERV	0	0,0%	0	0,0%
Dépistage Autre	0	0,0%	0	0,0%
Autres diagnostics	0	0,0%	0	0,0%
Moins «Plus d'un diagnostic»	4	13,8%	12	6,8%
Total	29	100%	177	100%

Il est intéressant de constater qu'un résident porteur de la bactérie « Entérocoque résistant à la vancomycine » (ERV) a été hébergé dans notre résidence pour une période de 32 jours. Le ERV est une bactérie qui se disperse facilement dans l'environnement et est donc à risque de contaminer plus facilement les résidents. Jusqu'à maintenant, aucune contamination n'est répertoriée.

A noter que la distinction ici faite entre IVRS et SAG, se situe au niveau des symptômes. En fait, les IVRS sont calculés de façon à répertorier les cas ayant très peu de symptômes. Tandis que les cas de SAG répertorient les résidents plus symptomatiques nécessitant des mesures d'isolement.

Le graphique ci-dessous démontre les périodes les plus touchées en relatant le nombre de cas isolés à chacune des périodes de l'année. Ces périodes correspondent à la circulation des virus saisonniers. Soit les périodes 10, 11 et 13 (déc. à mars).



Ce sont 29 résidents qui ont nécessité un isolement tout au long de l'année.

Le descriptif par période est relaté comme suit :

- **Période 10** (déc.-janv.), ce sont les cas de diarrhées infectieuses qui ont prédominés et qui ont nécessité des mesures d'éclosion. L'éclosion s'est confirmée le 2017-12-27 pour se terminer rapidement 9 jours plus tard. Elle a touché 11 résidents avec des symptômes modérés. De plus 2 résidents ont présenté été isolés pour une allure grippal à ce même moment. Certains professionnels ont présentés également des symptômes;
- **Période 11** (janv.-février), allures grippales;
- **Période 13** (mars), période touchée particulièrement par les allures grippales chez 12 résidents dont 3 ont subi un dépistage influenza qui s'est avéré négatif. Les mesures de contrôle ont permis à la situation de se résorbée en 18 jours. Notons la présence de circulation également chez les employés.

Surveillance de la grippe

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée offrent des services à une clientèle qui, en raison de leur état de santé, de leur vulnérabilité et de leur âge, risque de développer certaines

complications, si elle contracte le virus de la grippe. Les travailleurs, les visiteurs, ainsi que les regroupements de personnes lors d'activités favorisent la propagation des virus, telle l'influenza. C'est pourquoi il est important de pouvoir déceler rapidement toute activité virale en effectuant des surveillances quotidiennes et hebdomadaires dans les milieux de vie.

Soulignons qu'aucun cas dépisté ne s'est avéré positif pour **l'influenza A** cette année.

La vaccination demeure le **meilleur moyen de prévention** de la grippe. Il a été démontré que la vaccination de la clientèle combinée à celle des travailleurs de la santé contribue à réduire non seulement les symptômes grippaux et les cas de grippe, mais aussi la morbidité et la mortalité chez les résidents. De plus, le nombre annuel d'éclosions en CHSLD décroît avec l'augmentation du taux de couverture vaccinale chez la clientèle et chez le personnel soignant. La sensibilisation auprès de tous demeure donc une priorité.

Le tableau qui suit dresse le portrait de la compliance à la vaccination annuelle et permet un comparatif
Taux de couverture vaccinale

	Résidents (Public)			Résidents (Privé)			Total Résidents		
	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2015-2016	2016-2017	2017-2018
# Résidents / travailleurs	28	28	28	9	10	10	37	38	38
# Doses	26	26	25	6	7	8	32	33	33
TCV	93,0%	93,0%	89,0%	67,0%	70,0%	80,0%	86,0%	87,0%	87,0%
Cible %	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Pneumocoque	9	1	1	4	0	0	13	1	1

	Travailleurs		
	2015-2016	2016-2017	2017-2018
# Résidents / travailleurs	40	38	38
# Doses	10	12	8
TCV	25,0%	32,0%	21,0%
Cible %	80%	80%	80%
Pneumocoque	0	0	0

La cible (90%) de vaccination contre la grippe chez les résidents est près d'être atteinte cette année avec un taux total de 87% tout comme l'année précédente.

La vaccination demeure un enjeu important chez les travailleurs de la santé. Nous observons une diminution du taux de vaccination notée soit, 21%. Toutefois ce taux de couverture vaccinale demeure sous la cible du MSSS qui est de 80%.

Surveillance *Clostridium difficile*

Aucun cas n'est répertorié cette année (cf tableau).

Surveillance SARM

Cette année, deux nouvelles admission de résident porteur de la bactérie du « Staphylocoque Auréus résistant à la méthicilline » (SARM) ont séjourné pour un total de 22 journées. Aucune transmission de la bactérie n'a été répertoriée.

CONCLUSION

La problématique des infections nosocomiales constitue un défi pour un milieu de vie. Elle se doit d'être une responsabilité partagée par les administrateurs, les gestionnaires, les médecins, les professionnels, les intervenants et le personnel du service d'hygiène et salubrité. L'implication de chacun des travailleurs de la santé est donc essentielle au succès de la prévention et du contrôle des infections dans le milieu.

