

Groupe Roy Santé Inc.

Sur la route de l'Excellence avec une gestion Humaine des ressources par une gestion de Proximité dans l'intérêt supérieur des résidents!



2024-2025



Rapport annuel de gestion

Le Groupe Roy Santé présente son rapport annuel de gestion qui fait état des réalisations de l'année 2024-2025.



« Les gens qui marquent l'histoire des organisations ne le font pas tant par des coups d'éclat que par leur travail quotidien auprès de leurs pairs, en exprimant avec humilité leurs croyances dans les actions qu'ils mènent et surtout en ayant cette capacité à leur donner un sens. »

Octobre 2022

*Diane Gauthier,
Directrice générale
2008 - 2021*

LISTE DES ACRONYMES

AEPC	Association des établissements privés conventionnés
BNQ	Bureau de normalisation du Québec
CCOMTL	CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal
CCSMTL	CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
CEMTL	CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
CGRPI	Conseiller de gestion des risques et de la prévention des infections
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESST	Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CPSSTME	Comité paritaire en santé et sécurité au travail et au mieux-être
DSQ	Dossier de santé du Québec
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OTSTCFQ	ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général
PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SIED	Système d'information des événements démographiques

Table des matières

1	MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE.....	5
2	DÉCLARATIONS.....	7
2.1	Déclaration de fiabilité des données.....	7
2.2	Rapport de la direction.....	8
3	PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION	9
3.1	Le Groupe Roy Santé et ses établissements.....	9
3.1.1	Centre Le Royer	9
3.1.2	CHSLD St-Georges.....	10
3.2	La mission.....	10
3.3	Les caractéristiques de notre clientèle (statistique)	11
3.4	L'organigramme du Groupe Roy Santé	12
3.5	Contexte, faits saillants de nos directions et secteurs d'activités	13
4	LES RÉSULTATS OBTENUS	19
4.1	Le plan stratégique 2020-2025 du Groupe Roy Santé	19
4.2	L'agrément.....	38
4.3	La sécurité des soins et des services	39
4.3.1	Application des mesures de contrôle	40
4.3.3	Suivi aux recommandations du coroner	43
4.3.4	Suivi aux recommandations du protecteur du citoyen	43
4.3.5	Suivi aux autres recommandations formulées.....	43
4.3.6	Application du protocole encadrant la mise sous garde de personnes	43
4.4	L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	43
4.5	L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	44
4.6	L'application de la politique de divulgation des actes répréhensibles	45
4.7	L'information et la consultation de la clientèle.....	46
4.8	Loi sur la gestion de contrats	47
5	COMITÉS ET CONSEILS EN VERTU DE LA LOI	48
5.1	Le Conseil d'administration	48
5.2	Le Comité de direction.....	48

5.3	Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	49
	Les faits saillants.....	49
5.4	Le Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et le Conseil des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA) ...	50
	Les faits saillants.....	50
	Les avis, les recommandations ou commentaires	50
5.5	Les Comités des usagers et de résidents.....	51
5.6	Le Comité de vigilance et de la qualité	51
5.7	Le Comité de gestion des risques.....	51
5.8	Le Comité d'éthique	55
	Les faits saillants.....	55
5.9	Le Comité de Santé Environnementale	56
	Les faits saillants.....	56
5.10	Bénévoles	57
6	LA FONDATION DU GROUPE ROY SANTÉ	58
7	LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ORGANISATION	59
8	RESSOURCES FINANCIÈRES.....	60
9	CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	61

1 MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Madame, Monsieur,

Ce rapport annuel témoigne de la détermination et de l'engagement du Groupe Roy Santé à poursuivre sa mission avec cœur et conviction. Notre vision du milieu de vie dépasse celle d'un simple lieu d'hébergement : c'est un espace où la vie se poursuit pleinement, animé par la bienveillance du personnel, le respect de l'histoire de chacun et la richesse des liens humains.

L'année 2024-2025 s'inscrit dans la continuité des efforts déployés au fil des ans, avec toujours la même priorité : offrir des soins et services sécuritaires et de qualité, dans un environnement humain et respectueux.

Un changement structurant a marqué cette année : le Milieu de vie est désormais sous la responsabilité directe de la direction générale. Ce choix stratégique reflète notre volonté de placer au cœur de nos décisions l'expérience de la personne hébergée.

En mai 2025, la reconduction de notre certification « Entreprise en santé Élite » – désormais sous la bannière de Cœsion SP – est venue souligner une fois de plus que le bien-être du personnel est indissociable de l'excellence des soins. Le climat de travail repose sur la collaboration, le respect mutuel et le sentiment de contribuer à une mission commune.

Nous avons également investi temps et énergie pour nous adapter aux nouvelles orientations ministérielles, notamment la Loi visant à lutter contre la maltraitance et la Politique d'hébergement de soins et de services de longue durée (PHSSLD). Des formations et rencontres ont été offertes à l'ensemble du personnel, des gestionnaires, des résidents et de leurs proches, afin de rappeler l'importance de la prévention et de la déclaration obligatoire de toute situation de maltraitance. Ce devoir nous engage tous.

Nous préparons activement la prochaine visite d'Agrément Canada, prévue à l'automne 2025. Cette démarche s'appuie sur la rigueur, la qualité des pratiques, et l'engagement de nos équipes à constamment améliorer les outils et procédures, en réponse à l'évolution des besoins et aux exigences ministérielles.

Cette année a aussi été marquée par de grands défis : contraintes budgétaires, pénurie de main-d'œuvre et fin du recours au personnel d'agence dans le cadre de l'initiative « MOI-ZÉRO ». Face à cette réalité, des plans de contingence ont été élaborés pour mobiliser nos ressources internes et maintenir un environnement stable et bienveillant. La stabilité, la compétence et le sentiment d'appartenance de nos équipes sont les piliers de la qualité des soins que nous offrons.

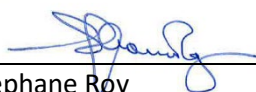
Toujours guidés par le respect et la collaboration, nous avons placé l'expérience des résidents et de leurs proches au centre de notre réflexion. C'est dans cet esprit qu'est né le programme Carrefour – Résident et proches partenaires, qui met en lumière l'importance de leur implication dans les décisions du quotidien.

Parmi nos projets phares, nous sommes fiers de « l'Expérience Repas », un chantier majeur amorcé en 2024-2025. Ce projet mobilise l'ensemble des équipes autour d'une idée forte : faire du repas un moment de plaisir, de dignité et de personnalisation du milieu de vie. Impliquant les résidents, leurs familles et nos partenaires, il reflète notre engagement à bâtir un lieu de vie stimulant, chaleureux et humain – pour les personnes hébergées comme pour le personnel.

L'année 2025 marque aussi la fin de notre planification stratégique 2020-2025. Cette période nous a permis de renforcer nos équipes et d'accroître notre capacité d'adaptation dans un contexte en constante évolution. Nous avons amorcé la réflexion en vue de la planification 2025-2030, qui orientera nos actions pour les cinq prochaines années. Elle sera fondée sur l'expérience acquise, les réalités actuelles et notre volonté de bâtir une culture de Milieu de vie en partenariat avec les personnes hébergées et leurs proches.

Nous souhaitons continuer à enrichir la vie en communauté, tant pour les résidents que pour l'ensemble du personnel.

Parce que nous portons la conviction profonde que la vie continue en CHSLD.



Stéphane Roy
Président



Marie-France Goyette
Directrice générale

2 DÉCLARATIONS

2.1 Déclaration de fiabilité des données



Le 30 juin 2025

Objet : Déclaration sur la fiabilité des données

À titre de directrice générale du Groupe Roy Santé inc., j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2024-2025 du Groupe Roy Santé :

- 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 que 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 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marie-France Goyette'.

Marie-France Goyette
Directrice générale

2.2 Rapport de la direction



Le 30 juin 2025

Objet : Rapport de la direction

Les états financiers du Groupe Roy Santé inc. ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur 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 édictée en vertu des articles 295 et 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Groupe Roy Santé reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

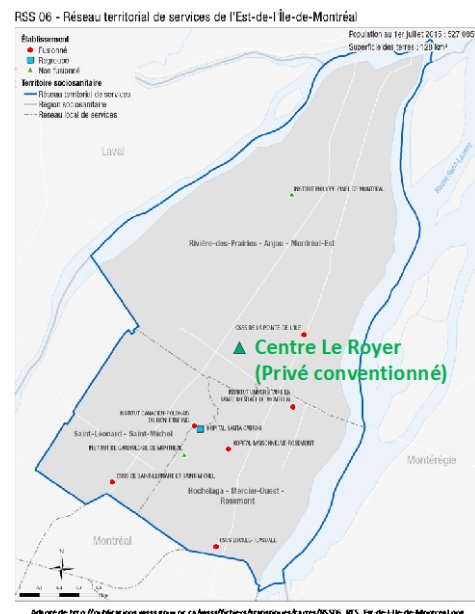
Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marie-Frane Goyette", is placed over a light blue rectangular background.

Marie-Frane Goyette
Directrice générale

Les établissements du Groupe Roy Santé répondent aux besoins de soins infirmiers et d'assistance, de service de réadaptation, psychosocial, pharmaceutique et médical des personnes âgées qui, en raison de leur perte d'autonomie physique et psychologique, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel. La clientèle admise est en grande perte d'autonomie avec des problèmes complexes de santé physique, des déficits cognitifs et, dans certains cas, des comportements dysfonctionnels. Les services sont planifiés en partenariat avec le résident ainsi qu'avec l'apport des familles et des proches tout en respectant les besoins individuels de chacun. Sur le plan des espaces communs et des dimensions de chambres, nous avons deux environnements physiques attrayants et conformes aux normes pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.

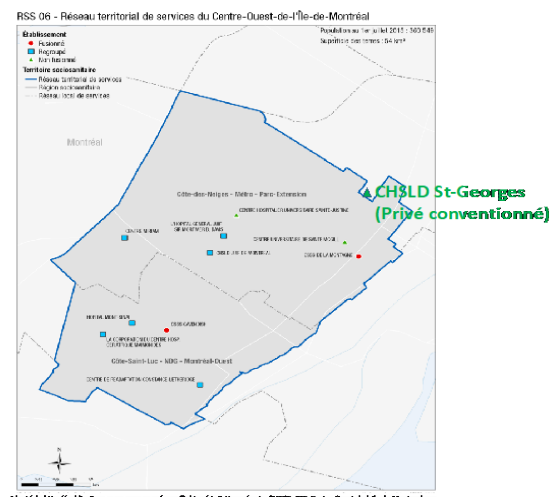
Au Centre Le Royer, une unité adaptée regroupe des résidents qui présentent, de façon prédominante, des atteintes physiques sans déficits cognitifs. Les résidents de cette unité peuvent ainsi mieux partager des affinités communes et bénéficier de services correspondant davantage à leurs besoins. Ce programme est implanté depuis plusieurs années et est très apprécié des résidents et de leurs proches ainsi que des partenaires du réseau.



3.1.2 CHSLD St-Georges

Le CHSLD St-Georges a été complètement rénové, agrandi et livré par la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) le 24 mai 2004. Le CHSLD St-Georges dessert une population multiethnique. L'une des unités de vie est un micromilieu adapté pour les résidents qui présentent des déficits cognitifs et des comportements d'errance intrusive. Une seconde unité regroupe des résidents qui présentent des atteintes neurocognitives sévères. Les résidents qui habitent ces micromilieus bénéficient donc d'une programmation de services mieux adaptés à leur condition. Il arrive toutefois des situations où il nous faut réévaluer les besoins d'un résident et conclure que le micromilieu ne peut y répondre adéquatement. L'établissement assume alors ses responsabilités en collaborant avec les professionnels du mécanisme d'accès à l'hébergement du territoire afin d'identifier un autre milieu mieux adapté aux besoins du résident.

En novembre 2011, un sinistre majeur est survenu au CHSLD St-Georges résultant du bris d'une conduite d'alimentation en eau à la chaufferie et salle mécanique située au sous-sol du Centre Dollard-Cormier de l'Institut universitaire sur les dépendances (maintenant connu sous le nom de Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire et intégré dans le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal) dont dépend le CHSLD St-Georges. À l'époque, ce qui demeure toujours très pertinent en 2023, et afin d'éviter que l'établissement se retrouve à nouveau dans un tel contexte de grande vulnérabilité, le Groupe Roy Santé avait déposé rapidement auprès de l'Agence régionale de Montréal un projet de relocalisation et de modernisation de ces infrastructures. Le Groupe Roy Santé et le Centre Dollard-Cormier ont de plus adressé au cours de l'année 2014-2015 une demande formelle à l'Agence de l'époque afin que soit amorcé le processus d'analyse du potentiel d'économie d'énergie découlant de ce projet de modernisation. Dans le cadre de la réorganisation du réseau initiée par le projet de Loi 10, la direction du Groupe Roy Santé s'est assurée que le projet de modernisation des infrastructures et la demande d'analyse de son potentiel d'économie d'énergie fassent partie du cahier de "briefing" de la direction du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, à qui incombe maintenant cette responsabilité. Au cours des dernières années, nous avons poursuivi nos démarches auprès de l'établissement mandataire en lien avec ce projet essentiel à la sécurité des résidents et à la stabilité de notre offre de services au CHSLD St-Georges.



3.2 La mission

« Notre mission est d'accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie et de leur offrir, en partenariat véritable avec les résidents et leurs proches, des soins et des services sécuritaires et de qualité dans le cadre d'un milieu de vie substitut chaleureux, stimulant et adapté à leur condition. »

3.3 Les caractéristiques de notre clientèle (statistique)

Année	CHSLD St-Georges					Centre Le Royer		
	Hébergement permanent		Hébergement temporaire		Taux d'occupation	Hébergement permanent		Taux d'occupation
	Admissions	Lits	Admissions	Lits		Admissions	Lits	
2017-2018	81	255	52	5	99,53%	51	96	99,63%
2018-2019	82	255	46	5	99,36%	25	96	99,52%
2019-2020	85	255	41	5	99,26%	27	96	99,56%
2020-2021	73 *	227 *	0 *	5 *	95,08% *	28 *	80 *	96,63% *
2021-2022	80 *	227 *	0 *	5 *	98,67% *	56 *	96 *	98,26% *
2022-2023	120	257	16	3	98,67%	58	96	98,86%
2023-2024	89	257	33	3	98,97%	39	96	99,07%
2024-2025	75	257	44	3	99,20%	47	96	99,29%

*Situation particulière pour les deux installations, CHSLD St-Georges et le Centre Le Royer en lien avec la pandémie qui prévaut depuis mars 2020 et avec les différentes périodes d'éclosion.

Le 25 août 2020, sous recommandation du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, nous avons dû fermer 16 lits afin de permettre l'actualisation du plan de zonage nécessaire pour contrer la pandémie de la COVID-19. Tous les lits du Centre Le Royer ont été rouverts progressivement à compter de juillet 2021 et au 31 mars 2022, tous les lits étaient ouverts et comblés.

Le 27 novembre 2020, sous recommandation des conseillères en prévention des infections du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, nous avons dû fermer 28 lits dans nos chambres semi-privées qui étaient trop petites pour respecter la distanciation de deux mètres requise pour éviter la propagation du virus. De plus, les lits temporaires ont dû également être fermés à cause de la situation sanitaire. À ce jour, cesdits lits sont tous ouverts et comblés.

À la réception de la lettre du 21 juillet 2022 de la sous-ministre adjointe, Mme Natalie Rosebush, nous avons procédé à la réouverture progressive de ces 28 lits au CHSLD St-Georges.

3.5 Contexte, faits saillants de nos directions et secteurs d'activités

L'année 2024-2025 s'est déroulée sous le signe de la consolidation, de l'amélioration continue et du renforcement de notre engagement envers le « **Milieu de vie** », dans un contexte toujours marqué par la complexité et les transformations profondes du réseau de la santé. Dans la continuité du virage amorcé l'année précédente, l'ensemble des postes de gestion ont été maintenus et consolidés, nous permettant de poursuivre notre soutien aux équipes et aux services, dans une perspective d'accompagnement dans la gestion de proximité, centrée sur la qualité de vie des résidents et du personnel qui y œuvre.

Nous avons continué à revisiter nos pratiques postpandémiques, dans un équilibre désormais intégré entre prévention, vigilance clinique et retour aux dimensions humaines qui fondent et embrassent nos valeurs organisationnelles. L'année 2025 marque ainsi la fin de notre planification stratégique actuelle et inaugure le début du prochain cycle 2025-2030, où nous nous engageons à consolider davantage nos acquis tout en préparant l'organisation à relever les défis futurs qui se présenteront à elle.

Le rattachement officiel du secteur « **Milieu de vie** » à la direction générale témoigne d'un engagement clair de l'organisation à faire de cette orientation une priorité stratégique. Cette décision, structurante et porteuse de sens, s'est accompagnée de la restructuration de certains postes clés, notamment celui de la coordination des activités d'établissement au Centre Le Royer, désormais assumé par une nouvelle ressource. Cette transition, amorcée au printemps 2025 en cohérence avec nos valeurs institutionnelles, affirme cette intention d'intégrer l'ensemble des activités entourant le milieu de vie dans une gestion 360. L'intégration d'un technicien en administration à la direction générale est venue appuyer ces changements en apportant un soutien opérationnel essentiel à la gestion croissante des exigences transversales, permettant ainsi à la direction de demeurer centrée sur les enjeux de gouvernance et de qualité.

La structure révisée, tout comme les choix organisationnels qui l'ont accompagnée réaffirment avec force l'importance que nous accordons aux soins et services, mais surtout à l'expérience vécue par les résidents au sein de leur milieu de vie. Cette reconnaissance du « **Milieu de vie** » comme fondement de notre mission s'est traduite par une série d'initiatives concrètes déployées sur le terrain. Nous avons poursuivi avec conviction l'implantation des modèles personnalisés « **d'Histoire de vie** » aux portes des chambres, enrichis au fil des mois grâce à l'implication des résidents, des proches et à la participation active des différents intervenants et du personnel. Le projet de plateforme interactive « **Connecto** », amorcé avec succès au CHSLD St-Georges, a été pleinement déployé sur cinq unités (2, 5, 6, 7 et 8), avec l'ajout d'une station mobile desservant les autres milieux de vie. Cette technologie, qui combine son, images, jeux et ambiances, a permis de renforcer les interactions entre les résidents, de créer de nouveaux liens avec les équipes et de redonner à certains espaces communs une vocation de socialisation et de stimulation.

Dans le prolongement de cette initiative, un nouveau module intégré à la plateforme « **Connecto** », baptisé « **Historio** », a vu le jour. Cette fonctionnalité complémentaire permet la création dynamique et personnalisée de « **l'Histoire de vie** » d'un résident, ou même d'un membre du personnel, sous forme de diaporama interactif diffusé directement sur les écrans du système « **Connecto** ». Grâce à une subvention octroyée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la mesure 15 de la Politique d'hébergement sur les soins et services de longue durée (PHSSLD), « **Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de soins** », le projet « **Connecto** » a pu être déployé dans des conditions optimales dans l'ensemble des unités du CHSLD St-Georges. Le module « **Historio** », pensé comme une bonification de la plateforme existante, a été développé en parallèle et intégré. Un projet pilote a été mené avec la participation de dix dyades formées de résidents et de leurs proches, ainsi que cinq employés volontaires. Ce nouveau module de « **Connecto** », qui s'arrime directement à l'approche relationnelle est maintenant en cours de déploiement progressif dans toutes les unités, venant enrichir « **la vie en CHSLD** », en valorisant et en partageant l'histoire de chaque personne vivant ou œuvrant dans nos établissements.

Le « **Programme de zoothérapie** », officiellement intégré dans nos équipes interprofessionnelles depuis plusieurs mois, a poursuivi son essor, consolidant ainsi son apport dans la réduction de l'anxiété, le maintien des acquis fonctionnels, la stimulation cognitive et la création de liens significatifs. La reconnaissance de cette

approche, tant sur le plan clinique que communautaire, a franchi un nouveau cap cette année. En juin 2024, le programme s'est vu décerner un prix d'excellence par l'*Association des établissements privés conventionnés* (AEPC), soulignant à la fois la rigueur de son encadrement et la qualité des retombées observées chez les résidents. Son rayonnement s'est également étendu au-delà de nos murs. En effet, notre zootherapeute fondatrice, **Mme Johana Křížová**, a fait l'objet d'un article à portée internationale intitulé « **Senioři jsou bohatství společnosti** » (« Les personnes âgées représentent un trésor pour la société »), paru sur **Novinky.cz**, mettant en lumière son approche unique et la richesse des liens tissés avec les résidents. Elle a également été mise en lumière dans un épisode de « Balado » diffusé sur la plateforme *Spotify*, intitulé « **Grande première en zoothérapie gériatrie et les nombreuses expertises de Johana Křížová** », dans lequel elle partage son parcours professionnel, sa vision de la relation d'aide et les retombées concrètes du programme dans nos milieux de vie. Enfin, une participation a été confirmée à la **35e conférence Alzheimer Europe**, qui se tiendra à Bologne en octobre 2025, sous le thème « **Connecting science and communities: The future of dementia care** » (« Faire le lien entre la science et les communautés : l'avenir des soins en démence »), positionnant ainsi notre programme au cœur des réflexions européennes sur l'avenir de l'accompagnement en gériatrie. Ces nombreuses sollicitations témoignent de la pertinence clinique et humaine du programme, mais également de sa capacité à inspirer d'autres milieux de soins, ici comme à l'international.

