

RAPPORT ANNUEL
2017-2018



Hôpital
Marie-Clarac

DES SŒURS DE CHARITÉ DE SAINTE-MARIE

Un hôpital à visage humain,
pour mieux vous servir !

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale	4
Déclaration de fiabilité des données	5
Présentation de l'Hôpital Marie-Clarac	
Historique de l'hôpital	6
Mission & Valeurs	6-7
Objectifs 2017-2018	7
Structure organisationnelle	8
Plan stratégique 2016-2021	9
Agrément	10
Sécurité et qualité des soins et services	10
Traitement des plaintes	14
Satisfaction de la clientèle	15
Directions & services	
Direction des soins infirmiers	16
Direction des services de réadaptation	18
Direction des services professionnels et hospitaliers	20
Direction des services techniques	23
Direction des ressources financières, humaines et informationnelles	24
Rapport sur les soins de fin de vie	28
Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac	29
Liste des conseils et comités de l'établissement	31
Faits saillants de certains comités	33
Charges encourues par programmes-services	35
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	36
Annexe 2 : Engagement personnel des membres du conseil d'administration	39

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE



Sœur Martine Côté

Présidente du conseil
d'administration



Sœur Pierre Anne Mandato

Directrice générale



Nous sommes fières de vous présenter le rapport annuel de gestion de l'Hôpital Marie-Clarac pour l'année 2017-2018. Le rapport annuel nous donne l'occasion de dresser un bilan des réalisations accomplies par une équipe engagée et dévouée au service des usagers et de leurs proches. L'hôpital a accueilli cette année plus de 1 800 usagers en réadaptation fonctionnelle intensive et post aigu ainsi que 327 en soins palliatifs. Nous tenons à remercier de tout cœur tous les membres du personnel, les médecins et les bénévoles pour leur contribution à offrir des services de qualité et sécuritaires empreints d'humanisme et de compassion.

Cette dernière année a été marquée par un vent de changement au sein du comité de régie avec le départ à la retraite de la directrice des services de la réadaptation et la directrice des ressources financières, humaines et informationnelles. Grâce à un comité de sélection rigoureux, les postes ont été rapidement comblés par des personnes compétentes et dévouées apportant une nouvelle vigueur au comité de régie.

C'est avec beaucoup de rigueur que toute l'équipe de l'Hôpital Marie-Clarac s'est engagée dans le processus permanent d'amélioration de la qualité par sa participation au programme Qmentum d'agrément Canada pour lequel il a obtenu le statut « agréé avec mention d'honneur ». L'hôpital a atteint le plus haut niveau de résultats possible et a fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément. Au dire des visiteurs, les acteurs de tous les niveaux de l'organisation peuvent être fiers des réalisations accomplies depuis la dernière visite d'agrément. La tâche est immense, mais les compétences sont nombreuses pour y répondre. Le dynamisme constaté au moment de la visite et la qualité des travaux en cours démontrent la volonté de l'établissement à poursuivre les soins centrés sur l'utilisateur et sa famille, l'amélioration des services et avoir un souci constant pour la sécurité des usagers. L'établissement est encouragé à continuer sur cette lancée d'UN HÔPITAL À VISAGE HUMAIN. Bravo à toute l'équipe!

L'élaboration et le suivi du plan intégré de la qualité et de la sécurité des soins et des services ont donc permis la réalisation de nouveaux projets, l'amélioration des services et la mise à jour de plusieurs politiques organisationnelles. De plus, après bien des efforts, la direction générale et le conseil d'administration se réjouissent de terminer l'année financière 2017-2018 avec un surplus budgétaire.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES



3530, boul. Gouin Est, Montréal-Nord (Québec) H1H 1B7

Juin 2018

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 de l'Hôpital Marie-Clarac :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- 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 2018.

Soeur Pierre Anne Mandato

Soeur Pierre Anne Mandato
Directrice générale

PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL MARIE-CLARAC

HISTORIQUE DE L'HÔPITAL

C'est en septembre 1965 que la communauté italienne des Sœurs de Charité de Sainte-Marie ouvre les portes de l'Hôpital Marie-Clarac à Montréal-Nord, première œuvre de la congrégation dans le domaine de la santé et des services sociaux.

En 1985, après le premier changement de direction, survient la modification du statut de longue durée en celui de centre hospitalier de courte durée, spécialisé en réadaptation physique.

En 2007, la réorganisation des services posthospitaliers en réadaptation a forcé l'établissement à abandonner son programme de neurologie et d'orthophonie.

En 2011, la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac a déclenché sa campagne majeure de financement visant à recueillir 35 millions de dollars pour permettre de construire un pavillon relié à l'établissement actuel en vue d'offrir des soins palliatifs et d'autres services essentiels.

En 2012, c'est le début des travaux de construction du nouveau pavillon. Ce pavillon abritera 18 lits de soins palliatifs et il est projeté d'y ajouter 27 lits de soins subaigus, une clinique d'évaluation et de réadaptation gériatrique et une clinique médicale.