Merci à tous de contribuer à la santé de nos résidents!

La direction.



Directrice des soins infirmiers

ANNEXE B



Rapport annuel

1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Présentation

Le Foyer Sts-Anges de Ham-nord est situé dans la municipalité rurale de Ham-Nord, dont la population est de 832 résidents, dans la M.R.C. des Bois-Francs.

Le Foyer est un établissement privé conventionné d'une capacité de 38 résidents ; soit 10 lits au privé et 28 lits au public. La moyenne d'âge est de 85 ans et la grande majorité est non autonome et se déplace en fauteuil roulant.

Mot de la présidente

Au cours de l'année 2017, le comité des usagers accueillait un nouveau membre.

Nous avons tenu cinq réunions et une assemblée annuelle au cours de laquelle ont participé les familles des résidents.

Cet évènement se déroule à la salle communautaire de Ham- Nord située en face du Foyer. Il est accompagné d'un buffet. Nous sollicitons l'aide de préposés pour le transport des résidents. Le comité profite de cette activité pour expliquer son rôle et en faire la promotion. Nous en profitons pour solliciter des personnes pour faire partie du comité. Lors de la réunion annuelle en septembre 2017, il y a eu élection.

Priorités et réalisations

Nous avons réalisé notre objectif de rencontrer au cours de l'année tous les résidents.

Nous avons remis aux familles lors de notre assemblée annuelle une carte avec le numéro de téléphone et notre site internet. On a aussi affiché à l'entrée du Foyer les photos et les noms des membres. Nous avons en plus installé une boîte de suggestions. Et à chaque nouvelle admission, notre carte d'affaires un dépliant des droits des usagers et du rôle du comité sont inclus dans la pochette remise aux familles par la direction des services infirmiers.

Nous avons tenu une rencontre de promotion et d'information auprès des résidents, suivies d'une activité sociale.

De plus, un membre du comité des usagers assiste aux réunions du comité de gestion à risque.

Nous n'avons reçu aucune plainte au cours de l'année. Mais, nous devons souligner l'excellente collaboration de la Direction lorsque nous lui suggérons des améliorations à la qualité de vie des résidents.

Composition du comité des usagers

Lise Ramsay : présidente

Cécile Goulet: trésorière

Berthe Turcotte : membre

Nathalie Paquette : membre

Francine Dubois : membre

Jean-Claude Létourneau : membre représentant des usagers

Sarah Aubert , Kim Cormier : personnes ressources du foyer.

Coordonnées des membres

Boîte Vocale tél : 819-464-2940

Comitedesusagers@sogetel.net

**Personne- ressource : Sarah Aubert tél : 819-344-2940
Kim Cormier**

Conclusion

Comme présidente, je peux témoigner que le comité des usagers du Foyer Sts-Anges de Ham-Nord s'est toujours appliqué à respecter intégralement le mandat qui lui a été assigné. Ce dont il peut se vanter particulièrement est d'avoir travaillé de concert avec la Direction du foyer à l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers.

Il visite les nouveaux résidents. Il participera activement au comité de gestion des risques. Enfin, le comité des usagers a assuré sa collaboration lors de la visite de l'Agrément en 2017.

Je tiens à remercier tous les membres du comité pour leur participation et leur dévouement dans le plus grand respect des engagements pris à l'égard des résidents. Mes remerciements s'adressent également à M. Alain Lavertu, Directeur du Foyer des Sts-Anges de Ham-Nord et au personnel de l'établissement pour la qualité de leur travail et leur soutien au comité des usagers.

Lise Ramsay
Présidente du comité des usagers

ANNEXE C

CHSLD Foyer Sts-Anges
493 rue Principale
Ham-Nord, Québec
G0P 1A0

RAPPORT ANNUEL

Application de la procédure d'examen des plaintes

1er Avril 2017 au 31 mars 2018

Michèle Gagnon
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Bilan des autres fonctions réalisées par le CLPQS

Nombres d'activités par catégorie

Période du 1^{er} Avril 2017 au 31 mars 2018

Nom de l'Établissement : Foyer Sts-Anges de Ham-Nord

ASSISTANCE	Nombre
Aide à la formulation d'une plainte	
Aide concernant un soin ou un service	
TOTAL	

CONSULTATIONS	Nombre
Nombre total de consultations	4

AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

Ce tableau inclut le nombre d'activités relatives à l'exercice des autres fonctions du CLPQS

PROMOTION / INFORMATION	Nombre
Droits et obligations des usagers	1
Code d'éthique	1
Régime et procédures d'examen des plaintes	1
Autres	
Sous-total	3

COMMUNICATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION	Nombre
Bilan des dossiers de plaintes et des interventions	1
Autres	
Sous-Total	1
PARTICIPATION AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	Nombre
Participation au comité de vigilance	4
Sous-total	4
COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	Nombre
Collaboration avec le comité des usagers	1
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	1
Sous-total	2
TOTAL DES AUTRES FONCTIONS	10