Dans la même veine, le « **Programme de musique personnalisée** » a continué d'être offert dans nos deux établissements, permettant aux résidents d'écouter des listes musicales significatives pour gérer leurs symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). Le nombre de participants et de membres du personnel formés demeure stable, consolidant cette pratique comme un levier incontournable de notre approche visant une approche non pharmacologique tant que possible.

Ces programmes, tous issus d'un engagement profond et d'une vision bientraitante, ont été complétés par la mise à jour et la révision de l'ensemble des documents rattachés au milieu de vie, incluant les programmes d'activités, les politiques, les procédures et les outils cliniques. Notre programme « **Carrefour-résident et proches partenaires** », instance vivante et participative, nous a permis de faire émerger davantage la voix des résidents, des proches et d'orienter nos actions selon leurs besoins, attentes et préférences.

Dans cette dynamique d'amélioration et d'innovation continue, nous avons maintenu avec conviction notre engagement envers des projets intergénérationnels porteurs de sens, comme le projet « **Grands-Parents** » déployé au Centre Le Royer. En collaboration avec le service des loisirs, les équipes de zoothérapie, les écoles primaires du quartier et les services de garde, des rencontres régulières permettent aux résidents de tisser des liens privilégiés avec les enfants de la communauté, de retrouver des repères affectifs significatifs et de transmettre, par le simple partage d'un moment ou d'une histoire, les savoirs issus de toute une vie. Ces initiatives incarnent pleinement notre volonté de poursuivre l'histoire de vie en CHSLD, d'enraciner nos milieux dans leur territoire et de favoriser une intégration active et vivante des personnes hébergées dans leur environnement social. **La vie continue en CHSLD!**

Dans ce même esprit de reconnexion affective, le projet « **Pouponnières** » a été maintenu dans nos milieux de vie, tout particulièrement au Centre Le Royer. Il consiste à offrir aux résidents l'occasion de prendre dans leurs bras des « **bébés** » (poupées spécialisées), dans un cadre calme et rassurant. Ce geste simple, mais chargé de symbolique, permet de faire émerger des souvenirs liés à la parentalité ou aux soins prodigués au fil de la vie. Inspirée des principes de la réminiscence, cette approche favorise l'éveil de souvenirs heureux, apaise certaines formes d'anxiété et encourage le lien émotionnel et la communication non verbale, notamment chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif. Le projet s'est naturellement intégré à notre offre d'activités, en cohérence avec notre vision d'un milieu de vie qui soutient l'expression des émotions et valorise l'histoire personnelle de chaque résident.

La **politique d'hébergement** (PHSSLD) et les orientations ministérielles en matière de bientraitance ont continué d'inspirer nos actions. En réponse à ces obligations, nous avons tenu plusieurs formations ciblées à l'intention du personnel et des gestionnaires, formations et capsules axées sur l'approche en milieu de vie, les repères légaux, les mécanismes de divulgation de la maltraitance, l'intervention précoce et l'approche bientraitante. Ces

formations ont renforcé la cohérence de nos interventions, tout en facilitant l'intégration des principes éthiques et juridiques dans les gestes du quotidien au sein d'une approche et des intentions bientraitantes.

Le travail entamé autour de la lutte contre la maltraitance s'est également intensifié. Chaque situation a été abordée avec rigueur, sérieux, discrétion et diligence, dans le respect des droits des personnes concernées avec transparence et assumant nos responsabilités. L'organisation a poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action interne en matière de bientraitance, notamment par la consolidation des activités de sensibilisation, l'animation de kiosques, et l'intégration systématique de ce thème dans les communications organisationnelles et la tournée annuelle de la direction générale. Le climat de confiance, de vigilance et de « **tolérance zéro** » à l'égard de toute forme de maltraitance s'est vu renforcé par ces démarches structurées, par une formation spécifique dispensée par une avocate spécialisée en la matière, contribuant ainsi à créer un environnement toujours plus sécurisant, respectueux et digne de confiance.

Des gestes symboliques, porteurs de sens et de mobilisation, sont venus appuyer ces efforts. Le 1^{er} octobre 2024, l'organisation a fièrement pris part à « **La Marche citoyenne : agissons ensemble pour le mieux-être des aînés** », un événement qui a rassemblé divers acteurs du réseau de la santé et des milieux communautaires montréalais dans un élan collectif de reconnaissance et d'engagement pour la bientraitance des adultes en perte d'autonomie. En juin 2024, dans le cadre de la campagne nationale menée par l'AEPC, « des signets à planter » – remplis de graines de fleurs et de plantes vertes – ont été distribués à l'ensemble des milieux. Ces signets, porteurs de messages de sensibilisation et de slogans inspirants en faveur de la bientraitance, ont servi de point de départ à une activité autour du jardinage symbolisant l'enracinement de cette valeur dans notre quotidien organisationnel.

Enfin, entre les mois de septembre et d'avril, un article consacré aux enjeux de maltraitance et à la promotion active de la bientraitance a été publié chaque mois dans nos journaux internes, contribuant à maintenir l'attention et l'engagement des équipes, des résidents, des familles, des proches et des partenaires sur ces enjeux fondamentaux. Ces actions concertées ont permis non seulement de maintenir un haut niveau de vigilance, mais aussi d'outiller concrètement les milieux et les personnes à agir, à nommer et à prévenir, dans une dynamique collective cohérente, structurée et responsabilisante.

Dans un contexte de plus en plus contraint sur le plan budgétaire, avec des restrictions gouvernementales importantes dans le réseau de la santé, l'organisation a fait preuve d'agilité, de rigueur et de créativité afin de maintenir de hauts standards de qualité. Des exercices d'optimisation sont menés dans tous les secteurs, sans compromettre la qualité des soins et services offerts aux résidents. Ce souci d'efficacité s'est également traduit par une attention minutieuse aux priorités cliniques et humaines.

Notre certification « **Entreprise en santé** » niveau « **Élite** » a également été renouvelé mars 2024, puis tout récemment en mai 2025. Cette reconnaissance souligne nos efforts soutenus tout au long de l'année pour maintenir un environnement de travail sain, respectueux et stimulant, à travers une série d'initiatives en matière de formation, de soutien aux équipes et de développement des compétences. Notre Plan de développement des ressources humaines (PDRH) a été particulièrement actif cette année. Il a permis l'intégration de nouvelles formations et l'élargissement des parcours de formation professionnelle à l'ensemble des catégories de personnel.

Le virage vers le « **MOI-ZÉRO** » (main-d'œuvre indépendante), bien que son interdiction officielle ne soit pas encore en vigueur, a été anticipé de manière volontaire par l'organisation, qui a choisi de ne plus y recourir depuis janvier 2025. Cette décision courageuse et proactive a exigé une adaptation rapide et coordonnée de nos plans de contingence et plans opérationnels. Ces ajustements ont été réalisés avec le soutien des gestionnaires de proximité, dont le rôle a été central dans la gestion quotidienne des horaires, des absences, des besoins cliniques urgents et des réalités opérationnelles, et ce, toujours en maintenant notre ferme intention à ne pas recourir au TSO (Temps supplémentaire obligatoire). La gestion de la présence au travail est devenue une priorité absolue pour tous. C'est dans cet esprit que la « **Mission Proximité** » a pris tout son sens, garantissant une présence constante des chefs d'unité, coordonnateurs, chefs de service et chefs de secteur sur tous les quarts pour favoriser une gestion davantage ancrée dans les réalités quotidiennes.

Dans ce même élan, des initiatives de formation originales ont été déployées. Une troupe de théâtre professionnelle est venue mettre en scène des situations concrètes en lien avec notre « **Programme de civilité** ». Les représentations, très bien accueillies, ont fait l'objet d'une captation vidéo afin d'assurer leur diffusion continue et leur accessibilité à l'ensemble du personnel sur notre plateforme de formation « L'Académie du Groupe Roy Santé ». Cette approche innovante s'inscrit dans notre volonté de promouvoir un climat de travail sain exempt d'incivilité, d'abus de pouvoir ou de toute forme de violence, dans un contexte où les exigences légales en matière de santé et sécurité psychologique au travail ne cessent de se raffermir.

Au cours de la dernière année, la direction des soins infirmiers a poursuivi son travail de création, de révision et de normalisation de nombreuses politiques, procédures, protocoles, formulaires ainsi que d'aide-mémoire détaillés, répondant à la fois à l'évolution des normes du MSSS ainsi qu'aux besoins spécifiques des résidents. Ce travail majeur s'est inscrit dans une volonté de consolider la rigueur et l'exactitude des actes posés tout en gardant à l'esprit la primauté du lien humain. L'actualisation de ces outils repose sur la collaboration de l'ensemble du personnel infirmier, des équipes de soutien clinique ainsi que de l'équipe de professionnels qui ont eu recours à la littérature, les données probantes et les écrits sur les bonnes pratiques en soins infirmiers.

Le circuit du médicament a été entièrement revisité par la création d'une politique détaillant les pratiques organisationnelles requises dans la gestion du médicament. Cette politique globale est accompagnée de plus de 30 procédures spécifiques précisant toutes les étapes du processus, de la prescription à la restitution des médicaments en pharmacie, garantissant la précision, la traçabilité ainsi que la sécurité des opérations. Parallèlement, dix nouvelles ordonnances collectives ont été mises à jour et intégrées, tandis qu'une ordonnance individualisée pour les soins de fin de vie a été élaborée en collaboration avec le CMDP, répondant ainsi à des situations critiques où la détresse respiratoire, l'hémorragie massive ou la douleur sévère incontrôlable requièrent des interventions précises et adaptées.

Les grands enjeux cliniques et chantiers d'amélioration continue ont contribué à la création de 2 postes de « **PAB chef d'équipe-coach** » qui fait référence à une initiative dans le contexte de soins de longue durée au Québec et qui concerne l'implantation de la mesure 13 de la politique d'hébergement et de soins et de services de longue durée (PHSSLD). De plus, afin de compléter l'équipe de soutien clinique constituée des conseillers cliniques et des PAB chef d'équipe-coach, l'établissement a approfondi cette initiative en ajoutant 2 postes « **d'infirmière auxiliaire chef d'équipe-coach** » afin de renforcer le soutien des bonnes pratiques et d'assurer les formations et l'information à l'ensemble de l'équipe de soin.

Ce travail de normalisation a été accompagné d'ajustements importants aux protocoles infirmiers ainsi qu'aux règles de soins pouvant être établies en CHSLD. Qu'il s'agisse du traitement de l'hypoglycémie chez la personne âgée, de la prévention des infections urinaires, de la surveillance après le retrait d'une sonde vésicale ou encore du suivi des effets des opioïdes et des dépresseurs du système nerveux central, chaque élément a été détaillé, précisé et adapté à la complexité du contexte clinique en CHSLD. Parallèlement, des procédures spécifiques ainsi que des guides détaillés ont été élaborés pour accompagner le personnel infirmier ainsi que les préposés aux bénéficiaires au soutien de leur pratique quotidienne. À titre d'exemple, des algorithmes détaillés relatifs à l'admission du résident, à la prise en charge des décès, à la gestion des chutes ainsi qu'au protocole de retour d'une hospitalisation ont été créés et/ou revisités, tandis que des formulaires spécifiques tels que le suivi de la douleur à l'aide de l'outil Algoplus, la surveillance du sommeil, la prévention des plaies ainsi que la prise en charge du résident en fin de vie ont été entièrement refaits et adaptés à la réalité et aux bonnes pratiques.

C'est justement dans un état d'esprit d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts que s'inscrit l'initiative du programme de formation clinique « **Parlons profession** ». Élaboré afin de perfectionner l'exécution des techniques de soins infirmiers appliquées auprès des résidents, les ateliers pratiques issus de ce programme et organisés à des moments spécifiques durant les heures de repas et ce, sur les 3 quarts de travail, sont devenus des occasions privilégiées de développement pour le personnel infirmier. Ce concept, conçu comme un prolongement naturel des rencontres cliniques davantage orientées sur la théorie, vient ainsi compléter l'apprentissage en y apportant une dimension concrète, interactive et humaine où chacun bénéficie du regard de l'autre pour affiner sa pratique. En complément de ces ateliers pratiques, des présentations

thématiques sont offertes afin d'enrichir les connaissances du personnel infirmier tout en favorisant des moments d'échanges informels adaptés à leurs besoins.

L'alimentation a occupé une place centrale dans nos efforts cette année, en cohérence avec notre dossier prioritaire 2024-2025 : « **L'Expérience repas** ». Au-delà du repas servi, il s'agit d'un projet transversal mobilisant l'ensemble des secteurs – soins, professionnels, service alimentaire, hygiène et salubrité, services techniques et directions – autour d'un objectif commun : rehausser la qualité de l'offre alimentaire auprès des résidents, tant sur le plan gustatif que visuel, mais également sur les plans expérientiel et relationnel. L'approche adoptée a permis de largement dépasser le cadre fonctionnel de la production du repas. Conscients que les trois repas et les collations constituent pour plusieurs « les activités » fondamentales de leur quotidien, nous référons à « **L'Expérience Repas** » et à tout ce que cela implique.

Ce chantier a débuté par une cartographie rigoureuse du processus, menée en collaboration avec les équipes cliniques, auxiliaires, professionnelles et autres, afin de mieux comprendre les réalités vécues, d'identifier les points de friction et de cibler les leviers d'amélioration. Cette analyse fine a conduit à l'élaboration d'un plan d'action transversal, structuré autour d'interventions concrètes et coordonnées. Ainsi, l'ensemble des équipes du service alimentaire a été mobilisé pour intégrer les cinq textures normalisées dans nos deux centres, revoir l'ensemble des recettes, harmoniser les plans de travail, et bonifier l'offre alimentaire dans tous les repas servis aux résidents, familles, proches, visiteurs et employés.

Des déjeuners spéciaux ont également été cuisinés sur les unités (œufs, bacon, pommes de terre et autres mets réconfortants) afin d'optimiser l'expérience émotive et olfactive. Ces moments simples, mais significatifs, ont contribué à instaurer une ambiance chaleureuse et conviviale, tout en valorisant le quotidien des résidents. Dans le même esprit, une dégustation comparative de cafés a été réalisée, permettant d'identifier une nouvelle proposition avec un produit plus en phase avec les préférences exprimées par les résidents. Le café sera d'ailleurs très prochainement infusé directement sur les unités chaque jour, diffusant une odeur familière et réconfortante dans le milieu de vie des résidents. Ce geste, en apparence anodin, évoque l'ambiance d'un foyer et les rituels du matin partagés, contribuant à créer une atmosphère sensorielle propice au bien-être et à l'ancrage dans la vie quotidienne.

Le service des installations matérielles a coordonné et suivi d'importants investissements pour optimiser et améliorer le milieu de vie et les différents espaces communs. Au CHSLD St-Georges, plusieurs projets ont été finalisés ou amorcés, dont la rénovation du salon de coiffure, la réfection de la buanderie pour les résidents, des salles de bain du rez-de-jardin, la remise à niveau des unités de soins et des salles à manger. Au Centre Le Royer, d'importants investissements ont été consentis pour la réfection de la brique extérieure, le changement de toutes les fenêtres de la façade et l'agrandissement du sous-sol pour soutenir notre volonté réelle d'améliorer le confort, la sécurité et la qualité de l'environnement. Ces projets, complexes à planifier dans un contexte de difficultés d'approvisionnement et de rareté de main-d'œuvre spécialisée, ont néanmoins été menés avec professionnalisme et dans un dialogue constant avec les résidents, leurs familles, les proches, les partenaires et les équipes.

Le plan d'action « **Santé environnementale** » a été poursuivi avec rigueur tout au long de l'année 2024-2025. Élaboré en collaboration avec le comité et l'accompagnement d'un intervenant externe spécialisé de la firme Synergie Santé Environnement, ce plan repose sur une approche structurée, évolutive et adaptée à la réalité de nos milieux de vie en intégrant les leviers de consultation et d'implication de toutes les parties prenantes. L'année a également été marquée par l'intégration de nouvelles dimensions en lien direct avec notre principal projet organisationnel, « **L'Expérience repas** ». Dans cette perspective, nous avons tissé un partenariat avec l'organisme « **La Tablee des Chefs** » afin de mieux structurer notre lutte contre le gaspillage alimentaire. Cette collaboration nous a permis de renforcer notre posture de responsabilité sociale tout en bénéficiant d'un accompagnement spécialisé reconnu à l'échelle nationale.

C'est dans cette même logique que la cartographie détaillée de notre processus alimentaire a permis d'identifier plusieurs leviers d'optimisation, notamment en lien avec la gestion des portions, la communication intersectorielle, la planification des textures et l'organisation du travail au quotidien. Ces constats ont nourri des réflexions transversales intégrées dans nos pratiques, en favorisant une meilleure adéquation entre la

planification, la production et les besoins réels exprimés par les résidents, dans une optique de durabilité et d'efficacité et surtout d'une offre alimentaire visant les plus hauts standards de qualité.

Enfin, un diagnostic approfondi a été réalisé cette année par la firme « **MOVIA** » en matière de mobilité durable. Cette analyse a mis en lumière plusieurs pistes de réflexion concrètes visant à améliorer l'efficacité énergétique des déplacements du personnel, à réduire notre empreinte environnementale, et à repenser certains modes de transport internes et intersites. Ces recommandations, à la fois ambitieuses et réalistes, viendront alimenter notre réflexion stratégique pour les années à venir en matière de transition écologique et d'organisation du travail.

Le secteur hygiène et salubrité a connu plusieurs transformations majeures au cours de la dernière année. Au cœur de ces changements, des réflexions visant la « **FIERTÉ** » ont été lancées, reposant sur une large consultation des équipes. Ce secteur, souvent dans l'ombre et peu valorisé, est pourtant un pilier fondamental du bris de la chaîne de transmission des infections et du bon fonctionnement de nos établissements.

La campagne de « **FIERTÉ** » a permis de redonner toute la considération à ce secteur si fondamental pour maintenir la sécurité et la propreté de nos milieux de vie. Il s'agit non seulement de revaloriser les individus qui œuvrent quotidiennement à assurer un environnement propre, sécuritaire et sain, mais aussi de sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de leur travail. Cette initiative s'est construite à partir de réflexions collectives, où les membres des équipes hygiène et salubrité ont été directement impliqués, apportant leurs idées, leurs besoins et leurs attentes, faisant ainsi naître la campagne « **FIERTÉ** ».

Cette campagne de sensibilisation coconstruite met en lumière les compétences et l'expertise requises dans ce secteur. Dans un souci d'affirmation identitaire et de reconnaissance, de nouveaux vêtements de travail ont été choisis pour les équipes. Ces vêtements distinctifs permettront à la fois de les différencier clairement du personnel soignant, mais aussi de représenter FIÈREMENT leur apport pour soutenir la sécurité et la qualité du milieu de vie. Cette distinction visuelle renforce le sentiment d'appartenance et la fierté professionnelle.

Inspirés de cette démarche mobilisante, nous avons créé des postes hybrides combinant les fonctions de préposés aux services alimentaires et de préposés à l'hygiène pour accroître la flexibilité opérationnelle. Cette innovation répond à la fois aux besoins opérationnels et aux aspirations des employés, offrant davantage de polyvalence et d'opportunités d'évolution au sein de l'organisation.

Alors que nous traversons une époque de changements permanents, où les repères se déplacent et où les besoins évoluent rapidement, nous poursuivons notre mission avec la même constance : celle de **créer un milieu de vie chaleureux, inclusif, sécuritaire et centré sur la dignité des personnes hébergées**. Nos valeurs de bienveillance, de compétence, de collaboration et d'innovation guident chacune de nos décisions et structurent notre action collective. L'intégration active des résidents, des proches, des familles et des partenaires demeure au cœur de notre façon d'être, de planifier et de prendre soin au quotidien.

Nous amorçons avec conviction une nouvelle année, portée par l'enthousiasme et la mobilisation générée par le projet « **Expérience Repas** ». Ce projet, à la fois clinique, relationnel, sensoriel et communautaire, incarne pleinement notre vision du soin : un soin ancré dans le quotidien, traversé de chaleur humaine, de gestes significatifs et de liens partagés. **Parce que dans chaque bouchée se trouvent une histoire, une mémoire, une culture et un droit fondamental à la dignité et au plaisir de vivre !**

Ainsi se termine notre parcours de notre planification stratégique 2020-2025. C'est assurément avec un enthousiasme renouvelé que nous avons travaillé notre planification stratégique 2025-2030 qui est déjà amorcée et qui saura certainement susciter autant d'enthousiasme et de professionnalisme pour assurer la sécurité et la qualité des soins et services offerts aux résidents et ce, toujours sur la route de l'Excellence par une gestion de proximité et humaine des ressources toujours centrées sur la bienveillance et la bientraitance.

Nous croyons fermement que « **La vie continue en CHSLD !** »

4 LES RÉSULTATS OBTENUS

4.1 Le plan stratégique 2020-2025 du Groupe Roy Santé

Enjeu 1 : La complexification des besoins des résidents et de leurs proches	
Orientation : Maintenir une constance de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts dans une approche « milieu de vie », auprès d'une clientèle dont les besoins se complexifient.	
Objectif 1 : Poursuivre l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services cliniques en misant sur un partenariat véritable avec les résidents et leurs proches.	
Indicateurs / Biens livrables	Résultats
Nature et nombre de programmes, de procédures ou de protocoles revus ou transformés à la lumière des données probantes	– Création d'une politique globale du circuit du médicament accompagnée 35 procédures structurant l'ensemble du processus de la prescription au retour des médicaments vers la pharmacie en passant par l'administration; – Mise-à-jour de 10 ordonnances collectives; – Création et implantation en collaboration avec le CMDP d'une ordonnance individualisée pour les personnes en fin de vie présentant une détresse respiratoire, hémorragie massive ou douleur sévère incontrôlable; – Création d'une politique sur l'immunisation; – Création d'une politique sur la gestion des éclosions; – Transformation de la règle de soins sur l'hygiène des mains en une politique sur l'hygiène des mains; – Modification de 5 protocoles infirmiers : ○ Traitement de l'hypoglycémie chez une personne consciente et capable d'avaler; ○ Démarche de prévention des infections urinaires chez la personne âgée; ○ Protocole de détresse respiratoire, hémorragie massive ou douleur sévère incontrôlable; ○ Surveillance post-retrait d'une sonde vésicale à demeure; ○ Surveillance de résident recevant des opioïdes ou autre médicament ayant un effet déprimeur sur le système nerveux central. – Révision de 10 procédures de la DSI : 1. Processus continu d'évaluation et de réévaluation des profils d'autonomie des résidents hébergés; 2. Retraitement des dispositifs médicaux; 3. Double identification des résidents; 4. Appel aux médecins; 5. Offre documentaire; 6. Consentement aux soins; 7. Analyse de biologie délocalisée : glucomètre informatisé; 8. Analyse de biologie délocalisée : glucomètre non informatisé; 9. Évaluation initiale en soins infirmiers; 10. Transfert inter-établissement. – Refonte de la procédure code jaune, bleu et blanc; – Modification de la procédure de constat de décès à distance; – Création d'une procédure d'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA); – Création d'une procédure sur la gestion des obstructions respiratoire;

	– Création d’une procédure pour la gestion des AH-223 pour les chuteurs répétitifs; – Création d’une procédure sur la gestion de la réserve de pandémie; – Création d’une procédure de gestion des punaises de lits; – Révision de la règle de soins 15-7 sur l’administration d’un complément alimentaire; – Modification du formulaire de rapport code bleu; – Modification du formulaire de suivi post-chute en ajoutant une évaluation de douleur pour résident inapte avec Algoplus; – Révision du formulaire Algoplus; – Révision du formulaire d’évaluation des signes neurologiques; – Révision du formulaire d’évaluation des paramètres fondamentaux; – Révision du formulaire relatif aux informations sur la fugue ou disparition d’usager (code jaune); – Révision du formulaire relatif aux informations sur le retour du résident (code jaune); – Modification du formulaire de contrôle/suivi de laboratoire; – Modification du formulaire de registre des analyses de laboratoire; – Révision du formulaire portant sur le plan d’intervention et de communication en lien avec une fin de vie; – Révision du formulaire de rapport code bleu; – Création du formulaire de rapport code blanc; – Révision de l’ensemble des formulaires d’audits; – Refonte de la grille d’évaluation du sommeil; – Refonte de la grille de contrôle intestinale en ajoutant l’échelle de Bristol; – Création d’une grille de contrôle pour le DEA; – Révision du cadre conceptuel du CECII; – Révision du dépliant explicatif sur le CECII; – Création d’un dépliant pour les familles et proches aidant sur la prévention des infections en CHSLD; – Révision du cahier de préceptorat du PAB et infirmière auxiliaire; – Révision de l’aide-mémoire de complétion des AH-223; – Création d’un aide-mémoire pour calibrer un glucomètre; – Révision de l’aide-mémoire des mesures PCI; – Création d’un aide-mémoire du rôle attendu du PAB lors des activités de messes et Bingo; – Création d’un aide-mémoire sur la technique de coupe des ongles; – Création d’un aide-mémoire sur la technique de rasage de la barbe; – Refonte des rôles et responsabilités lors d’un isolement PCI; – Révision du processus d’avis de mise en place d’une éclosion.
Audits et statistiques qui font état de la qualité et de la sécurité des soins et des services	– Un important chantier d’amélioration a été tenu avec le changement du système de cloches d’appel au CHSLD St-Georges a mobilisé toutes les unités afin d’optimiser la sécurité des soins et services aux résidents; – Poursuite des audits en lien avec la prévention des infections par le biais de tablette, soit le lavage des mains, l’application et le retrait des équipements de protection individuelle, le retraitement des équipements médicaux et non médicaux; – Suivi rigoureux des incidents et accidents liés à la sécurité des résidents et rédaction du rapport d’analyse trimestriel portant sur la gestion intégrée de la qualité;

	– Poursuite des audits portant sur la qualité du milieu de vie, la qualité de l'activité repas; – Refonte de l'audit portant sur les soins bucco-dentaires; – Création et implantation d'un calendrier d'audit relié au rôle du PAB : soins des pieds et mains, barbes, utilisation des toiles, utilisation des culottes d'incontinence et tenue de documentation; – Réalisation pour l'ensemble du personnel infirmier et infirmier auxiliaire d'une évaluation annuelle des compétences (ECHO) via un examen écrit (infirmier auxiliaire) ou un examen pratique (infirmier); – Poursuite d'un audit concerté avec le CIUSSS Centre-Ouest et l'hygiéniste dentaire sur le programme bucco-dentaire; – Re certification de 31 infirmières et de 73 infirmières auxiliaires pour l'utilisation des pompes à gavage dans nos deux établissements; – Re certification de 14 infirmières pour l'utilisation des micro-perfuseurs dans nos deux établissements; – Re certification de 20 infirmières et de 60 infirmières auxiliaire pour l'utilisation du glucomètre dans nos deux établissements; – Réalisation de 323 tests d'ajustements de masque N-95; – 2 rencontres du comité de pharmaco-nursing; – 6 rencontres du comité clinico-administratif; – 4 rencontres du CECII; – 6 rencontres cliniques pour le personnel infirmier et infirmier auxiliaire avec enregistrement disponible; – Démonstration de l'utilisation du DEA à 144 employés – « Coaching » clinique des conseillères cliniques aux infirmières sur l'évaluation et le traitement des plaies; – Publication de 3 Flash-Prévention portant sur la prévention des infections; – Application d'un repère visuel sur tous les équipements médicaux nécessitant un retraitement.
Projets novateurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services	– Création et implantation de deux postes de PAB chef d'équipe coach couvrant les deux établissements; – Création et implantation de deux postes d'infirmières auxiliaires chef d'équipe coach couvrant les deux établissements; – Intégration de l'utilisation d'une centrifugeuse pour les laboratoires dans chacun des établissements, ainsi que la création d'une procédure d'utilisation et d'entretien préventif s'y rattachant; – Intégration d'un nouveau défibrillateur externe automatisé (DEA) nouvelle génération pour le CHSLD St-Georges; – Création de 11 algorithmes pour infirmières auxiliaires relatant les actions clés à entreprendre dans des procédures phares de leurs rôles : 1. Admission 2. Décès 3. Chute 4. Changement de pansement 5. Évènement nécessitant un appel immédiat à l'infirmière 6. Retour d'hôpital 7. Transfert à l'hôpital 8. Code blanc 9. Code jaune 10. Visite médicale 11. Demande de transport adapté

	– Création de journées « Parlons professions » animées par une conseillère clinique et une infirmière auxiliaire chef d'équipe coach permettant la pratique de techniques de soins et le transfert de savoir pour les infirmières et infirmières auxiliaires et 2 journées différentes ont été tenues; – Poursuite de l'implication de l'approche de zoothérapie aux divers programmes cliniques; – Création, diffusion et application d'une procédure de gestion des isolements inversés lors d'éclosion sur une unité d'errance intrusive; – Création d'un canevas uniformisé d'analyse des éclosions; – Intégration de l'échelle de performance de Victoria Hospice au plan d'intervention et de communication en lien avec une fin de vie; – Création de 18 fiches cliniques pour les soins palliatifs et de fin de vie pour guider les soins du personnel; – Création et diffusion de routine uniformisée de travail des PAB, infirmières auxiliaires et infirmières; – Création d'une rencontre clinique dédiée au PAB avec enregistrement disponible ayant permis de rejoindre 72 préposés à la « première »; – Création et diffusion aux PAB d'une vidéo explicative sur le rôle du PAB accompagnateurs; – Création et diffusion d'une formation narrée sur la prévention des plaies et les soins de la peau pour les PAB; – Création et diffusion d'une formation narrée sur les médicaments d'alerte élevée; – Création et diffusion d'une formation narrée sur la gestion des médicaments cytotoxiques; – Création et diffusion d'une formation narrée sur le « Mini-Mental State Examination (MMSE) » connu sous le nom de test de Folstein; – Création d'un plan d'intervention opérationnel en prévision de la fin de la MOI; – Création d'un cartable dédié aux soins des pieds; – Refonte de l'affichage en prévention des infections; – 2 cliniques de vaccination contre l'influenza pour les résidents et les employés dans chacun de nos établissements; – Vaccination contre la pneumonie à pneumocoque pour les résidents dans chacun de nos établissements; – 2 cliniques de vaccination contre le Covid-19 pour les résidents dans chacun de nos établissements; – Vaccination contre le zona pour les résidents dans chacun de nos établissements; – Vaccination contre le VRS pour les résidents dans chacun de nos établissements; – Reprises des rencontres cliniques en présentiels des infirmières et infirmières auxiliaires des trois quarts de travail par les conseillères cliniques.
--	---

Enjeu 1 : La complexification des besoins des résidents et de leurs proches	
Orientation : Maintenir une constance de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts dans une approche « milieu de vie », auprès d’une clientèle dont les besoins se complexifient.	
Objectif 2 : Améliorer sans cesse l’environnement physique des résidents et l’offre alimentaire dans une approche milieu de vie.	
Indicateurs / Biens livrables	Résultats
Projets ou activités d’amélioration et d’évaluation de l’offre alimentaire aux résidents	– Rédaction et diffusion d’une politique « Qualité et offre alimentaire » présentant les orientations qui visent à offrir une expérience repas favorable à la santé, au confort et à la satisfaction de chaque consommateur, en plaçant leurs attentes et besoins au centre de nos priorités; – Poursuite de la révision de toutes les descriptions de fonction, de tous les plans de travail et les processus de production alimentaire pour viser les meilleures pratiques en respect des normes de la MAPAQ; – Amélioration des cahiers de production alimentaire et création d’un cartable spécifique d’ingrédients disponible afin de soutenir les choix en lien avec les différentes allergies et/ou intolérances alimentaires; – Révision et mise à jour des plans de ménage de tous les postes du service alimentaire; – Révision et mise en place d’un processus d’audits dynamiques de la qualité dans tout le service alimentaire afin de disposer de données entourant l’amélioration continue de la qualité; – Audits réalisés et poursuite des adaptations requises permettant d’améliorer la chaleur des aliments, la variété des plats et les modes de cuisson ainsi que la personnalisation de certains aliments; – Révision de l’offre alimentaire dans le cadre du projet organisationnel « l’Expérience repas » afin qu’elle soit plus variée, de qualité, conforme aux attentes, à la température souhaitée, sécuritaire et répondant également aux besoins nutritionnels des résidents; – Proposition d’un calendrier de thématiques alimentaires pour l’année afin d’offrir des expériences animées et amusantes aux résidents, familles, proches et employés et visiteurs; – Travaux d’optimisation de la distribution alimentaire sur les unités et dans les aires de repas communs dans le cadre de « l’Expérience repas »; – Révision du processus entourant l’offre du 2^e choix de repas; – Mise à jour de tous les cahiers de production alimentaire en y intégrant les photos et les informations utiles de toutes les propositions de repas afin de soutenir les équipes sur les unités de soins; – Nouvelle collaboration avec la Tablée des chefs afin de disposer de façon écoresponsable des surplus de production alimentaire; – Révision de l’utilisation de fournitures « mono usages » dans une approche écoresponsable et afin de se conformer aux règlements et normes en vigueur; – Mise en place d’un mécanisme de sondage dynamique continu pour tous les consommateurs à l’aide d’un code QR, afin d’assurer une réponse et les ajustements requis en temps réel; – Poursuite des acquisitions de nouveaux équipements pour les services alimentaires; – Utilisation du chariot alimentaire spécialisé et personnalisé pour animer des activités alimentaires avec les résidents sur les unités de vie;

	– Poursuite des activités de déjeuners spéciaux sur les unités dans les deux installations; – Programmation de repas « BBQ-terrasse » pour l'été 2025 afin de créer des environnements de sorties au restaurant avec une proposition de menus élaborés; – Consolidation des postes de cuisiniers et de PSA (préposés au service alimentaire) dans les deux établissements afin de favoriser une stabilité des équipes de travail, la standardisation et la qualité de l'offre alimentaire tant en regard de la préparation que de la distribution sur les unités de vie dans les deux installations; – Poursuite de l'activité spéciale déjeuner - Smoothies pour les résidents; – Poursuite des cafés-rencontres portant sur l'offre alimentaire aux résidents, permettant de recueillir leurs opinions sur la qualité, la variété et assurer les améliorations souhaitées; – Poursuite des démarches d'amélioration de l'offre alimentaire au bistro et dans les machines distributrices afin d'offrir une qualité et une variété d'aliments « santé » qui répondent davantage aux attentes et goûts des employés, des résidents, des familles et des visiteurs, et ce, tout au long de la journée; – Intégration des différentes textures de repas offertes aux résidents par le service alimentaire en collaboration avec l'association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie (APNED) et par l'utilisation plus optimale du logiciel de gestion de nutrition (ProMenu – HOPEM) afin d'arrimer notre nomenclature à la majorité des établissements du réseau de la santé; – Intégration de la nouvelle catégorisation des textures appliquée à tous les menus d'été et d'hiver pour le CHSLD St-Georges et le Centre Le Royer, impliquant une révision de toutes les recettes aux menus; – Sondage réalisé auprès des résidents afin de revoir l'offre de café lors des repas – Nouveau café infusé sur les unités est prévue été 2025; – Déploiement de la formation sur lesdites cinq textures élaborées par le service de nutrition clinique et diffusion à l'ensemble du personnel des soins infirmiers et des loisirs; – Maintien des efforts pour saisir les enjeux entourant toutes les formes d'allergies, intolérances et aversions alimentaires; – Analyse exhaustive entourant les différents choix d'approvisionnement d'aliments frais, transformés, partiellement transformés et de la valeur nutritive réelle associée incluant l'analyse financière; – Révision complète du programme de dysphagie et des outils d'évaluation associés; – Déploiement et diffusion d'une formation narrée sur la dysphagie; – Optimisation des choix alimentaires afin de maintenir à la fois la qualité, la variété et l'efficience financières; – Participation au colloque annuel « service alimentaire en institution » à Québec.
Audits permettant d'assurer la qualité, la sécurité et la propreté des lieux et des équipements	– Déploiement et bonification de l'utilisation du nouveau système informatique de maintenance et révision et suivi du programme d'entretien préventif des équipements de réadaptation et des systèmes électromécaniques des bâtiments;

	– Poursuite du déploiement du programme de formation des mesures d’urgence disponible sur la plateforme de formation « L’Académie du Groupe Roy Santé » afin de le rendre disponible en tout temps à l’ensemble du personnel et des personnes concernées; – Maintien de la formation dynamique « Code rouge » et « code vert » en lien avec le PMU sur notre plateforme de formation favorisant ainsi une accessibilité en tout temps; – Poursuite des audits portant sur la prévention des infections en hygiène et salubrité, soit des audits de contrôle de la qualité de l’hygiène et salubrité des lieux, des audits de marquage ainsi que des audits de procédés utilisés et suivi à la salle de pilotage; – Inspection bisannuelle de l’état architectural des deux établissements afin d’assurer la qualité et la conformité des lieux; – Fin des travaux pour le changement du système de garde (cloches d’appel) au CHSLD St-Georges; – Achèvement des travaux majeurs de réfection de la brique et du changement des fenêtres de la façade et creusage d’une partie du sous-sol du Centre Le Royer; – Vigie périodique de la qualité de l’air et de la température ambiante des pièces des deux établissements; – « Marche des planchers » régulière afin d’assurer une vigie en tout temps des unités et des espaces communs.
Projets de rénovations et d’amélioration de l’environnement physique de nos milieux de vie et de travail	– Maintien du réaménagement des salles à manger des employés dans les deux établissements afin d’offrir un lieu de repas permettant une belle expérience de détente lors des moments de repas ou de pauses ; – Poursuite des projets de rénovations fonctionnelles mineures visant à poursuivre l’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des milieux de vie des résidents en y intégrant, le cas échéant, les éléments retenus lors des consultations préalables dont notamment : <u>CHSLD St-Georges :</u> – Relance du projet climatisation des espaces de vie de la clientèle visant le rehaussement des canaux de circulation de l’air au CHSLD St-Georges amorcé en 2019-2020 pour la planification des prochaines phases, projet toujours suspendu en lien avec le litige en cours qui lie l’entrepreneur et le contentieux du CCSMTL ; – Maintien des contacts avec notre partenariat le CCSMTL pour la gestion du bâtiment du CHSLD St-Georges afin d’assurer des communications plus fréquentes visant le maintien d’une bonne collaboration et des suivis dans nos différents projets ; – Fin des travaux de remplacement des cloches d’appels sur toutes les unités de soins en y intégrant des adaptations qui favorisent une plus grande sécurité; – Fin de la réfection de toutes les salles de bain dédiées aux résidents, employés et visiteurs situés au rez-de-jardin ; – Fin de la réfection du salon de coiffure situé au rez-de-jardin en intégrant une meilleure accessibilité pour les personnes à mobilité réduite; – Fin de la réfection de la buanderie au rez-de-jardin pour une meilleure accessibilité pour les résidents et familles; – Remplacement des luminaires aux portes de chambres des résidents ;

	– Finalisation de projet « <i>Connecto</i> », qui consiste à l'aménagement de trois zones multimédia sur une unité de vie, permettant de programmer des ambiances favorisant le bien-être et la socialisation des résidents entre eux et avec le personnel ; – Poursuite de l'installation de plusieurs murales décoratives et/ou « trompe-l'œil » visant l'amélioration physique du milieu de vie des résidents en suggérant des ambiances intéressantes ; – Poursuite des travaux de rafraîchissement et de modernisation des unités de soins en y intégrant de nouveaux aménagements physiques et de nouvelles couleurs suite aux consultations des résidents, tenues préalablement ; – Remplacement de plusieurs mobiliers et équipements qui meublent le milieu de vie ; – Finalisation de l'installation des équipements multimédias dans le cadre du projet « <i>Connecto</i> » sur plusieurs unités au CHSLD St-Georges; – Poursuite des travaux de rafraîchissement annuel des milieux (peinture, réparation, rénovation, etc.). <u>Centre Le Royer :</u> – Poursuite de la bonification de la décoration de la salle à manger au rez-de-chaussée dédié aux résidents et installation d'une murale décorative et/ou « trompe-l'œil » visant l'amélioration physique du milieu de vie des résidents en suggérant des ambiances intéressantes ; – Remplacement de plusieurs mobiliers et équipements qui meublent le milieu de vie ; – Finalisation de tous les travaux de réfection de la façade du bâtiment et du remplacement de la brique, le remplacement des fenêtres et la réfection des balcons et d'une partie de la toiture ; – Réaménagement de toutes les cuisines dédiées aux résidents sur toutes les unités de soins suite aux travaux de réfection de la façade du bâtiment; – Maintien de coins « pouponnière » au Centre Le Royer et dynamisation de l'activité avec l'équipe des soins.
Résultats des consultations et des sondages auprès des résidents et de leurs proches	– Finalisation du programme « Carrefour Résident et proches partenaires » qui affirme clairement toute l'importance de notre partenariat et de l'implication du résident dans les choix à faire au quotidien afin de maintenir sa participation à sa vie en CHSLD ; – Réalisation du sondage Expérience-clientèle, effectué aux 4 ans, auprès des résidents, représentants et proches; – Tenue de rencontres de consultation familles et proches dans les deux établissements sur différents sujets (révision de programmes, politiques, choix de café, Expérience repas, décoration, Projet Connecto, etc.); – Consultation des familles et proches aidants lors d'une conférence intitulée « S'aimer au-delà de la maladie d'Alzheimer » ; – Consultation des résidents, des familles et des proches dans le cadre de la planification stratégique 2025-2030 de l'organisation par l'équipe des loisirs, lors d'un comité de résident ainsi qu'au travers d'un sondage en ligne; – Consultation des résidents du Centre Le Royer lors d'une rencontre du comité des résidents au sujet de la décoration des portes des escaliers sur les unités de soins de l'établissement ;

	– Consultation des familles et proches autour des questions en lien avec la dysphagie dans les deux établissements ; – Consultation des résidents sur la programmation des activités de loisirs et sur l'offre alimentaire lors des cafés-rencontres annuels organisés par le service des loisirs dans les deux installations; – Création d'un comité de réflexion en lien avec le partage des lieux communs; – Confection d'un conte par une zootherapeute mettant en vedette deux partenaires de l'équipe de zoothérapie, chien et cochon, et diffusion auprès d'enfants de la garderie du quartier et des résidents suivis d'une activité d'intégration et de bricolage; – Mise en place par l'équipe des loisirs d'activités en impliquant les choix des résidents « spectacles employés – résidents – proches » sur les unités.
--	--

Enjeu 2 : La pénurie de main-d'œuvre	
Orientation : Assurer la disponibilité d'un personnel compétent et engagé qui œuvre en équipe dans un environnement sain.	
Objectif 3 : Favoriser l'attraction du personnel.	
Indicateurs / Biens livrables	Résultats
Moyens novateurs d'attraction du personnel	– Élaboration et installation d'une banderole pour informer la population que nous embauchons en tout temps pour tous les titres d'emploi; – Poursuite de l'utilisation des nouvelles virtuelles pour l'affichage des postes dans les processus de dotation externe ; – Poursuite de l'utilisation optimisée des médias sociaux Facebook et LinkedIn pour la diffusion d'offres d'emploi ; – Bonification de nos publications sur les réseaux sociaux de nos activités de reconnaissance pour nos employés, et diffusion accrue d'informations pertinentes dans le but d'accroître le rayonnement l'organisation : participation à la marche des aînées, – Poursuite du développement de partenariats mobilisant avec les maisons d'enseignement et accueil de nouveaux stagiaires dans toutes les catégories d'emploi ; – Sollicitation des employés à se former sur la plateforme « l'Académie Groupe Roy Santé » en leur offrant du support et de l'aide; – Maintien des « horaires 12 heures » pour les PAB selon leur demande et besoin tout en respectant les besoins opérationnels ; – Poursuite des horaires 7/7 durant la période estivale en permettant aux employés d'y adhérer et également, de choisir le nombre de semaines qu'ils veulent intégrer à cet horaire; – Bonification de notre valise de garde pour solliciter les employés à travailler via « TEXTOS »; – Maintien des rencontres des différents <u>comités</u> de travail et consultatifs pour assurer la collaboration et la complémentarité entre les divers services de l'organisation, notamment : ✓ Gestion de la présence au travail; ✓ Gestion des permis de travail en lien avec l'immigration ; ✓ Réduction de la MOI ; ✓ Accommodements temporaires ; ✓ Conditions de travail des gestionnaires ; ✓ Reconnaissance ; ✓ Révision des protocoles d'entrevues pour tous les titres d'emploi. – Participation à la formation et à l'embauche de cohorte de PAB et infirmières auxiliaires pour combler nos besoins en main-d'œuvre; – Organisation d'une journée portes ouvertes pour recruter des professionnels et des infirmiers (ères) pour combler nos besoins; – Participation à des kiosques d'information dans un cégep pour promouvoir Groupe Roy Santé et les différentes possibilités d'embauches; – Sollicitation des agences pour devenir nos employés et leur permettre une meilleure stabilité d'emploi et un sentiment d'appartenance; – Animation et coordination d'activités de reconnaissance en continu tout au long de l'année et assurer la promotion sur les différents médias sociaux.

Processus de dotation efficaces (indicateurs ressources humaines)	– Développement d’outils pour les gestionnaires afin qu’ils identifient et anticipent les besoins de main-d’œuvre dans leur service respectif tout au long de l’année et particulièrement pendant la période estivale, le temps des Fêtes, etc.; – Soutien des gestionnaires dans l’anticipation des mouvements de personnel (maternité, maladie, opération, etc.); – Développement d’outils pour assurer la gestion de proximité et l’écoute des besoins des employés et maintenir un climat de travail optimal; – Poursuite de recrutement de personnel en continu, sans aucune interruption et reprise des entrevues de groupe et/ou individuelles en présentiel ; – Bonification et maintien de l’accompagnement des gestionnaires pour assurer le soutien régulier aux employés pendant la période de probation en leur permettant de vivre une journée d’accueil hors du commun et ainsi favoriser des relations enrichissantes entre collègues; – Mise à niveau des nouveaux outils pour faciliter le suivi de la période probatoire des employés nouvellement embauchés, afin de leur offrir le plus grand potentiel de réussite ; – Formation des gestionnaires sur la période probatoire et les périodes d’essais lorsqu’il y a changement de titres d’emploi d’un employé à l’interne et renforcement sur l’importance d’assurer les suivis et l’encadrement nécessaire ; – Sollicitation en continu du personnel non disponible pour accroître la réponse aux besoins des résidents par du personnel stable et régulier ; – Suivis rigoureux des indicateurs en ressources humaines et assurer les ajustements des pratiques et des activités en fonction des résultats observés et analysés; – Mise en place du mécanisme « d’appel de bienveillance », par les gestionnaires pour favoriser des retours au travail notamment lors d’absence de moyen-long terme; – Maintien des entrevues en présence de résidents dans différents processus lorsque pertinent dont notamment lors des entrevues de sélection de certains postes de gestion et de PAB ; – Mise en place d’appels de courtoisie pour tous les employés quittant l’organisation pour comprendre les motifs de leur décision et ainsi proposer des recommandations pour certains secteurs d’activités.
Programmes d’accueil et d’intégration actualisés pour les nouveaux employés	– Refonte de la journée d’accueil pour les nouveaux employés; – Adaptation de la journée pour les employés de la catégorie 1 et 2 sur une journée complète et intégration des formations obligatoires ; – Évaluation en continu de la journée d’accueil afin de l’améliorer ; – Évaluation de l’intégration des nouveaux employés via sondage pour s’ajuster selon les éléments nommés; – Réalisation des sondages après la journée d’accueil et après la période de probation; – Développement d’un parcours structuré de formation pour les nouveaux employés afin de mieux soutenir leur développement de connaissances et de compétences essentielles (toujours en cours); – Déploiement d’un programme de codéveloppement pour les gestionnaires de proximité pour favoriser le partage des bonnes pratiques.

Résultats des sondages auprès du personnel	– Réalisation d’appels téléphoniques et/ou envoi du questionnaire à chaque « employé départ » pour connaître les motifs et pour les sonder sur d’éventuelles pistes d’amélioration et ainsi analyser les motifs et faire des recommandations aux directions et/ou services visés; – Réalisation du sondage « Entreprise en santé » en novembre 2024 qui permet une cueillette de données sur la satisfaction en lien avec la santé et le bien-être des employés au travail, et ainsi dégager un plan d’amélioration continue ; – Sondages effectués auprès des employés lors d’activités spéciales de reconnaissance afin d’ajuster les différentes propositions (BBQ, Party de Noël, etc.); – Tenue de « café-rencontre » avec le personnel et les précepteurs afin de dégager des pistes d’amélioration; – Tenue de « café-rencontre » spécifique au retrait des agences « MOI-ZÉRO » afin de dégager des pistes d’amélioration et assurer le soutien attendu pour la continuité des soins et service sécuritaires et de qualité aux résidents; – Tenue au Centre Le Royer d’un sondage sur les risques psychosociaux et le climat de travail dans le cadre d’un projet de recherche « BEST » en collaboration avec une université de recherche; ce projet se poursuivra en 2025-2026 avec le déploiement d’un plan d’action structuré.
Enjeu 2 : La pénurie de main-d’œuvre	
Orientation : Assurer la disponibilité d’un personnel compétent et engagé qui œuvre en équipe dans un environnement sain.	
Objectif 4 : Recourir à des pratiques de gestion qui favorisent la stabilité des équipes, la santé et le mieux-être des employés, la reconnaissance, le travail d’équipe et l’engagement.	
Indicateurs / Biens livrables	Résultats
Statistiques faisant état de la stabilité des équipes (taux de roulement, taux de rétention, taux d’absentéisme, etc.)	– Implication accrue de tous les gestionnaires dans la gestion quotidienne de leur équipe « gestion de proximité »; – Diminution du taux de roulement de personnel, ce qui permet une meilleure stabilité de nos ressources et en conséquence, de meilleurs soins et services auprès des résidents. – Préoccupation face au taux de roulement après 3 ans; des analyses plus poussées sont en cours pour éviter des départs évitables; – Taux d’accident de travail en hausse importante au Centre Le Royer; les causes sont à être explorées; – Participation, au Centre Le Royer, à un projet de recherche universitaire « Best » permettant d’évaluer les risques psychosociaux pour nos employés; phase 3 du projet en cours soit l’animation de focus groups sur les résultats obtenus du sondage effectué en octobre 2024 afin d’établir un plan d’action découlant des différentes recommandations; – Embauche d’un nouveau coordonnateur d’établissement, afin de soutenir les chefs d’unités au Centre Le Royer; – Création d’un poste additionnel et nouveau de chef d’unité « équipe volante » afin de combler l’absence long terme d’une des chefs d’unité et soutenir les équipes et les besoins dans nos deux établissements; – Tenu de kiosques de formation-informations en santé et sécurité au travail et portant sur des sujets de gestion quotidienne ont été offerts à tous les titres d’emploi dans les deux établissements; – Formation importante offerte par Me Anne-Marie Bertrand à tout le personnel-cadre et non-cadre sur tous les quarts de travail afin d’intégrer

	au quotidien toutes les responsabilités et obligations contenues dans la refonte de la loi sur la lutte contre la maltraitance; – Formation sur le régime des plaintes a également été offerte par le CLPQS du CCOMTL à tout le personnel sur tous les quarts de travail ainsi qu'aux résidents, familles et proches; – Poursuite du comité de travail pour favoriser la gestion de la présence au travail par des actions concrètes telles que : ✓ Sensibiliser les employés ayant un haut taux d'absentéisme important afin de les informer de l'impact des absences ; ✓ Explorer avec ces employés diverses pistes d'amélioration pour favoriser une meilleure assiduité au travail; ✓ Reconnaître les employés n'ayant eu aucune absence au courant de l'année.
Activités de reconnaissance et de promotion de la santé et du mieux-être des employés	– Accréditation en mars 2024, « Entreprise en santé – niveau Élite » du Bureau de Normalisation du Québec, renouvelée en mars 2024, puis récemment, en mai 2025 à la suite de la visite de l'auditeur de Coesion-SP, anciennement Groupe Entreprises en santé, maintenant responsable de l'évaluation de la norme; – Rencontres du personnel dans les deux établissements sur tous les quarts de travail et pour tous les titres d'emploi afin de savoir « <i>c'est quoi de la reconnaissance pour vous?</i> »; Résultat des rencontres - Maintien des activités annuelles de reconnaissance tel que : • <u>BBQ annuel</u> où tous les gestionnaires offrent et cuisinent le dîner et le souper à tous les employés dans une ambiance festive et humaine ; • <u>Ambassadeurs de nos valeurs</u> où nous reconnaissons les récipiendaires élus par les pairs ; • <u>Recrues de l'année</u> qui sont élues également par les pairs ; • <u>Party de Noël</u> avec invitation des retraités dont la participation dépasse largement nos attentes ; • <u>Reconnaissance pour les années de service</u> et organisation d'une célébration de remise des présents offerts par l'organisation en présence des gestionnaires et de la direction ; • <u>Journée déguisement</u> pour la journée de l'Halloween et remise de prix de présence et de participation.
Nombre de rencontres de consolidation et de suivi du travail d'équipe	– Mise en place d'une formule de codéveloppement « GESTION DE PROXIMITÉ » pour tous les gestionnaires de proximité afin de susciter le partage des bonnes pratiques et le partenariat au quotidien ; – Évaluation annuelle du fonctionnement du comité de direction et déploiement du plan d'amélioration découlant ; – Maintien des pratiques « LEAN management », afin d'assurer la continuité de la démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'inscrit dans une gestion de proximité; – Mise à jour des stations visuelles opérationnelles qui sont en processus d'harmonisation avec la salle de pilotage dans le cadre de la nouvelle planification stratégique 2025-2030; – Réalisation de plusieurs « Rencontres statutaires des directions » périodiques afin d'assurer l'agilité nécessaire, une cohésion et une cohérence dans la

	gestion des priorités, dossiers et projets soutenus par l'ensemble de l'organisation ; – Réalisation de « Rencontres statutaires d'équipe » de tous les services afin d'optimiser la communication transversale au sein de l'organisation ; – Réalisation des rencontres « CCDG Communication » et « CCDG qualité-transformation » pour les gestionnaires et professionnels afin d'assurer une communication transversale et le transfert de connaissances dans tous les secteurs et services de l'organisation ; – Mise sur pied de cafés-rencontre avec l'ensemble du personnel pour leur expliquer certaines nouveautés, enlignements ou autres, ces rencontres sont animées par les ressources humaines; – Maintien de la tournée de la direction auprès du personnel pour assurer une écoute de leurs préoccupations et dégager à la fois les priorités organisationnelles de l'année 2024-2025: ✓ Dossier transversal « Expérience repas », ✓ Préparation pour la prochaine visite d'Agrément – automne 2025.
Nombre de précepteurs, de formateurs internes et de coaches	– Reconnaissance des précepteurs en leur offrant une journée de formation; – Bonification des formations à l'interne via notre plateforme « L'Académie du Groupe Roy Santé » en augmentant les formations internes obligatoires, passant de 5 à 8; – Ajout de deux ressources d'infirmières auxiliaires « coach » pour améliorer la pratique infirmière auxiliaire; ces infirmières auxiliaires s'ajoutent à nos deux PAB chef d'équipe « coach » qui sont intégrés à l'équipe clinique.
Résultats des sondages auprès du personnel.	– Sondage de satisfaction lors de la journée santé et sécurité et mieux-être sous le thème : « la prévention des infections au travail, un travail d'équipe »; – Données recueillies lors de la tournée de la direction générale dans les deux installations : ✓ Taux moyen de satisfaction générale de 85,2% ; ✓ 40 rencontres de +/- 20 minutes sur tous les quarts de travail ; ✓ 248 employés rencontrés de tous les titres d'emploi (41%) ; ✓ 450 commentaires et/ou suggestions répertoriés et analysés ; ✓ Plan d'action élaboré et réalisé ; ✓ Remise du « Bilan et résultat de la tournée précédente »; ✓ Présentation du projet organisationnel « Expérience repas »; ✓ Présentation de la priorité organisationnelle 2025 – préparation de la visite d'appréciation Agrément Canada novembre 2025. – Sondage de culture de sécurité effectué auprès de tous les employés œuvrant auprès des résidents afin de cerner leurs perceptions sur les aspects clés de la culture de sécurité de l'établissement : ✓ Note globale attribuée par les employés à la culture de sécurité de l'organisation est de 72%; ✓ 191 employés ont répondu au sondage pour un seuil de réponses requis de 184, ✓ Plan d'action élaboré et réalisé; ✓ Depuis le printemps 2024, ce sondage est aboli par « Agrément Canada ». ✓ Dorénavant, les questions sur la culture de sécurité de l'établissement seront intégrées dans le sondage universel de HSO auprès de la main-d'œuvre supportée par la plateforme OnboardQI « d'Agrément Canada ».

INDICATEURS RESSOURCES HUMAINES

Indicateurs Groupe Roy Santé	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Taux de roulement	24,4%	23,3%	25,9%	27,1%	27,1%	25,2%	16,7%
Encore à l'embauche après 3 ans	50,3%	27,7%	33,9%	43,7%	20,7%	21,5%	42,1%
Taux de rétention après 1 an	46,2%	49,5%	45,5%	41,7%	49,7%	54%	54,9%
Main-d'œuvre Indépendante*	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Infirmières	1,91%	3,98%	2,69%	4,8%	7,9%	35,3%	0%
Infirmière auxiliaire	1,39%	0,24%	2,25%	1,0%	2,1%	4,2%	0%
Préposés aux bénéficiaires	0,63%	0,77%	0,97%	1,5%	4,0%	2,9%	0%

* au 31mars de chaque année financière

Temps supplémentaire*	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Infirmières	2,2%	6,18%	6,13%	4,5%	5,9%	2,93%	8,4%
Ensemble des employés	2,01%	2,82%	4,75%	4,1%	5,1%	4,52%	8,5%

* au 31mars de chaque année financière

Taux d'assurance-salaire*	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
CHSLD St-Georges	5,59%	4,78%	4,83%	5,78%	5,19%	4,67%	3,71%
Centre Le Royer	5,46%	2,75%	2,23%	3,53%	4,07%	5,49%	6,25%

* Selon les données disponibles au 31 mars 2024

Taux d'accidents de travail*	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
CHSLD St-Georges	1,26%	1,50%	1,14%	2,10%	1,67%	1,70%	1,23%
Centre Le Royer	0,64%	1,70%	1,66%	2,61%	1,13%	1,51%	4,21%

* Ces données ont été modifiées en fonction de nouvelles définitions, selon les données disponibles au 30 avril 2025. Elles incluent toutes les heures CSST, excluant les retraits préventifs, sur le total des heures travaillées.

Nombre d'accidents de travail avec perte de temps*	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CHSLD St-Georges	25	33	41**	58**	19	19	21
Centre Le Royer	10	11	30**	23**	21	5	13

* Du 1^{er} janvier au 31 décembre, [nouveaux dossiers seulement](#)

** Ce nombre inclut les maladies professionnelles, dont la COVID-19, totalisant 19 employés absents pour maladie professionnelle.

Enjeu 3 : La communication et la cohérence	
Orientation : Transformer nos communications et s'appuyer sur la cohérence organisationnelle.	
Objectif 5 : Revoir nos modes de communications avec les employés, les bénévoles, les résidents et leurs proches ainsi qu'avec les partenaires et le grand public.	
Indicateurs / Biens livrables	Résultats
Site Web du Groupe Roy Santé renouvelé	– Les travaux requis sont complétés pour le renouvellement du site Web du Groupe Roy Santé en collaboration avec la firme retenue et celui-ci est mis à jour ; – Le contenu en lien avec les différents besoins de ressources humaines est maintenant mis à jour sur notre site Web ; – L'utilisation de notre site WEB demeure à être bonifiée afin d'intégrer davantage d'informations utiles et requises et pour présenter notre prochaine planification stratégique 2025-2030.
Nombre de nouvelles technologies implantées	– Poursuite des travaux nécessaires pour finaliser l'installation optimale du WIFI dans les deux établissements ; – Avancement dans l'actualisation du plan directeur informatique par la firme spécialisée XTI conseils ; – Poursuite de l'évaluation d'un nouvel outil de gestion clinique suite au retrait de « Sield » et participation aux différentes présentations de logiciels cliniques planifiées par l'Association des établissements privés conventionnés (AEPC) ; – Poursuite de l'utilisation des plateformes virtuelles telles que Facebook et LinkedIn pour l'affichage des postes ainsi que l'attraction de candidats externes ; – Intégration des tablettes électroniques pour favoriser les communications de toutes sortes, dont, notamment, des résidents avec leurs proches, et l'utilisation des plateformes de communication virtuelle; – Utilisation de l'application Teams pour les rencontres avec les partenaires externes et pour les rencontres internes, afin de favoriser la continuité des contacts et optimiser ces rencontres ; – Utilisation de l'application Teams pour partager plusieurs documents et/ou fichiers de travail collaboratif; – Utilisation de plateformes de sondage dynamique pour réaliser les audits de la qualité en lien avec plusieurs sujets (PCI, Hygiène et salubrité, Lavage des mains, Expérience repas, etc.) permettant une compilation rapide, l'analyse contemporaine et un suivi efficace des écarts identifiés ; – Bonification du système TEW de dépôt direct et de prélèvement bancaire lors d'absence non rémunéré d'un employé; – Optimisation de la valise de garde provinciale pour l'envoi de communications « TEXTOS » : ✓ Demande de disponibilité; ✓ Recherche de personnel pour quart de travail; ✓ Reconnaissance des employés; ✓ Communication efficace, rapide et spontanée. – Démarche pour l'obtention de « Logibec WEB », ce qui permettra aux employés de voir leur horaire partout, en tout temps, ce qui favorisera assurément la présence au travail.
Fréquence de nos communications organisationnelles et de	– Poursuite d'envoi de communiqués réguliers et spéciaux aux résidents, familles, aux proches et aux employés, afin de maintenir en tout temps de bonnes communications selon les situations ;

nos publications et réponses sur les médias sociaux	– Publications de dix (10) journaux mensuels « <i>Bulletin Résidents Familles</i> » dédiés aux résidents et familles et « <i>Trait d'Union Express</i> » dédiés aux employés ; – Augmentation des affichages et publications sur les pages Facebook et LinkedIn du Groupe Roy Santé pour assurer une plus grande visibilité ; – Communication « INFO-TRAVAUX » lorsque jugé pertinent ; – Relance et révision de nos différents mécanismes et outils de communication en plus de revoir les formulaires et documents corporatifs pour les adapter aux nouvelles réalités ; – Gestion et suivi des comptes Google du Groupe Roy Santé, du CHSLD St-Georges et du Centre Le Royer, afin d'assurer promptement des réponses aux commentaires reçus et mettre à jour les informations affichées.
Résultats des sondages portant sur les communications	– Maintien des Rencontres statutaires d'équipe (3 fois par année) pour disposer des points d'informations ; – Maintien des rencontres CCDG – communication, afin de transmettre des informations à tous les gestionnaires et professionnels ; – Maintien des rencontres CCDG – qualité – transformation, afin de présenter les nouveaux dossiers et transmettre de la formation pertinente dans différents dossiers stratégiques ; – Maintien des rencontres d'équipes par le gestionnaire de proximité ; – Maintien des mécanismes de sondages par le biais des sondages spontanés, des comités consultatifs de tous les services et directions, cafés-rencontres, comités de résidents, etc.

Enjeu 3 : La communication et la cohérence	
Orientation : Transformer nos communications et s'appuyer sur la cohérence organisationnelle.	
Objectif 6 : Miser sur la cohésion de l'équipe de gestion pour unir les valeurs, les stratégies et l'action.	
Indicateurs / Biens livrables	Résultats
Révision du programme d'orientation des gestionnaires	– Intégration des nouveaux gestionnaires à la journée d'accueil organisationnelle; – Poursuite de la réflexion sur la journée d'accueil et d'orientation des nouveaux gestionnaires ; – Poursuite du plan d'intégration pour l'ensemble des gestionnaires et planification de rencontres ciblées avec tous les représentants des directions pour le développement et le partage d'informations utiles et favorables à une bonne intégration dans l'organisation ; – Le programme actuellement en révision doit s'arrimer pour l'ensemble du personnel et doit être intégré au PDRH organisationnel ; – Mise sur pied du comité PDRH qui se rencontre quatre (4) fois par année pour l'application du PDRH, et voir également aux besoins des employés et des gestionnaires; – Une période de consultation est en cours auprès des gestionnaires, employés, des résidents et de leurs proches pour soutenir notre orientation quant au programme d'orientation des gestionnaires; – Développement d'outils de gestion dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité en lien avec l'approche de LEAN management.
Consolidation du leadership des gestionnaires	– Codéveloppement pour tous les gestionnaires de proximité et les professionnels concernés afin d'assurer une cohésion d'équipe et la collaboration inter service ; – Poursuite de la dotation de tous les postes de gestion, de la haute direction jusqu'aux gestionnaires de proximité incluant les coordonnateurs d'activités et le coordonnateur d'établissement pour le Centre Le Royer; – Création d'un poste de chef d'unité équipe volante pour s'assurer d'une meilleure gestion et pallier les absences des chefs d'unités des deux installations; – Formation des gestionnaires sur différentes politiques et procédures et sur les changements des lois en vigueur notamment sur la civilité au travail, la maltraitance, la gestion de la présence au travail, réduction de la MOI, etc.; – Formation sur la maltraitance par une avocate chevronnée, Me Anne-Marie Bertrand, formations dispensées à tous les employés (cadres et non-cadres) sur tous les quarts de travail dans les deux établissements.
Application du programme d'évaluation de la contribution des gestionnaires	– Poursuite de l'application du programme d'évaluation et d'appréciation de la contribution des gestionnaires, notamment au niveau de l'évaluation en probation et selon les profils de compétences des gestionnaires ; – Création d'un nouveau formulaire d'appréciation de la contribution des gestionnaires et des employés; – Identification des priorités organisationnelles pour les évaluations 2025-2027, en collaboration avec l'équipe de direction ; – Intégration des priorités ministérielles contenues dans la politique d'hébergement PHSSLD incluant le milieu de vie dans tous ces aspects (propreté, conformité, adaptabilité, climat, etc.); – Intégration des priorités et orientations ministérielles en regard de la gestion des situations de maltraitance réelle ou présumée ;

	– Intégration des orientations « ZÉRO MOI » et contribution aux différents comités de travail ; – Détermination des objectifs et des plans d'action découlant des priorités 2023-2024 en y intégrant les nouvelles exigences ministérielles et des indicateurs entourant la gestion de proximité.
Consolidation des pratiques de gestion LEAN	– Maintien des pratiques de gestion LEAN dans les 2 établissements ; – Poursuite de l'animation harmonisée et uniformisée des stations visuelles opérationnelles dans les différents services de l'organisation et arrimage avec la salle de pilotage et les ajustements requis avec la nouvelle planification stratégique 2025-2030; – Respect du calendrier de conservation des documents organisationnels, approuvés par le Bureau National des Archives.

4.2 L'agrément

En prévision de la prochaine visite d'Agrément prévue en novembre 2025, le plan d'action découlant du rapport de la dernière visite d'Agrément a été suivi rigoureusement en 2024-2025. Rappelons que le 3 décembre 2021, le Groupe Roy Santé s'est vu octroyer pour la quatrième fois consécutive depuis 2009, un agrément avec mention d'honneur par l'organisme accréditeur indépendant «**Agrément Canada**», soit la plus haute distinction accordée en matière d'agrément. Ce résultat représentait un taux de conformité de 100 % aux 474 critères découlant des normes d'excellence du programme Qmentum d'Agrément Canada.

En 2023-2024, dirigé par le plan d'action Agrément, l'établissement avait fait le choix d'un logiciel clinique en tenant compte des besoins et réalités de l'organisation et ce, malgré le contexte ministériel s'orientant vers un logiciel unique dans l'ensemble de la province. Cependant, l'attente de réponses à diverses demandes formulées afin de finaliser les termes du contrat et les besoins requis pour l'implantation du logiciel choisi a amené l'établissement à revoir ses positions vis-à-vis de ce fournisseur. De plus, l'évolution selon les orientations et directives ministérielles d'un autre fournisseur qui figurait parmi nos finalistes dans le choix d'un logiciel clinique a consolidé le choix de l'établissement d'un changement de fournisseur. Ainsi, les termes du contrat sont à être finalisés avec ce nouveau fournisseur et l'établissement est dans l'attente du dépôt d'un plan de déploiement clair du logiciel clinique au sein des 2 établissements.

Cette année, afin de faciliter l'application du circuit du médicament sur les unités de vie, l'établissement a revisité la mise à jour de son programme de gestion des médicaments par la création d'une politique globale, détaillant les pratiques de sécurité organisationnelles en lien avec les médicaments, et de politiques spécifiques décrivant toutes les pratiques opérationnelles régissant la gestion des médicaments. Une consultation auprès du personnel clinique avait démontré que le circuit du médicament actuel ne permettait pas une application fluide des différents processus de gestion des médicaments puisque les informations requises n'étaient pas regroupées de façon adéquate.

Tel que mentionné lors du dernier rapport annuel, la révision des normes de classement au dossier et le processus de révision et d'uniformisation de l'animation des stations visuelles des différents secteur d'activités seront intégrés au nouveau logiciel clinique. Cependant, dans l'attente d'une implantation de ce nouveau logiciel, il y a eu la mise à jour de la procédure des normes de classement au dossier du résident. Puis, un comité de travail a travaillé sur l'arrimage des stations visuelles opérationnelles des unités de vie au sein de la direction des soins infirmiers. Le résultat de ce travail sera présenté en comité de direction et intégré aux pratiques de gestion des unités de vie.

L'établissement a débuté, en avril 2022, le nouveau processus d'un modèle continu d'évaluation de la qualité en 4 ans impliquant une nouvelle expérience numérique, l'abolition des cahiers de normes et l'adoption d'un nouveau manuel unique intégrant toutes les normes selon 6 chapitres.

Le premier élément d'évaluation a été complété par la participation du Groupe Roy Santé au sondage sur le fonctionnement de la gouvernance en projet par Agrément Canada entre le 3 septembre et le 24 septembre 2022. Un plan d'action a été élaboré le 29 novembre 2022 et portait essentiellement sur l'intégration de la sécurisation culturelle des autochtones dans l'approche organisationnelle.

Le modèle continu d'évaluation devait inclure une évaluation virtuelle qui ne s'appliquait pas à notre établissement pour ce cycle en raison de la décision préalable de maintenir notre visite sur une période de 3 ans. Ce type d'évaluation n'ayant pas été concluante dans l'évaluation d'autres établissements, Agrément Canada l'a retiré de son processus d'évaluation.

Depuis juin 2023, nous poursuivons notre processus d'évaluation continu. Le sondage de la main d'œuvre d'Agrément Canada qui devait inclure des questions sur la culture de sécurité n'étant pas disponible, nous avons

effectué la même démarche que les visites antérieures. Celle-ci consistait à réaliser le sondage de culture de sécurité d'Agrément Canada et de soumettre les questions et les résultats du sondage de la main d'œuvre effectué dans le cadre de notre démarche Entreprise en santé. Le sondage culture de sécurité a été réalisé en juin 2023 et a été combiné à notre sondage sur la main d'œuvre d'Entreprise en santé réalisé en octobre 2022.

À la fin de l'année 2023, nous avons complété l'auto-évaluation de la conformité des 282 critères du nouveau programme de soins de longue durée. Les mises à jour requises suite à cette auto-évaluation sont en cours et un plan d'amélioration a été élaboré. En 2024-2025, afin de faciliter les mises à jour requises et le suivi du plan d'amélioration, des responsables ont été nommés pour chaque chapitre du cahier de normes. Ainsi, six (6) responsables travaillent en étroite collaboration avec la coordonnatrice de la gestion qualité afin d'assurer la conformité des différents critères de cette norme de soins de longue durée.

4.3 La sécurité des soins et des services

La sécurité des soins et des services est au cœur de la mission première du Groupe Roy Santé. Des rapports trimestriels portant sur la gestion intégrée de la qualité, ainsi que sur la sécurité des soins et des services sont rédigés de manière interprofessionnelle grâce à une analyse approfondie de tous les rapports d'incidents et d'accidents complétés (AH-223). Ces rapports trimestriels comprennent également un volet prévention et contrôle des infections faisant état notamment de la surveillance étroite de tous les contaminants microbiologiques transmissibles de la flore humaine. Les rapports de gestion des risques produits sont revus en Comité de direction, en Comité de vigilance et de la qualité, en Comité clinico-administratif et en Comité de gestion des risques, ainsi qu'en sous-comité de gestion des risques pour être, ensuite, diffusés auprès des équipes pour assurer la rétroaction et les correctifs requis.

Les principaux risques identifiés dans ces rapports sont les chutes, les erreurs de médicaments et les blessures d'origine inconnue. La proportion par gravité est documentée dans le tableau ci-dessous.

Types d'événements	Incidents (gravité A et B)		
	Nombre	Pourcentage des incidents	Pourcentage des événements
Erreurs de médication	33	34%	3%
Erreurs de traitement	23	24%	2%
Autre	13	14%	1%

Types d'événements	Accidents (gravité C à I)		
	Nombre	Pourcentage des accidents	Pourcentage des événements
Chutes	244	27%	25%
Erreurs de médication	176	20%	18%
Blessures d'origine inconnue	140	16%	14%

Dans le but de mettre en place des améliorations visant à prévenir les événements indésirables et leurs conséquences, plusieurs actions ont été réalisées par l'organisation pour promouvoir la déclaration, l'analyse et la divulgation des incidents et des accidents. Les suivis de tous les événements déclarés ainsi que la gestion globale des risques ont été assurés de manière rigoureuse par la conseillère clinique en gestion des risques.

Lors de tout incident ou accident, les assistantes-infirmières-chef (AIC), les assistantes-infirmières-chef cliniciennes (AICC) et les gestionnaires s'assurent que le formulaire AH-223-1 soit complété adéquatement et que des suivis soient effectués lorsque nécessaire. Chaque formulaire AH-223-1 complété est lu et l'analyse de l'incident ou de l'accident est revue par la conseillère clinique en gestion des risques, ainsi que de manière interdisciplinaire avec un membre de l'équipe en physiothérapie lorsqu'il s'agit d'une chute spécifiquement.

Afin d'assurer le transfert des connaissances, toute nouvelle infirmière ou infirmière auxiliaire embauchée est orientée quant aux pratiques et aux outils en lien avec la gestion des incidents et des accidents, ainsi que la prévention et le contrôle des infections.

Plusieurs articles d'information et de sensibilisation ont été publiés dans nos bulletins internes portant sur divers sujets touchant la sécurité des soins et des services : sécurité d'administration des médicaments, conservation des médicaments, déclaration des situations dangereuses, sécurité des résidents : rappel de l'utilisation des codes d'ascenseurs, rappels des divers formulaires de déclarations, plan de mesures d'urgence (PMU), code argent, risques psychosociaux, tapis de chute, programme ÉCHO, veille saisonnière de chaleur accablante, soins des plaies, entretien préventif des équipements, hygiène des mains et une sensibilisation envers le bruit.

La direction de l'établissement promeut et supporte une approche non punitive dans la gestion des événements afin d'encourager les déclarations de tout événement, ce qui permet la mise en place d'actions visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services aux résidents. En ce sens, un rappel sur l'importance de déclarer tout événement a été mené par les gestionnaires et la conseillère clinique notamment lors des rencontres cliniques. De plus, une semaine de la santé, sécurité et mieux-être au travail s'est déroulée en novembre 2024 dans nos deux établissements où était mis de l'avant le thème de prévention et contrôle des infections. Le moment fort de la journée était une « pièce noire » avec lumière UV permettant de voir tous les contaminants potentiels de notre environnement. Divers kiosques étaient aussi présents à propos de l'hygiène des mains, la prévention des infections, l'implantation d'une nouvelle grille de suivi du sommeil pour les résidents, ainsi qu'un kiosque de vaccination contre l'influenza pour les employés.

4.3.1 Application des mesures de contrôle

Au cours de l'année 2024-2025, le protocole interdisciplinaire sur l'utilisation des stratégies alternatives et des mesures de contrôle a été entièrement révisé afin de s'assurer que l'ensemble de son contenu est conforme aux exigences du MSSS. De plus, le programme a été transposé et suivi dans notre nouveau gabarit de documentation, et a ainsi été amélioré tant dans son contenu que dans sa forme dans les derniers mois pour atteindre une version utile, efficace et fiable.

Au cours de l'année 2023-2024, nous observons une diminution du taux moyen de mesures de contrôle au CHSLD St-Georges pour atteindre 0% depuis les 10 dernières périodes financières 2024-2025. Le taux est demeuré à 0% au Centre Le Royer. Les définitions des indicateurs reliés au programme sur l'application des mesures de contrôle et des mesures alternatives ont été harmonisées pour les deux établissements. La procédure d'évaluation annuelle de ces mesures a bien été implantée et celle-ci est effectuée selon le calendrier établi en partenariat avec les résidents et leurs proches.

L'organisation est fière de pouvoir affirmer que le taux des mesures de contrôle est à 0% dans l'ensemble de ses établissements.

Compte tenu des taux de mesures de contrôle très bas pour ne pas dire nul, une vigilance accrue est appliquée et des suivis rigoureux sont effectués par le service d'ergothérapie, en collaboration étroite avec l'équipe des soins infirmiers, lors de l'application des mesures de contrôle limitatives et non limitatives, puisqu'elles sont de moins en moins utilisées. Désormais, les stratégies alternatives font d'emblée partie intégrante des plans d'interventions de tout résident à risque.

Par ailleurs, la formation du MSSS sur les mesures de contrôle fait actuellement l'objet d'une modification dans la façon de la diffuser aux employés. Nous avons choisi de créer un format vidéo pour cette formation afin de la rendre disponible en tout temps au personnel soignant. Par ailleurs, dès qu'une nouvelle mesure de contrôle limitative est installée à un résident, l'équipe de réadaptation forme immédiatement le personnel soignant concerné à l'application adéquate et sécuritaire de cette mesure de contrôle.

4.3.2 Suivi aux recommandations découlant d'une visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie

Le Groupe Roy santé a eu des visites d'appréciation de la qualité du milieu de vie en CHSLD encadrées par le ministère dans ses 2 établissements.

Les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée, réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visaient à s'assurer que les soins et les services dispensés aux personnes hébergées favorisent leur bien-être physique, mental ainsi qu'émotionnel et qu'ils répondent aux besoins et aux attentes des résidents et de leurs proches.

Le mandat confié à l'équipe ministérielle était d'évaluer la qualité du milieu de vie, selon les orientations ministérielles; notamment de reconnaître l'engagement de l'établissement à créer un milieu de vie où le résident se sent respecté, de constater les actions mises de l'avant par l'établissement en matière d'approches cliniques et organisationnelles adaptées et personnalisées pour le résident hébergé et de formuler des recommandations, le cas échéant, dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

Le Ministère encourage donc les établissements non seulement à poursuivre leurs efforts pour une offre de soins et de services de qualité, mais aussi à veiller à l'harmonisation des pratiques administratives, organisationnelles et professionnelles et à en effectuer le suivi, et ce, afin d'assurer la qualité du milieu de vie des résidents et de leurs proches.

Lors de la visite du 30 avril 2024 au CHSLD St-Georges et du 17 septembre 2024 au Centre Le Royer, les visiteurs ont relevé certaines observations et recommandations à l'égard de nos pratiques. Nous avons déployé promptement des plans d'action afin de rétablir les éléments énoncés et ainsi nous conformer aux différentes attentes signifiées.

Dans un premier temps, nous avons rapidement procédé à l'affichage du mandat et des membres du comité de résidents dans les deux ascenseurs afin d'assurer l'information. De plus, nous avons procédé à l'affichage sur les unités de soins des 12 droits des résidents.

Un outil de gestion pour assurer la coordination des rencontres interdisciplinaire a été créé et déployé pour assurer une gestion systématique en respect des délais prévus permettant ainsi de dégager rapidement les écarts, de procéder aux ajustements requis et de les justifier lorsqu'ils sont inévitables.

Nous avons intégré au plan de travail de chacun des PAB concernés, les plans d'intervention individualisés des résidents afin d'assurer toutes les interventions nécessaires et utiles pour répondre aux besoins, au bien-être et à la sécurité de tous les résidents.

Au niveau de la recommandation concernant l'utilisation du bracelet d'identification utilisé, nous sommes toujours à la recherche d'une stratégie alternative pour l'identification des résidents qui correspond aux orientations de milieu de vie. Malgré nos consultations auprès de partenaires du réseau EPC ou public, nous n'avons toujours pas trouvé d'alternative.

À l'égard de l'animation du milieu de vie, nous avons rendu disponibles plusieurs stratégies pour les activités spontanées de nature sociales ou occupationnelles et avons revu notre planification afin d'assurer une offre quotidienne. Conséquemment, nous avons procédé à l'ajout d'un poste à temps complet d'intervenant en loisir afin de soutenir davantage une programmation sur 7 jours semaine. Tout le matériel et les fournitures sont disponibles en tout temps aux résidents, familles et proches en plus du personnel afin de soutenir l'intérêt et les préférences des résidents.

Dans le cadre de notre projet organisationnel « **Expérience repas** » nous étions déjà en démarche pour optimiser nos façons de faire de façon transversale en débutant par des audits de l'expérience observée sur toutes les unités. Par la suite, nous nous sommes attardés à faire les cartographies complètes des processus du CHSLD St-Georges qui est en service « vrac » et du Centre Le Royer qui en est en service « plateau ». Ensuite nous avons réalisé plusieurs autres types d'audits pour soutenir une expérience repas de qualité. Pour réaliser ce grand projet organisationnel, nous avons créé un comité d'amélioration continue de la qualité sous la direction de la coordonnatrice milieu de vie et services professionnels visant l'amélioration transversale de « **l'Expérience repas** » qui inclut inévitablement l'ensemble des considérations à l'égard de l'ambiance, de la relation entre le résident et le personnel durant le repas dans une optique d'augmenter le potentiel de plaisir à manger. Ce projet organisationnel se décline dans un plan d'action de plusieurs pages de par son ampleur et le volet transversal. Plusieurs sous-comités ont été formés afin de soutenir les grands enjeux et objectifs ciblés. Ce projet sera poursuivi au cours de la prochaine année, mais nous pouvons déjà témoigner de la valeur ajoutée des gestes posés.

Pour agrémenter les moments avant les repas, nous avons instauré des activités sous forme de moments apéro (quizz, chansons, projections, etc.) où les résidents sont animés autour d'activités favorisant la socialisation et le plaisir. Durant le repas nous favorisons les observations et l'animation du repas. Des photos de tous les repas servis sont présentées et nous avons conséquemment intégré plus formellement le 2^e choix de menu, bien qu'il ait toujours été possible par le passé. Plusieurs enjeux entourant l'Expérience repas sont adressés rigoureusement, toutefois, nous ne pouvons laisser sous silence celui de l'explosion des coûts des aliments qui ne cessent d'augmenter. Jusqu'à maintenant, le Groupe Roy Santé a maintenu l'ensemble de l'offre en maintenant la qualité. L'apport des équipes a permis de prendre des décisions toujours centrées dans l'intérêt supérieur des résidents sans jamais porter atteinte à la qualité de l'offre alimentaire. Depuis quelque temps, nous avons établi une belle collaboration avec la **Tablee des chefs** afin de disposer de façon écoresponsable des surplus de production et nous en sommes très fiers.

Un geste noble « Donner au suivant » au lieu de jeter!

Pour ce qui est des recommandations concernant l'histoire de vie dans nos deux installations, bien que l'histoire de vie de chaque résident soit rédigée et disponible au dossier du résident, la volonté est de la rendre disponible à tous les acteurs du milieu de vie, ce à quoi nous œuvrons avec un projet en développement « **Historio** » qui se greffe à notre projet « **Connecto** » avec la firme spécialisée Connectologie.

En regard des histoires de vie de tous les résidents dans les deux installations, elles ont été revalidées et intégrées dans un canevas choisi dans le cadre d'une consultation tenue auprès des résidents, familles, proches et employés. Ainsi nous avons amorcé un chantier d'amélioration afin que les histoires de vie soient affichées dans un cadre fixé à chacune des portes des chambres des résidents. Au Centre Le Royer, toutes les histoires de vie sont affichées aux portes. Nous avons amorcé cette démarche au CHSLD St-Georges et sommes à recueillir tous les consentements. Nous sommes confiants de finaliser l'ensemble de la démarche sous peu. Notre volonté au CHSLD St-Georges est d'optimiser la plateforme numérique « Connecto » en intégrant la création d'une application « **Historio** » qui permet de faire vivre les histoires de vie des résidents et de les présenter sur les supports multimédias déjà installés afin de susciter la fierté, la réminiscence des souvenirs et la socialisation des résidents entre eux et avec le personnel. Nous avons tenu 10 dyades, composées de résidents, proches et employés afin de travailler le projet de développement « **Historio** ». Nous souhaitons ainsi dégager une stratégie à la fois innovante, mais répondant à la demande et aux besoins de socialisation des résidents.

La vie continue en CHSLD et au Groupe Roy Santé nous y œuvrons avec beaucoup d'engagement et de conviction.

4.3.3 Suivi aux recommandations du coroner

L'établissement n'a reçu aucune recommandation du coroner.

4.3.4 Suivi aux recommandations du protecteur du citoyen

Nous avons eu deux situations qui ont fait l'objet d'une enquête du protecteur du citoyen.

Au Centre Le Royer, l'enquête a conduit à 10 recommandations entourant essentiellement des rappels aux infirmières et infirmières auxiliaires quant aux suivis cliniques à assurer, à l'obtention formelle du consentement du résident, de respecter les recommandations des professionnels internes et de l'importance de documenter davantage toutes les démarches. Les recommandations ont fait l'objet d'un plan d'action élaboré et mis en place rapidement à la convenance du protecteur du citoyen.

Au CHSLD St-Georges, l'enquête a conduit à rappeler à l'ensemble des professionnels en physiothérapie les obligations relatives à la tenue de dossier, conformément au Règlement OPPQ3 en vigueur. Un plan d'action a été mis en place et la situation a été rétablie à la convenance du protecteur du citoyen.

4.3.5 Suivi aux autres recommandations formulées

L'établissement n'a reçu aucune recommandation des ordres professionnels ou découlant d'enquêtes administratives.

4.3.6 Application du protocole encadrant la mise sous garde de personnes

Le Groupe Roy Santé s'assure d'appliquer la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Le résumé des rapports sur l'application de cette loi n'est pas présenté parce qu'il n'y a aucune mise sous garde dans l'ensemble de l'établissement.

4.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) de chaque CIUSSS produit et transmet son bilan des activités aux instances concernées conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le CLPQS CCOMTL remet également son rapport annuel ainsi que celui du CLPQS CEMTL au Comité vigilance et de la qualité (CVQ) dont il est membre.

Suite à la révision de sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, l'établissement a organisé des activités de sensibilisation et de formation dans les deux établissements du Groupe Roy Santé. Les résidents et familles, les comités de résidents, le personnel et les bénévoles, les gestionnaires ainsi que les partenaires ont pu bénéficier de ces activités qui furent très appréciées.

Au cours de l'année 2024-2025, le CLPQS CCOMTL a reçu six (6) plaintes non médicales qui ont conduit à 9 mesures et engagements qui ont été traités à l'intérieur des délais prescrits et à la satisfaction du CLPQS. Il y a eu un appel porté au Protecteur du citoyen. Le CLPQS CCOMTL a également effectué une (1) intervention en lien avec le CHSLD St-Georges. Tout au long de l'année, onze (11) dossiers sont liés à des signalements obligatoires de maltraitance effectués majoritairement par le personnel de l'organisation et une (1) seule situation a été traitée à titre de plainte. Les signalements pour maltraitance ont conduit à 15 mesures et engagements de l'organisation qui ont été satisfaits à la satisfaction du CLPQS. Le CLPQS CCOMTL a répondu à sept (7) demandes d'assistance provenant de résidents ou de leurs représentants et a également procédé à cinq (5) consultations. Une seule recommandation a été formulée par le CLPQS CCOMTL et l'organisation a satisfait les attentes du CLPQS.

Le CLPQS CEMTL a traité 10 dossiers tout au long de l'année 2024-2025, dont 2 signalements pour maltraitance fait par l'établissement pour lequel il y a eu quatre (4) mesures qui ont été appliquées à la satisfaction du CLPQS. Le CLPQS CEMTL a également répondu à huit (8) demandes d'assistance provenant de résidents ou de leurs représentants et a également procédé à deux (2) consultations.

Dans leur bilan annuel, les Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services soulignent le climat de grande collaboration et de transparence qu'ils entretiennent avec la direction et les gestionnaires du Groupe Roy Santé. Les contacts avec le personnel de l'établissement sont harmonieux et collaboratifs. Le Comité de gestion des risques est actif ainsi que les Comités de résidents. Tout comme par les années passées, le CLPQS CCOMTL souhaite souligner la collaboration exemplaire de l'établissement aux processus visés par le Régime d'examen des plaintes et des processus de maltraitance. La constance d'action de l'établissement et le désir de collaboration du Groupe Roy Santé font certainement de cet opérateur privé conventionné un exemple à suivre dans le domaine.

L'application de la procédure d'examen des plaintes est largement communiquée dans les deux établissements du Groupe Roy Santé. L'information est transmise dès l'arrivée du résident et elle est contenue dans le Guide d'accueil du résident. Des affiches sont également disponibles à différents endroits dans les établissements et les formulaires sont accessibles. Le site web du Groupe Roy Santé regroupe aussi l'information complète quant à la façon de formuler une plainte, les coordonnées des Commissaires aux plaintes pour les deux installations du Groupe Roy Santé, ainsi que les rapports de deux CLPQS de nos CIUSSS partenaires.

4.5 L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le rapport annuel portant sur l'application de la politique sur les soins de fin de vie adoptée par l'établissement et découlant de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001) se présente comme suit :

	Éléments d'évaluation (Période du 1 ^{er} avril 2024 au 31 mars 2025)	CHSLD St-Georges	Centre Le Royer
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes décédées dans l'établissement	59	39
	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	38	24
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	5	0
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	4	0
	Nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été	1	0

Cinq demandes d'aide médicale à mourir ont été formulées cette année, toutes au CHSLD St-Georges uniquement. Des démarches ont été faites auprès de notre CIUSSS partenaire qui a effectué les cinq évaluations médicales. À la suite de ces évaluations, quatre des cinq demandes ont été acceptées puisqu'elles répondaient aux critères suivants : pronostic de maladie grave et incurable et situation médicale caractérisée par un déclin avancé, ainsi qu'irréversible des capacités. Celle refusée ne répondait pas en totalité aux critères d'admissibilité de l'aide médicale à mourir selon les médecins évaluateurs.

4.6 L'application de la politique de divulgation des actes répréhensibles

Reddition de compte 2023-2024 : Article 25 Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics		Nombre de divulgations ou communications par point
1. Divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations		0
2. Divulgations auxquelles il a été mis fin en application du paragraphe 3° de l'article 22		0
3. Divulgations fondées		0
4. Divulgations <u>reçues</u> réparties selon chacune des catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4 :		
• Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi		0
• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0
• Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0
• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0
• Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0
• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0
5. Communications de renseignements effectués en application du premier alinéa de l'article 23		0

NB : Le transfert de la divulgation au Protecteur du citoyen est pris en compte au point 2 (ne relève pas du mandat du responsable de suivi). Quant au transfert au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, la divulgation est répertoriée uniquement au point 5.

4.7 L'information et la consultation de la clientèle

Dans la vision du « **Programme Carrefour du résident et des proches partenaires** », plusieurs activités quotidiennes sont effectuées afin de s'assurer que les résidents et leurs proches participent à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention et des différents plans d'action. Pour chaque rencontre d'accueil ou de suivis, les résidents/familles sont invités à participer afin d'établir un plan d'intervention le mieux adapté possible au résident et qui répond à ses besoins. De plus, les résidents/familles sont informés lors de tout changement dans leur état de santé ou de toute information jugée pertinente. Les multiples communications avec les résidents et/ou leurs proches sont notées dans le dossier de chaque résident.

Entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025, voici les rencontres interprofessionnelles qui se sont tenues en présence du résident ou de ses proches.

	CHSLD St-Georges	Centre Le Royer
Rencontres interprofessionnelles d'accueil	75	50
Rencontres interprofessionnelles de suivi de PII	221	77
Rencontres en lien avec la gestion des SCPD	9	6
Rencontres de fin de vie	10	12
Total	344	118

Depuis deux ans, les rencontres avec la clientèle en présentiel ont repris à tous les niveaux, et peuvent être faites, à la demande des familles, par appel en conférence ou par applications de communication virtuelle (telle que Teams), s'il leur est impossible de se déplacer.

D'une manière plus générale, plusieurs informations sont transmises aux résidents et à leurs proches au travers de différents canaux de communication : Bulletin Résidents-Familles, mémos et communiqués d'information, site web, présentoirs des dépliants à l'accueil des deux établissements, guide d'accueil contenant plusieurs informations, assemblée générale annuelle des Comités de résidents, groupe de soutien des proches aidants, liste des ressources pour les proches aidants, etc.

Au cours de l'année 2024-2025, plusieurs communications issues de la direction générale ont été acheminées aux proches des résidents. Pour les proches des résidents n'ayant pas accès à internet, les informations ont été transmises par la poste.

La direction du Groupe Roy Santé valorise par ailleurs l'intégration du savoir expérientiel des résidents et de leurs proches dans les prises de décisions et dans les projets de l'organisation, de ce fait, le Groupe Roy Santé a instauré depuis 2021 un concept de collaboration structurée sous l'appellation officielle « *Carrefour du résident et des proches partenaires* ». Les consultations des résidents et de leurs proches sont tenues régulièrement, à l'occasion de tout nouveau projet impactant le milieu de vie et au sujet de diverses procédures, documents ou activités d'intérêt pour eux. Par ailleurs, plusieurs résidents ou proches de résidents participent à nos différents comités organisationnels : Comité de coordination du programme qualité, Comité milieu de vie, Comité gestion des risques, Comité de santé environnementale, Comité de résidents et du Comité des usagers. Le « *Carrefour du résident et des proches partenaires* » est mis de l'avant plus que jamais avec le déploiement de la nouvelle politique d'hébergement. Le « *Programme du Carrefour résident et des proches partenaires* » a été élaboré, validé entièrement durant l'année 2024-2025 en collaboration avec les résidents/familles et est implanté dans le quotidien de tous.

Voici une liste non exhaustive de certaines des consultations significatives réalisées durant la dernière année pour des projets répondants aux besoins de nos résidents et à leur milieu de vie.

- Avril et mai 2024 :
Rencontre d'information avec les proches aidants afin de déterminer en partenariat avec eux les sujets de consultation de l'année à venir.
- Septembre 2024 – en continu :
Sondage de l'expérience repas par le « CODE QR » de toutes les personnes consommant des repas dans les lieux de restauration des deux installations.
- Automne 2024 :
Animation d'un comité de travail et consultation des résidents, familles, proches et visiteurs concernant certains éléments d'aménagement des espaces communs (choix tapis au RDJ CHSLD St-Georges, choix couleurs mobilier, disposition des espaces, partage du salon au RDJ, etc.).
- Novembre 2024 :
Consultation des familles et proches aidants dans le cadre d'une conférence intitulée « S'aimer au-delà de la maladie d'Alzheimer ».
- Décembre 2024 / Janvier 2025 :
Consultation des résidents et de leurs proches sur les orientations stratégiques de l'organisation dans le cadre de l'élaboration de la planification stratégique 2025-2030. Une consultation des résidents a été entreprise via des sondages qui leur ont été soumis par l'équipe des loisirs dans les deux établissements en plus d'une consultation ayant été effectuée auprès du comité des résidents. Les familles et proches aidants ont, pour leur part, été consultés via un sondage en ligne transmis par courriel.
- Février 2025 :
Consultation du comité de résident du Centre Le Royer quant au choix de décoration à destination des portes des escaliers sur les unités de soins de l'établissement.
- Mars 2025 :
Consultation des familles et proches aidants sur les résultats de la précédente consultation en lien avec la planification stratégique de l'organisation, une belle occasion d'entretenir des échanges plus soutenus autour des grandes orientations stratégiques du Groupe Roy Santé.
- Mars 2025 :
Consultation des familles et proches aidants sur les questions entourant les enjeux de dysphagie.

Consultation des résidents sur la programmation des activités de loisirs et sur l'offre alimentaire lors des cafés-rencontres annuels organisés par le service des loisirs dans les deux installations.

4.8 Loi sur la gestion de contrats

Selon le décret 1084-2016, les établissements privés conventionnés visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) sont soustraits de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (incluant les articles 2, 3 et 20) en raison des contrôles déjà présents dans les règles de financement entre celles-ci et le gouvernement du Québec. Ainsi, dans le respect de ce décret, les renseignements relatifs aux contrats de service comportant une dépense de 25 000\$ et plus n'ont pas à être listés dans ce rapport de gestion.

5 COMITÉS ET CONSEILS EN VERTU DE LA LOI

5.1 Le Conseil d'administration

La responsabilité des activités du Groupe Roy Santé est sous la gouvernance des administrateurs, en les personnes de Monsieur Stéphane Roy et de Madame Chantal Limoges qui composent le conseil d'administration.

Le conseil d'administration dispose d'un code d'éthique et de déontologie des administrateurs. Pour l'année 2024-2025, le conseil d'administration ne dénombre aucun cas traité concernant des manquements quant à l'égard des principes et des règles établis par ce code. Le code d'éthique et de déontologie se retrouve à la page 59 du présent rapport annuel de gestion.

5.2 Le Comité de direction

Lors de la dernière année, les membres du Comité de direction se sont stabilisés par la dotation de certains postes qui étaient par intérim ou laissés vacants. Ainsi, le Comité de direction du Groupe Roy Santé demeure engagé dans la continuité des dossiers en cours et a poursuivi le mandat de direction et de gouvernance qui était le sien au sein de l'organisation. Il a établi les priorités et les orientations permettant d'harmoniser les projets de développement organisationnel de manière à en assurer la cohérence et leur actualisation avec rigueur.

Il assure toujours la pertinence, la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins et des services dispensés ainsi que l'utilisation et l'allocation efficaces et efficientes des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles par une gestion **Humaine** des ressources et de proximité. En ce sens, il s'assure de la coordination optimale et du déploiement synchronisé des projets organisationnels. Il veille au respect des droits des résidents, à la procédure d'examen des plaintes et à la gestion efficace des risques et de la sécurité des résidents. Il s'assure des arrimages et collaborations auprès des gestionnaires et médecins de l'organisation pour que s'actualisent avec les équipes en place, des soins et des services selon les hauts standards de qualité et de sécurité attendues, pour tous les secteurs confondus. En effet, l'ensemble des indicateurs de rendement organisationnel y est suivi, revu et discuté dans le but de mettre en place les améliorations requises.

Le Comité de direction s'assure aussi de la participation, de la mobilisation, de la valorisation et du développement des ressources humaines. Le programme « **Entreprise en santé Élite** » permet d'orchestrer les différentes initiatives déployées en ce sens par l'entremise de comités de travail proactifs et dynamiques. Le Comité de direction s'assure également du partenariat, de la collaboration et de la participation des résidents et de leurs proches dans tous les projets d'amélioration avec le programme « **Carrefour du résident et des proches partenaires** » et reconnaît concrètement la place et l'implication de ces personnes clés dans l'organisation.

Les membres du Comité de direction œuvrent à solidifier les collaborations et les partenariats du Groupe Roy Santé avec les partenaires du réseau de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'avec différents partenaires communautaires dans le but d'assurer une fluidité et une coordination optimale des services offerts en réponse aux besoins actuels et futurs de la clientèle.

Au cours de la dernière année, les rencontres régulières du Comité de direction ont été tenues sous une forme de demi-journée et de journée complète afin de disposer de l'ensemble des dossiers stratégiques et prioritaires. Les membres du Comité de direction se sont impliqués activement dans tous les secteurs d'activités afin de soutenir la sécurité et la qualité des soins et services offerts aux résidents et au mieux-être des employés. Le

Comité de direction a pu maintenir son fonctionnement habituel et a assuré le déploiement des dossiers stratégiques en lien avec la Planification stratégique 2020-2025 tout en établissant les orientations et le projet de la nouvelle Planification stratégique 2025-2030.

5.3 Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) exerce son mandat, défini à l'article 214 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sous l'autorité du conseil d'administration. Ce mandat concerne principalement:

- Le contrôle et l'appréciation de la qualité et de la pertinence des actes posés par ses membres ;
- L'évaluation et le maintien de la compétence de ses membres ;
- L'évaluation de la candidature d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien en fonction de critères définis;
- L'étude des plaintes relevant de sa compétence ;
- La valorisation de la participation de ses membres à des comités médicaux, professionnels ou administratifs.

Les faits saillants

Réunions :

- Le CMDP du Groupe Roy Santé a siégé à quatre (3) reprises entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025 et a dû reporter une séance en 2024-2025 ;
- Des arrimages importants ont été réalisés avec la direction générale sur le plan du recrutement des effectifs médicaux en CHSLD, ce qui représente encore un certain enjeu de relève ayant des effectifs médicaux âgés ;
- Dans la dernière année, en plus des discussions entourant les opérations courantes, il y a eu des présentations en lien avec les dossiers importants de l'organisation au bénéfice de l'équipe médicale :
 - Présentation des nouveaux postes PAB CEC et infirmière auxiliaire CEC (chef- d'équipe-coach) et de leur rôle respectif par la direction des soins infirmiers ;
 - Présentation des responsabilités et rôles attendus des PAB Accompagnateur par la direction des soins infirmiers ;
 - Présentation de la démarche entourant le constat de décès par l'infirmière dans les cas de décès attendus par la direction des soins infirmiers ;
 - Présentation de procédures dont le BCM, l'étude de médicaments d'exceptions par le pharmacien
 - Présentation sommaire de la formation en soins palliatifs - Palli science ;
 - Présentation de la démarche de préparation et des modalités dans le cadre de la visite d'Agrément prévue en novembre 2025 par la direction générale ;
 - Présentation des résultats des dernières visites d'appréciation du milieu de vie par le MSSS dans les deux installations par la direction générale ;
 - Présentation sommaire du plan d'action en lien avec la politique d'hébergement ;
 - Présentation du programme OPUS-AP-PEPS par la direction des soins infirmiers ;
 - Présentation du projet organisationnel Expérience Repas par la direction générale ;
 - Présentation des soins de fin de vie afin de rehausser le niveau de soins et mettre à jour le programme de l'organisation par l'infirmière spécialisée en soin de fin de vie ;
 - Présentation de divers projets en lien avec le déploiement du milieu de vie et de la politique d'hébergement dont notamment le l'historique de vie, le projet Connecto, la zoothérapie, pour lutter contre le SCPD ;
 - Présentation de la documentation sur le comité éthique par la responsable du Comité d'éthique ;
 - Présentation de la démarche de planification stratégique 2025-2030.

Nominations et départs :

- Départ annoncé au 20 juin de Dr Palardy ;
- Arrivée prévue en juillet de Dr François Mercier.

Plan d'effectifs médicaux : non applicable.

Études de dossiers par pathologie : non applicable.

5.4 Le Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et le Conseil des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA)

Les faits saillants

Activités réalisées

- Rédaction de plusieurs « Bons coups » survenus au cours de 2024-2025.
- Rédaction du rapport annuel et planification de l'AGA.
- Planification et déploiement d'une Assemblée générale annuelle dans les deux établissements.
- Mise à jour du pamphlet du CECII.
- Lecture, recommandation et validation des documents suivants :
 - Rapport code bleu (O-090) ;
 - Grille d'observation du cycle éveil-sommeil (DOS-O-140) ;
 - Présence de selles dures dans l'ampoule rectale ou de constipation (OC-7) ;
 - Initier un prélèvement urinaire en vue d'une analyse et culture d'urine (OC-15) ;
 - Mesure du volume vésical à l'aide de l'appareil à ultrason CUBEScan Bio-Con-900S (PI-16) ;
 - Traitement de l'hypoglycémie chez une personne consciente et capable d'avaler (PTC-INF-12) ;
 - Démarche de prévention des infections urinaires chez la personne âgée (PTC-INF-15) ;
 - Protocole de détresse (détresse respiratoire, hémorragie massive ou douleur sévère) (PTC-INF-17) ;
 - Protocole de surveillance post-retrait d'une sonde vésicale à demeure (PTC-INF-18) ;
 - Surveillance d'un résident recevant un opioïde ou un autre médicament ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (PTC-INF-23) ;
 - Ordonnance individualisée pour une personne en fin de vie présentant une détresse respiratoire, hémorragie massive ou douleur sévère incontrôlable (OI-01) ;
 - Aide à la création de 18 fiches cliniques pour la révision du programme d'accompagnement et de soins de fin de vie.
- Discussion sur la révision du programme d'accompagnement et de soins de fin de vie.
- Préparation et participation au kiosque de la semaine SST : présentation et enseignement entourant la nouvelle grille d'observation du cycle éveil-sommeil.

Les réunions

- Le CECII du Groupe Roy Santé a siégé à 3 reprises entre le 1 avril 2024 et le 31 mars 2025 soit le 19 septembre et 30 octobre 2024, ainsi que le 11 février 2025.
- Le CECII tiendra son Assemblée générale annuelle en mai 2025, afin de rencontrer le plus de salariés possibles. Avant l'assemblée, les membres du comité iront à la rencontre du personnel, afin de leur présenter les éléments du rapport annuel.

Les avis, les recommandations ou commentaires

Le CII du Groupe Roy Santé n'a émis aucun avis, recommandation ou commentaire au cours de l'année 2024-2025.

5.5 Les Comités des usagers et de résidents

Les Comités de résidents sont toujours actifs dans les deux installations. Les droits des résidents ont été largement communiqués dans les deux établissements sous diverses formes (ex. imprimés au dos de napperons, distribution d'un calendrier, affichage dans les ascenseurs et à l'entrée des centres, remise de couverture à l'effigie des droits, articles dans les journaux mensuels, achat d'un JUKEBOX au Centre Le Royer présentant les droits des résidents, etc.).

Lors de son assemblée annuelle du mercredi 28 mai 2025, le Comité des usagers a fait le bilan de ses activités de l'année antérieure se terminant au 31 mars 2025. Au cours de la dernière année, le Comité des usagers et les comités de résidents ont particulièrement travaillé à offrir de la formation et des activités de sensibilisation aux résidents et membres de famille. Ces activités portaient sur les moyens pour favoriser le travail en partenariat avec les intervenants ainsi que sur les relations entre les résidents et les intervenants.

Afin de maintenir une étroite collaboration avec la direction, des gestionnaires et des professionnels ont été invités aux réunions afin de partager des informations et répondre aux questions et commentaires des membres sur les enjeux assurant la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux résidents. De plus, certains membres siègent sur des comités organisationnels s'assurant de représenter les résidents/familles dans la défense de leurs droits.

Au cours de l'année, les membres du comité ont régulièrement été consultés sur divers projets, enjeux ou améliorations de la qualité du milieu de vie des résidents et ont ainsi pu émettre leurs commentaires, suggestions et recommandations. Il importe particulièrement de mentionner la participation des membres du comité à la mise à jour du sondage expérience clientèle, sondage global de satisfaction devant être effectué tous les 4 ans ainsi qu'à la participation lors de la consultation dans le cadre de la prochaine planification stratégique 2025-2030 où les membres ont été invités à présenter leur point de vue ainsi que leurs enjeux et préoccupations.

Les moyens de communication tels que l'utilisation du courrier électronique, la tenue de rencontres virtuelles et/ou téléphoniques ont été maintenus pour accommoder certains membres des comités. De même, l'installation d'affiches à différents moments au cours de l'année sur l'importance du respect de la vie privée et des droits à l'intimité des résidents demeure essentielle dans la promotion et la défense des droits et des intérêts collectifs et individuels des résidents.

Les comités de résidents du Centre Le Royer et du CHSLD St-Georges ont poursuivi une programmation régulière des activités offerte aux résidents/familles : des conférences, des rencontres d'informations et la tenue des assemblées générales annuelles.

Et enfin, le Comité des usagers continue de soutenir les résidents ou leurs proches dans le processus de plainte en les dirigeant directement au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de desserte. Un dépliant est disponible dans les présentoirs des établissements pour en expliquer la démarche et le Comité de résidents des établissements demeure disponible pour un accompagnement.

5.6 Le Comité de vigilance et de la qualité

La qualité et la sécurité des soins, des services et du milieu de vie des résidents

Le Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a tenu deux réunions au cours de l'année 2024-2025. Lors de ces réunions, le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) présente un rapport de ses activités et le conseiller en milieu de vie dépose un rapport global des différentes insatisfactions qui lui sont signalées et qui sont résolues à la satisfaction des résidents ou de leurs proches. À la lumière des informations échangées au sein du CVQ, des mesures sont prises pour accroître la satisfaction de la clientèle.

Au cours de l'année, le CVQ a appuyé les efforts de la direction afin d'actualiser le plan d'action découlant de l'orientation organisationnelle portant sur l'expérience repas des résidents. Ce plan d'action a permis d'intégrer les quelques recommandations des visites ministérielles d'avril 2024 ayant eu lieu au CHSLD St-Georges et en septembre au Centre Le Royer et de rehausser la qualité des repas ainsi que la satisfaction des résidents.

Le CVQ a aussi été sollicité dans le cadre de l'implantation de la nouvelle Politique d'hébergement du ministère (2021). Celle-ci a donné lieu au déploiement de plusieurs projets « milieu de vie » lesquels contribuent à l'amélioration des conditions de vie des résidents. Afin de mieux soutenir la mise en place de cette nouvelle Politique, la direction a investi des ressources en transformant le poste de chef des services de réadaptation en un poste de coordonnatrice du milieu de vie et des services professionnels. Un poste de spécialiste en activités cliniques a de plus été ajouté à la structure. Au nombre des projets « milieu de vie » qui ont été implantés, mentionnons; les après-midi grands-parents au Centre le Royer, visant à normaliser et à faciliter la présence d'enfants en CHSLD et ce, pour le plus grand bonheur des résidents. La mise en place de boîtes à outils multimédia au CHSLD St-Georges contribue également à favoriser la socialisation entre les résidents ainsi qu'entre les résidents et les employés. Les histoires de vie ont été intégrées à cette programmation pour une plus grande personnalisation, elles favorisent aussi une meilleure connaissance entre les résidents, créent des rapports plus harmonieux et ouvrent la voie à la bientraitance.

Des rapports d'étapes ont été faits au CVQ quant aux divers travaux requis, dans le cadre de l'application du programme Qmentum d'Agrément Canada au sein des deux installations du Groupe Roy Santé. L'établissement respecte l'échéancier de réalisation de ces travaux en vue de la préparation à la visite d'agrément de novembre 2025.

Des visites ministérielles ont eu lieu en avril 2024 au CHSLD St-Georges et en septembre 2024 au Centre Le Royer. Des incohérences dans les recommandations des évaluateurs du ministère ont été constatées d'une installation à une autre. Malgré cela, des plans d'amélioration ont été actualisés afin de répondre aux recommandations faites par les évaluateurs du ministère.

En août 2024 et suite à une plainte portant sur la qualité des soins reçus par un résident du Centre Le Royer, le Protecteur du Citoyen a procédé à une enquête. Le Protecteur du Citoyen conclut que les faits ne justifiaient aucune recommandation quant aux soins dispensés au résident. La seule recommandation formulée portait sur la tenue du dossier du résident pour le service de physiothérapie. La direction a donné suite en assurant la formation des intervenants auprès de l'ordre professionnel concerné.

En janvier 2025, après une autre enquête de portée plus générale effectuée au Centre Le Royer, le Protecteur du Citoyen émettait un rapport contenant certaines recommandations consistant en des rappels au personnel infirmier. La direction de l'établissement a communiqué le contenu de ce rapport avec transparence et rigueur, en impliquant toutes les instances concernées ainsi que les gestionnaires et les équipes. Un plan d'action a été rapidement élaboré, communiqué et mis en place dans une approche collaborative, de sorte qu'au 31 mars 2025 toutes les recommandations émises avaient été complétées.

Au cours de l'année, le CVQ effectue un suivi des indicateurs du rapport de gestion intégrée de la qualité ainsi que des travaux du Comité de gestion des risques tout en s'assurant que les recommandations de ce comité sont mises en place par la direction de l'établissement. Dans l'exercice de cette vigie, le CVQ a notamment constaté une diminution constante du taux des chutes dans les deux installations (globalement de 10%) ainsi qu'une diminution importante des agressions au CHSLD St-Georges (de 26%) attribuable principalement au programme de musicothérapie et au déploiement de la boîte à outils multimédia, intégrant le volet bientraitance. Le CVQ a appuyé les efforts de l'établissement visant à améliorer le taux de prévalence des plaies de pression et à diminuer les erreurs de médicaments au Centre Le Royer alors que l'intégration du nouveau personnel pose des défis particuliers. Par ailleurs, le CVQ a tenu à souligner la collaboration interdisciplinaire

exemplaire des équipes puisqu'aucune mesure de contrôle n'est utilisée dans les deux installations du Groupe Roy Santé. Le fait que l'établissement ait réussi à éliminer le recours au personnel des agences est aussi digne de mention et contribue à la qualité et à la continuité des soins et des services aux résidents.

Le CVQ a tenu, par ailleurs, à féliciter le Groupe Roy Santé qui, en juin 2024, s'est mérité le prix Reconnaissance de l'Association des Établissements privés conventionnés (AEPC) dans la catégorie Excellence des soins et des services pour son programme de zoothérapie.

5.7 Le Comité de gestion des risques

Le Comité de gestion des risques a tenu quatre réunions au cours de l'année. Des sous-comités de gestion des risques existent pour chacun des deux établissements et se sont également réunis à trois reprises. Le comité, ainsi que les deux sous-comités ont donc accumulé un grand total de dix rencontres en 2024-2025.

Comme à chaque année, la prévention des infections occupe une place prépondérante dans la gestion des risques quotidienne. Même si la pandémie de Covid-19 est finalement derrière nous, les virus respiratoires circulent au travers la population, ainsi que chez les résidents nous obligeant à maintenir une vigie soutenue de la situation épidémiologique. L'année 2024-2025 a été marquée par l'effort soutenu des équipes interdisciplinaires afin de continuer à se mobiliser pour diminuer le risque de propagation de tous les contaminants infectieux transmissibles chez les résidents. Les établissements ont été touchés par 8 éclosions chez les résidents et les employés de Covid-19, d'*Influenza* et de gastro-entérite. Un suivi rigoureux est toujours en place lors de chaque éclosion auprès de nos CIUSSS de desserte qui assurent le lien avec la Santé publique. Cette surveillance par nos partenaires s'effectue autant au travers de redditions de compte récurrentes et régulières que par des visites ponctuelles lors d'éclosions pour valider et confirmer notre gestion adéquate des éclosions. Parmi les mesures de prévention des infections et de diminution des risques de propagation du virus mises en place, on dénote : la mise en place d'isolements préventifs, la mise en place d'un plan sur l'application rigoureuse des mesures de prévention des infections et du déconditionnement des résidents, le déploiement d'audits informatisés sur les pratiques de prévention des infections ainsi que le déploiement de la campagne de vaccination des résidents et des employés.

Voici, les taux de vaccination de nos résidents présentés ci-dessous :

- | | | |
|---------------|-------------------------|------------------------|
| ➤ Covid-19 : | CHSLD St-Georges = 73 % | Centre Le Royer = 72 % |
| ➤ Influenza : | CHSLD St-Georges = 86 % | Centre Le Royer = 76 % |
| ➤ Pneumovax : | CHSLD St-Georges = 86 % | Centre Le Royer = 76 % |

En plus, des campagnes de vaccination annuelles pour l'*Influenza* et le *Pneumovax*, ainsi que celle biannuelle pour le *Covid-19*, notre organisation a dû mettre rapidement sur pied des cliniques de vaccination suite à l'intégration de deux nouveaux vaccins dans le programme de gratuité dû MSSS et de la DSP concernant les établissements de soins longue durée. Au CHSLD St-Georges, nous avons 104 résidents qui ont reçu une deuxième dose du vaccin Shingrix contre le zona, ainsi que 61 résidents ayant reçu 1 dose de ce même vaccin. Pour le Centre Le Royer, nous avons 48 résidents ayant reçu au moins deux doses du vaccin Shingrix contre le zona, ainsi que 14 résidents ayant reçu 1 dose. Finalement, nous avons également administré au CHSLD St-Georges 211 doses du vaccin contre le VRS (virus respiratoire syncytial), tandis que 68 doses ont été distribuées au Centre Le Royer.

Le Comité de gestion des risques supervise le « **Plan qualité et sécurité** » qui regroupe tous les aspects entourant la qualité des soins et services ainsi que la sécurité des résidents et du personnel.

Les faits saillants 2024-2025 du comité de gestion des risques démontrent plusieurs améliorations au niveau de la sécurité, en plus des améliorations déployées au niveau de la prévention des infections, dont :

- Intégration et ajustement d'un nouveau rapport de gestion intégrée de la qualité ;
- Création d'une politique globale sur le circuit du médicament, ainsi que la création de plusieurs procédures favorisant ainsi un accès plus rapide aux aides à la décision ;
- Projet BEST au Centre Le Royer pour permettre une évaluation globale des risques psychosociaux ;
- Fin d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) à partir de janvier 2025, ainsi que la création d'un plan d'intervention opérationnel en remplacement de la MOI et d'un plan de contingence ;
- Poursuite et suivi des audits portant sur la qualité du milieu de vie, la qualité de l'activité repas, la qualité des soins, la sécurité et la prévention des infections.
- Prise en charge complète de l'analyse globale de tous les AH-223 par le gestionnaire de risque et évaluation interdisciplinaire des accidents relié à des chutes ;
- Implantation d'un nouvel outil de suivi des chuteurs répétitifs et de leurs plans d'intervention individualisés complétés ;
- Création de rencontres cliniques dédiées uniquement aux PAB animées par les PAB-chefs d'équipe coach ;
- Suivi rigoureux des rapports d'incident ou accident en lien avec l'administration des médicaments suite à l'implantation de la Pharmacie Morin ;
- Rencontre régulière entre la DSI et la pharmacienne de la Pharmacie Morin pour le suivi des erreurs ;
- Mesure annuelle de la qualité de l'air de nos établissements, ainsi qu'un audit des systèmes de ventilation ;
- Poursuite en continu de la complétion des grilles d'entretien préventif ;
- Poursuite de la formation du personnel sur le RCR (réanimation cardiorespiratoire)
- Formation du personnel soignant à l'utilisation du DEA (défibrillateur externe automatisé), ainsi que l'intégration de deux nouveaux DEA dans chacun de nos établissements.
- Refonte de la procédure sur les codes jaune, bleu et blanc reliés au PMU ;
- Création d'une procédure sur la gestion des obstructions respiratoires ;
- Révision de la procédure de la gestion des punaises de lits ;
- Application d'un repère visuel sur les équipements médicaux pour identifier ceux nécessitant obligatoirement du retraitement après utilisation ;
- Disponibilité en tout temps des bouteilles de gel alcoolisé et du désinfectant dans les lieux communs tels que la salle à manger du personnel pour diminuer le risque de propagation des infections nosocomiales ;
- Aucune mesure de contention en place chez nos résidents dans nos deux établissements ;
- Suivis de l'application de la bonne attribution des toiles de lève-personne aux résidents par le biais d'audits réguliers ;
- Réalisation d'audits fréquents sur la qualité et la fréquence du lavage des mains pour les employés, ainsi que l'application des équipements de protection individuelle (ÉPI) ;
- Participation à la semaine de la santé et sécurité au travail par l'animation de kiosques concernant la sécurité et les meilleures pratiques, dont une chambre noire dédiée à la sensibilisation de l'hygiène des mains par une lampe UV.
- Implantation d'une procédure d'administration et de la gestion de l'élimination des médicaments cytotoxiques.

Le système de surveillance en place permet d'analyser et d'effectuer des suivis de plusieurs risques possibles pour la sécurité des résidents, dont les risques d'erreurs de médicaments, de chutes, de blessures, de bris ou de mauvaise utilisation du matériel et des équipements, d'agressions, d'infections et de plaies de pression. Des plans d'action sont mis en place et suivis rigoureusement. Les principales actions et/ou recommandations issues du Comité de gestion des risques ont porté sur :

- Utilisation du soutien clinique pour les infirmières ou infirmières auxiliaires par les conseillères cliniques ;
- Formation des PAB sur l'utilisation des toiles et des leviers par les PAB-chefs d'équipe coach ;
- Création et intégration aux rencontres cliniques PAB ciblant divers sujets concernant la sécurité et la qualité : Respect des PAF (profil d'autonomie fonctionnel), respect des fiches-menu, vérification de la peau lors de toilettes partielles et la sécurité lors de l'expérience repas, ainsi que les activités de loisirs ;
- Intégration aux rencontres cliniques des infirmières et infirmières auxiliaires de divers sujets concernant la sécurité et la qualité : Respect des heures d'évaluations inscrites aux suivis post-chute, rappel sur les plans

de traitements des plaies, rappel sur les bonnes pratiques d'administration de la médication, soins des plaies, rappel sur la complétion des AH-223 reliés aux diètes, rappel des abréviations dangereuses, diffusion des résultats d'audits, rappel du consentement aux soins, bris de chaîne de froid, utilisation des médicaments cytotoxiques, ainsi que la révision des mises à jour des politiques, procédures et ordonnances collectives ;

- Sensibilisation des employés à l'importance de la déclaration des incidents et des accidents ainsi que le suivi rapide par les gestionnaires responsables ;
- Sensibilisation continue de tous les employés à la prévention des plaies de pression ;
- « Coaching » clinique d'infirmières sur l'évaluation et le traitement des plaies ;
- Formation en PCI effectuée par la conseillère en prévention des infections pour l'ensemble des nouveaux employés ;
- Formation du personnel par les conseillères cliniques concernant l'habillage et le déshabillage des ÉPI lors de chaque éclosion ;
- Vigie des erreurs de médicaments en lien avec le transfert de nos établissements de la pharmacie Cardinal vers la pharmacie Morin, nouveau dispensateur de services.

Des campagnes de sensibilisation continues sont menées via les rencontres cliniques pour encourager le personnel à déclarer tout incident ou accident. Au cours de l'année, 988 rapports d'incidents ou d'accidents ont été compilés, ce qui représente une légère hausse par rapport à l'an dernier.

5.8 Le Comité d'éthique

Le Comité d'éthique du Groupe Roy Santé est composé de sept membres statutaires qui sont issus de différents comités de l'organisation, c'est-à-dire un membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un membre du Conseil des infirmiers et infirmières, deux membres du Comité de direction, le conseiller en milieu de vie et deux membres de l'équipe interprofessionnelle. Le mandat du Comité d'éthique en est un de :

- Soutien à la réflexion éthique au sein des différentes équipes de travail;
- Résolution de dilemmes éthiques – avis sur les enjeux éthiques;
- Mise en place des conditions pour favoriser l'éthique telle que la formation et la disponibilité de documents supports (Code d'éthique, cadre conceptuel, etc.);
- Promotion de la "prise de conscience" des situations où il y a des malaises éthiques;
- Aide à la décision dans les situations d'éthique clinique à partir de la délibération éthique;
- Valorisation d'une prise en charge collective plutôt qu'individuelle des enjeux éthiques de l'organisation.

Les faits saillants

Réunions

- Le Comité d'éthique a siégé formellement à deux reprises entre 1er avril 2024 et le 31 mars 2025. Les deux rencontres ont porté sur un cas clinique très complexe. Lors de ces deux rencontres, le processus de délibération éthique a été réalisé au complet et le comité d'éthique a pu émettre une recommandation à l'équipe soignante les ayant interpellés.

Activités réalisées

- Discussions de cas (environ 10) ont eu lieu entre la présidente du comité et les deux travailleuses sociales (membres du comité) afin de discuter des enjeux d'éthique clinique dans les cas complexes, dans le but de soutenir les équipes interprofessionnelles. Pour ces cas, le processus de délibération éthique n'a pas été enclenché à ce stade de la démarche, puisque certains éléments restaient à évaluer avant de déterminer s'il y avait réellement un dilemme éthique;

- Formation des nouveaux membres du Comité d'éthique sur le cadre de référence en matière d'éthique;
- Communication sur le comité d'éthique, son rôle et l'identification de ses membres dans nos journaux internes (Bulletin Résidents-Familles et Trait d'Union Express).

5.9 Le Comité de Santé Environnementale

Le comité Santé Environnementale du Groupe Roy Santé a pour objectif principal de parvenir à conjuguer l'idée d'une « santé planétaire » unique et de la préservation de l'environnement avec les valeurs qui sont les siennes, à savoir la bienveillance, la collaboration, la compétence et l'innovation. Dans ce cadre, le Groupe Roy Santé s'est engagé à agir de façon responsable face aux enjeux environnementaux que pose l'activité humaine en ce début de 21^e siècle. Le but derrière la création de ce comité est de sensibiliser autant le personnel que les résidents en CHSLD sur l'importance des gestes individuels et collectifs du quotidien qui impactent positivement ou négativement l'environnement et les écosystèmes qui le composent, et de permettre l'amélioration à la fois des conditions de travail du personnel et celle du milieu de vie des résidents. Naturellement, à cela s'ajoute la question de l'impact environnemental du Groupe Roy Santé. Il est évident que la réduction des émissions de gaz à effet de serre constitue l'un des autres objectifs majeurs auxquels répond la création du comité.

Les faits saillants

1. Mise en œuvre de plusieurs actions issues de l'étude d'efficacité énergétique effectuée par la firme Engie au Centre Le Royer et permettant de réaliser des économies d'énergie. Parmi ces actions, mentionnons le changement d'une partie des portes et fenêtres, ce qui devrait conduire à d'importantes réductions de la consommation énergétique.
2. Réalisation d'un portrait des déplacements dans les deux installations du Groupe Roy Santé par le centre de gestion des déplacements MOVIA et intégration d'actions concrètes pour favoriser la mobilité durable dans le plan d'action en santé environnementale et développement durable.
3. Organisation de plusieurs activités de sensibilisation pour inciter les employés à intégrer la mobilité durable à leurs modes de déplacements, notamment l'utilisation des vélos BIXI.
4. Amélioration de la signalétique du stationnement au Centre Le Royer afin de sécuriser les déplacements sur cet espace.
5. Préparation d'une demande de financement au Fonds Ecoleader pour améliorer la vitesse de chauffe de l'eau des bains et des douches au Centre Le Royer.
6. Dépôt d'une demande de financement au Fonds Ecoleader pour mettre en œuvre plusieurs actions d'optimisation de la gestion des matières résiduelles, notamment la récupération des cartons au CHSLD St-Georges et la récupération des résidus alimentaires dans les deux installations.
7. Installation de fontaines d'eau dans les deux installations.
8. Contact avec la Tablée des chefs pour identifier des pistes de dons alimentaires dans les services alimentaires des deux installations.
9. Développement d'une activité d'entretien des plantes intérieures avec les loisirs impliquant les résidents.

5.10 Bénévoles

Les services d'animation-loisirs-bénévolat des deux installations sont responsables de recruter, d'accueillir, d'orienter, de former et d'apprécier le travail des bénévoles. Ils s'assurent que les bénévoles sont affectés à des fonctions qui leur permettent de s'épanouir tout en répondant aux besoins de la clientèle. Les bénévoles agissent à titre d'accompagnateurs dans le respect de l'autonomie des résidents. Les objectifs de l'action bénévole au Groupe Roy Santé sont définis ainsi :

- Supporter les membres du personnel et être le prolongement de leurs actions, dans la recherche et l'amélioration de la qualité de vie des résidents ;
- Enrichir les activités quotidiennes axées sur le maintien de l'autonomie et le mieux-être des résidents ;
- Favoriser la participation des résidents aux activités ;
- Faciliter l'intégration de la personne dans son environnement.

Les bénévoles interviennent principalement au niveau des activités de loisirs, de l'accompagnement individuel, des accompagnements médicaux à l'extérieur et de l'aide à l'alimentation.

CHSLD St-Georges

En 2024-2025, un total de 35 bénévoles se sont engagés activement auprès des résidents du CHSLD St-Georges, totalisant 2888 heures de bénévolat. Plusieurs activités ont été animées régulièrement par des bénévoles d'expérience, telles que :

- Le Scrabble un samedi par mois depuis octobre ;
- Le Yoga en octobre et novembre avec une professeure de yoga ;
- La chorale le 2^e lundi de chaque mois ;
- Le Café des amis chaque mardi ;
- La bibliothèque roulante sur les unités ;
- Le club de lecture.

Les bénévoles ont également bénéficié de formations portant sur la bientraitance, les liquides épaissis, la dysphagie et la confidentialité (5 novembre 2024). Ils ont été chaleureusement remerciés lors d'un dîner reconnaissance pendant la Semaine des bénévoles (10 avril 2024), ainsi que lors du dîner de Noël (4 décembre 2024).

Centre Le Royer

Au Centre Le Royer, ce sont 15 bénévoles qui ont contribué à la vie du centre, pour un total de 559 heures de bénévolat entre août 2024 et mai 2025. Plusieurs bénévoles se sont joints à l'équipe pour des raisons diverses : proximité géographique, volonté d'intégration culturelle, ou lien avec des résidents ou membres du personnel.

Les bénévoles ont soutenu les activités de groupe, les événements intergénérationnels, les visites amicales, les ateliers de yoga, la chorale, les messes et les spectacles. Plusieurs d'entre eux se sont distingués par leur assiduité ou leur implication lors d'événements spéciaux tels que les banquets de Noël, les ateliers culinaires, les conférences ou les animations sur les étages.

Un dîner de reconnaissance a eu lieu le 30 avril 2025, permettant de souligner leur précieuse implication. Le Centre Le Royer renouvellera son adhésion au Centre d'action bénévole de Montréal afin d'optimiser ses stratégies de recrutement. Des formulaires de recrutement sont aussi disponibles à la réception.

6 LA FONDATION DU GROUPE ROY SANTÉ

La Fondation du Groupe Roy Santé a été initialement mise sur pied en 1997 sous le nom de Fondation du CHSLD St-Georges. Les documents constitutifs de l'organisme ont été modifiés en mai 2013 afin d'intégrer les activités non lucratives de l'Association des bénévoles du Centre Le Royer, se nommant désormais **Fondation du Groupe Roy Santé**.

Les activités réalisées par la Fondation sont conçues dans un esprit purement charitable et sans intention pécuniaire pour ses membres.

Les objectifs sont les suivants :

- Apporter un soulagement à la souffrance et l'incapacité associées au vieillissement et améliorer la qualité de vie, notamment en fournissant du matériel et des installations pour les soins, l'entretien et la réadaptation des 260 résidents au CHSLD St-Georges et des 96 résidents au Centre Le Royer;
- Aider moralement, spirituellement et matériellement les résidents, en priorisant ceux qui sont les plus démunis, malades ou isolés ;
- Défendre et promouvoir les intérêts de ces personnes ;
- Recevoir des dons, legs et autres contributions de même nature en argent, en valeurs mobilières ou immobilières, administrer de tels dons, legs et contributions, organiser des campagnes de souscription dans le but de recueillir des fonds pour des fins charitables.

Au cours de l'année 2024-2025, la Fondation du Groupe Roy Santé a poursuivi sa mission en administrant avec rigueur les sommes recueillies par le biais de dons et d'activités de financement variées. Parmi celles-ci, notons les banquets de Noël organisés dans chacune des deux installations, au cours desquels 5 \$ par billet vendu étaient remis à la Fondation, ainsi que les tirages 50/50 qui ont connu un franc succès. La Fondation a également bénéficié des profits générés par la vente de beignes, de sucre à la crème et d'anciens uniformes, de même que par une vente de garage tenue au CHSLD St-Georges.

Ces différentes initiatives ont permis à la Fondation de soutenir plusieurs projets contribuant directement au mieux-être des résidents. À titre d'exemples, trois spectacles de la Société pour les arts en milieu de santé (SAMS) ont été offerts dans le cadre des banquets de Noël. En mars 2025, chaque unité du Centre Le Royer a également bénéficié d'un spectacle musical spécialement organisé pour les résidents. Pour animer certaines fins de semaine, la Fondation a financé l'embauche d'étudiantes et de troubadours, ajoutant ainsi une touche chaleureuse et festive au quotidien.

Toujours soucieuse de la qualité de vie des résidents, la Fondation a maintenu l'offre de séances de massothérapie, à raison d'une visite tous les deux mois. Elle a également assuré le renouvellement, à quatre reprises au cours de l'année, d'une sélection de revues neuves mises à la disposition de tous dans la bibliothèque roulante. Parmi les autres gestes concrets rendus possibles grâce à son soutien, notons l'achat de bas antidérapants pour les nouveaux résidents, l'achat de fleurs pour la fête des Mères et de bière pour la fête des Pères, ainsi que l'organisation d'une cérémonie intime et la prise en charge des frais d'incinération à la suite du décès d'un de nos cochons d'Inde, l'un des compagnons des résidents qui vivent avec eux dans les établissements du Groupe Roy Santé.

La Fondation continue d'être associée à l'organisme Canada Dons afin de faciliter les dons en ligne par carte de crédit, et elle demeure un pilier essentiel de l'amélioration de la qualité de vie dans nos milieux de vie.

Le conseil d'administration de la Fondation est composé de trois administrateurs bénévoles qui se réunissent de façon régulière pour assurer une gestion rigoureuse et transparente des fonds et des projets.

7 LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ORGANISATION

L'organisation présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi.

Effectifs de l'établissement en équivalents temps complet (en date du 31 mars 2025)	CHSLD St-Georges		Centre Le Royer	
	Exercice antérieur	Exercice en cours	Exercice antérieur	Exercice en cours
Les cadres :				
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	19	19	4	4
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	5	2,7	5	1,6
Nombre de cadres en stabilité d'emploi, ETC.	0	0	0	0
Les employés réguliers :				
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	222	217	99	95
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	51	47	21	15,63
Nombre d'employés en stabilité d'emploi, ETC.	0	0	0	0
Les occasionnels :				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	468 547,19	88 815,89	183 718,85	39 977,92
Équivalents temps complet		46,14		20,76

Nombre de personnes occupant un poste dans l'établissement au 31 mars et nombre d'équivalents à temps complet	CHSLD St-Georges		Centre Le Royer	
	Nombre de personnes occupant un emploi	Nombre d'ETC.	Nombre de personnes occupant un emploi	Nombre d'ETC.
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	80	72,37	26	24,20
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	216	163,70	90	66,80
Personnel de bureau, technicien et professionnels de l'administration	12	11,20	5	4,10
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	16	13,36	8	5,83
Personnel d'encadrement et autres	25	21,90	8	4,80
Total	349	282,53	137	105,73

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 (Nombre d'heures annuelles selon le titre d'emploi).

8 RESSOURCES FINANCIÈRES

Les renseignements suivants ont déjà été transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux et sont inclus au rapport financier annuel 2024-2025 (AS-425) de l'établissement. Ce rapport AS-425 (anciennement AS-471) est publié sur le site internet du Groupe Roy Santé, conformément aux articles 295 et 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

- L'état des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2025 ;
- L'état de la situation financière au 31 mars 2025 ;
- Les charges brutes des activités principales par secteur d'activités ;
- Le rapport de l'auditeur indépendant (vérificateur externe) sur ces renseignements.

Un sommaire des informations afférentes aux états financiers et à l'analyse des résultats des opérations est présenté dans le tableau ci-dessous :

Répartition des charges brutes par programme

Information du 31 mars 2025	2024-2025	2023-2024
Programmes	Exercice courant Dépenses	Exercice courant Dépenses
<i>Programmes-services</i>		
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	34 970 865 \$	35 062 800 \$
Santé physique	638 273 \$	935 854 \$
<i>Programmes-soutien</i>		
Administration	4 507 536 \$	4 258 156 \$
Soutien aux services	8 847 712 \$	8 287 947 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	6 868 687 \$	7 443 087 \$
Total	55 833 073 \$	55 987 844 \$

*Le rapport financier annuel (AS-425) est publié sur notre site internet afin de présenter l'ensemble des informations financières du Groupe Roy Santé.

9 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

L'établissement a adopté un Code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et dirigeants de façon à éviter tout conflit d'intérêts. Tout nouveau cadre s'y engage formellement en signant le formulaire prévu à cet effet. Aucune problématique particulière ou manquement n'a été traité en 2023-2024. Ce code d'éthique et de déontologie a été révisé au cours de l'exercice 2018-2019 et il a été approuvé par le conseil d'administration en mai 2019 et est présentement en processus de révision. Il est intégré à la politique DG-04 émise par la direction générale et il est reproduit ci-après.

Devoirs et obligations de l'administrateur ou du dirigeant après la fin de son mandat

- 1- L'administrateur ou le dirigeant qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures.
- 2- L'administrateur ou le dirigeant qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ou ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant le Groupe Roy Santé inc. ou un établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.

Entrée en vigueur

Le présent code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la suite de son approbation par le Conseil d'administration.



Groupe Roy Santé

3550, rue St-Urbain
Montréal, Qc
H2X 4C5

CHSLD St-Georges: 514-849-1357

Centre Le Royer: 514-493-9397

D-142



Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Éthique, devoirs et
obligations, conflit d'intérêts,
actes répréhensibles



 **Groupe Roy
Santé**
Établissements de santé

Mai 2019

Préambule

Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs et des dirigeants dans l'organisation de services pour sa clientèle hébergée, le présent code vise à établir des lignes directrices relativement à l'éthique et à la déontologie qui doivent être respectées par chacun des administrateurs et des dirigeants du Groupe Roy Santé inc. Il inclut notamment des définitions, des devoirs et obligations, les modalités en cas de conflit d'intérêts et celles permettant la divulgation d'actes répréhensibles.

Définitions

Administrateur : Désigne un membre du Conseil d'administration du Groupe Roy Santé ainsi que toute personne nommée par le conseil d'administration de l'établissement à un poste d'encadrement classifié à un niveau de hors-cadre par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dirigeant : Désigne tout gestionnaire, cadre supérieur ou intermédiaire travaillant pour le Groupe Roy Santé à l'une ou l'autre de ses installations.

Conflit d'intérêts : Tout administrateur et/ou dirigeant, qui a un intérêt direct ou indirect dans l'organisation des services dispensés par l'établissement ou le Groupe Roy Santé et qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement est présumé être en conflit d'intérêts.

Conseil d'administration : Désigne le Conseil d'administration du Groupe Roy Santé inc.

Actes répréhensibles : Désigne tout acte qui ne dépend pas de la gestion normale et qui constitue :

- une contravention à une loi ou un règlement applicable au Québec;
- un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie;
- un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public;
- un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité;
- un acte ou une omission portant ou risquant de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement;
- le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible mentionné ci-haut.

Code d'éthique et de déontologie

Dispositions générales

- 1- Le présent code d'éthique et de déontologie est applicable aux administrateurs et aux dirigeants du Groupe Roy Santé inc.;
- 2- L'administrateur ou le dirigeant est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
- 3- L'administrateur ou le dirigeant doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, en favoriser l'application;
- 4- Ce code n'est pas une énumération exhaustive des règles d'éthique et de déontologie applicables aux administrateurs et aux dirigeants, mais constitue davantage des principes ou des règles minimales qui peuvent guider chacun dans l'exercice de ses fonctions.
- 4- L'administrateur ou le dirigeant doit être présent lorsque ses fonctions l'exigent;
- 5- L'administrateur ou le dirigeant est solidaire des décisions prises par le Conseil d'administration;
- 6- L'administrateur ou le dirigeant fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du Conseil d'administration;
- 7- L'administrateur ou le dirigeant est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance dans l'exercice, ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue. À cet égard, il doit garder confidentiels les renseignements qui doivent être protégés en vertu de la loi.

Conflit d'intérêts

Devoirs et obligations de l'administrateur/ dirigeant

1. L'administrateur ou le dirigeant doit participer aux travaux du Conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et les mandats qui lui sont dévolus;
2. L'administrateur ou le dirigeant doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions;
3. L'administrateur ou le dirigeant doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'organisation;
1. L'administrateur ou le dirigeant agit de bonne foi dans l'intérêt de la clientèle desservie sans tenir compte d'intérêts particuliers;
2. L'administrateur ou le dirigeant ne peut, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui du Groupe Roy Santé inc. Tout administrateur ou dirigeant qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise doit, sous peine de déchéance de sa charge,

dénoncer son intérêt au président du Groupe Roy Santé inc. et s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt;

- 3- L'administrateur ou le dirigeant ne doit pas confondre les biens de l'entreprise (Groupe Roy Santé inc.) avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues;
- 4- L'administrateur ou le dirigeant ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions;
- 5- L'administrateur ou le dirigeant ne doit obtenir aucun avantage indu de ses fonctions ni à son nom personnel ni pour le compte d'autrui;

Rémunération

- 1- L'administrateur ou le dirigeant ne peut accepter aucun cadeau ou autre avantage provenant de fournisseur partenaire ou autre intervenant du réseau.
- 2- L'administrateur ou le dirigeant ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers;
- 3- L'administrateur ou le dirigeant doit, dans la prise de décision, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

Divulcation d'actes répréhensibles

En mai 2017, la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics est entrée en vigueur. La loi vise à faciliter la divulgation dans l'intérêt public d'actes répréhensibles commis ou sur le point de l'être à l'égard des organismes publics et à établir un régime général de protection contre les représailles.

Les administrateurs ont le devoir de désigner une personne responsable du suivi des divulgations d'actes répréhensibles. Cette personne doit recevoir les divulgations, vérifier si un acte répréhensible a été commis ou est sur le point de l'être et, le cas échéant, en faire rapport aux administrateurs.

Une procédure complète sur la divulgation des actes répréhensibles traite des modalités de dépôt des divulgations, du contenu des divulgations, du traitement et de la recevabilité des divulgations, des vérifications requises, du transfert au Protecteur du citoyen, de la protection contre les représailles, de la confidentialité des divulgations.