En novembre 2014, il y a eu l'inauguration du nouveau pavillon Mère Anselme et l'occupation de 18 lits de soins palliatifs.

En 2015, c'est la 50^e année d'existence de l'établissement. Plusieurs activités visant à souligner cet événement se sont réalisées.

En avril 2016, suite à des négociations importantes avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, 18 autres lits de soins palliatifs sont ouverts pour répondre à un grand besoin du territoire de l'Est de Montréal.

MISSION

La mission de l'hôpital est d'offrir des services d'excellente qualité en matière de réadaptation à toute personne requérant des soins dans les programmes de réadaptation fonctionnelle intensive, du post-aigu ainsi qu'en soins palliatifs.

Offrir un environnement sécuritaire empreint d'humanisme et de compassion ayant à cœur d'assurer à chaque usager et ses proches, le droit au respect de leur dignité, leur autonomie et leurs besoins physiques, psychologiques et spirituels.

Favoriser une approche de partenariat de l'usager et ses proches en les encourageant et en les soutenant à participer aux soins et à la prise de décision les concernant tout en intégrant leur collaboration dans les décisions de l'établissement.



VALEURS

L'usager et ses proches étant au centre de nos préoccupations, l'Hôpital Marie-Clarac adopte une philosophie de gestion basée sur les valeurs suivantes :

- la reconnaissance du droit aux services, à l'information, à la confidentialité, à la dignité et au respect de la vie;
- l'engagement à donner des soins et des services personnalisés, sécuritaires et d'une grande qualité à tous les usagers et leurs proches y compris aux personnes en fin de vie, leur permettant de mourir dans la sérénité et la dignité;
- l'humanisme dans l'approche de l'usager et ses proches et de son environnement;
- l'autonomie permettant à l'usager de reprendre en tout ou en partie ses activités habituelles;
- l'équité dans la dispensation des soins et services;
- le respect des croyances de l'usager et de ses proches en lui reconnaissant le droit à l'aide spirituelle selon leurs besoins et en fonction de la possibilité de lui fournir cette aide;
- l'imputabilité de chacun à la réalisation de la mission de l'hôpital;
- la reconnaissance de la contribution du personnel;
- encourager la participation de tous les membres de l'équipe de soins de santé, y compris l'usager et ses proches, aux décisions en matière de soins et services;
- favoriser la collaboration des usagers et leurs proches avec les dirigeants à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et programmes à la formation professionnelle ainsi qu'à la planification des soins.

OBJECTIFS 2017-2018

1. Élaborer un plan intégré de la qualité et de la sécurité des soins et des services dans le but d'éviter la redondance et d'optimiser les résultats.
2. Implanter et développer des initiatives de soins centrés sur le patient et sa famille et en assurer la promotion améliorant ainsi la qualité des soins.
3. Poursuivre la collaboration avec le ministère, les CIUSSS de Montréal et les CISSS de la Couronne Nord afin de répondre aux besoins des services posthospitaliers du réseau de la santé, tout en mettant à profit les forces de l'établissement pour accueillir une clientèle adaptée à notre offre de service.
4. Améliorer les mesures de planification des congés et des admissions afin de mieux satisfaire les besoins des patients et d'assurer l'optimisation de l'occupation des lits répondant ainsi aux exigences ministérielles.
5. Poursuivre la mise en place des mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins (diminuer les incidences des chutes et des erreurs de médicaments).
6. Implanter l'utilisation des cabinets informatisés pour améliorer la sécurité au niveau de la distribution des médicaments.
7. Poursuivre l'amélioration des infrastructures du pavillon Marie-Clarac par l'ajout de salles de bain dans certaines chambres et de lavabos dans les corridors, par la mise aux normes du mur coupe-feu et la réalisation des projets à priorité 1 du service technique, tout en respectant le budget alloué.
8. Respecter l'équilibre budgétaire par l'optimisation des ressources et par l'occupation des espaces inoccupés dans le Pavillon Mère-Anselme
9. Poursuivre la mise en place de conditions de succès pour remplir l'affiliation universitaire de l'établissement.



STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

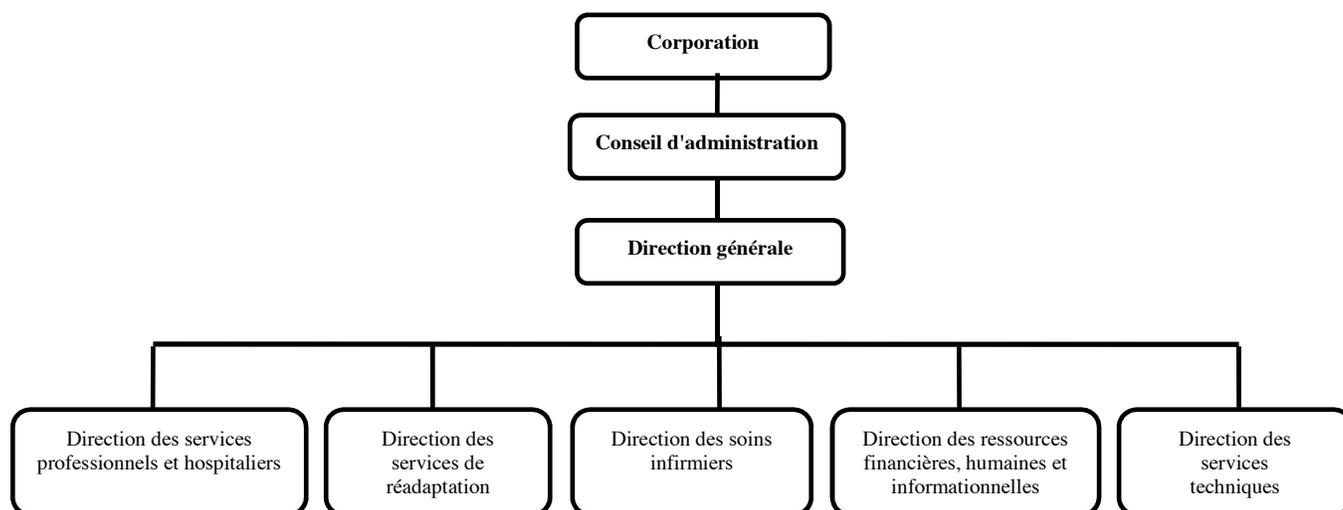
L'Hôpital Marie-Clara repose sur une structure organisationnelle établie à partir de services, dont certains sont réunis autour de différents programmes cliniques, et d'autres sont regroupés en services de maintien et auxiliaires. À la fin de cette année, sous la Direction générale, cinq directions se répartissent ainsi : Direction des services professionnels et hospitaliers, Direction des services de réadaptation, Direction des soins infirmiers, Direction des ressources financières, humaines et informationnelles, et Direction des services techniques.

Le comité de régie regroupant l'équipe des directeurs de l'hôpital se rencontre régulièrement afin de coordonner et de faire le suivi de l'ensemble des projets et des dossiers en cours, de s'assurer de l'atteinte des objectifs généraux et des objectifs respectifs de chaque direction.



Membres du comité de régie, de gauche à droite :

- Mme Brigitte Roy, directrice des ressources financières, humaines et informationnelles
- Mme Guylaine Ouellet, agente d'information à la Direction générale
- Dr Georges Dadour, directeur des services professionnels et hospitaliers
- Sœur Pierre Anne Mandato, directrice générale
- Mme Isabelle Bélisle, directrice des soins infirmiers
- Sœur Martine Côté, directrice générale adjointe
- M. Pierre Pellerin, directeur des services techniques
- Mme Valérie Vermette, directrice intérimaire des services de réadaptation





PLAN STRATÉGIQUE 2016-2021

Le plan stratégique 2016-2021 a été développé dans le contexte suivant :

- 1) L'atteinte de l'équilibre budgétaire.
- 2) L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI).
- 3) Le vieillissement des infrastructures.
- 4) Le manque de chambres privées et de salles de bain en regard de la gestion des infections nosocomiales.
- 5) Le lourdeur de la clientèle.
- 6) L'inoccupation des locaux dans le pavillon Mère Anselme-Marie.

Les axes majeurs du plan stratégique concernent les défis que nous devons relever pour atteindre l'excellence.

Orientation et objectifs du plan stratégique

- A. Contribuer activement au maintien de l'autonomie de la personne âgée en milieu hospitalier et à domicile.
- B. Doter l'établissement des ressources humaines et professionnelles nécessaires à la continuité, à la qualité et la sécurité des soins et services.
- C. Développer des mécanismes de gestion et de contrôle de la durée de séjour, des délais d'admission, notamment par la planification du congé.
- D. Actualiser le plan 2010-2015 de mise à niveau des infrastructures.
- E. Revoir le processus de planification budgétaire.
- F. Consolider les mesures visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins.
- G. Favoriser le développement de la mission universitaire de l'HMC, comme milieu de formation.
- H. Orienter l'établissement par rapport aux soins palliatifs et de fin de vie.
- I. Consolider l'offre de service des soins palliatifs.

AGRÉMENT

Suite à la visite d'Agrément Canada du 6 au 9 novembre 2017, l'établissement s'est vu décerner la plus haute distinction, soit le statut "agrée avec mention d'honneur". La mobilisation de tous a permis d'obtenir ce statut et ce, pour la première fois depuis que l'établissement participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Suite à l'évaluation rigoureuse effectuée, l'établissement a rencontré 98% des 739 critères et 100% des 31 pratiques organisationnelles requises. Le suivi des recommandations a été amorcé.

Les membres du conseil d'administration, la direction de l'hôpital, les employés et les médecins poursuivent leur engagement dans le but d'assurer des soins et des services de qualité et sécuritaires aux usagers.



SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Déclaration et la divulgation des incidents/accidents

La promotion d'une culture de sécurité s'est effectuée de diverses façons, notamment par :

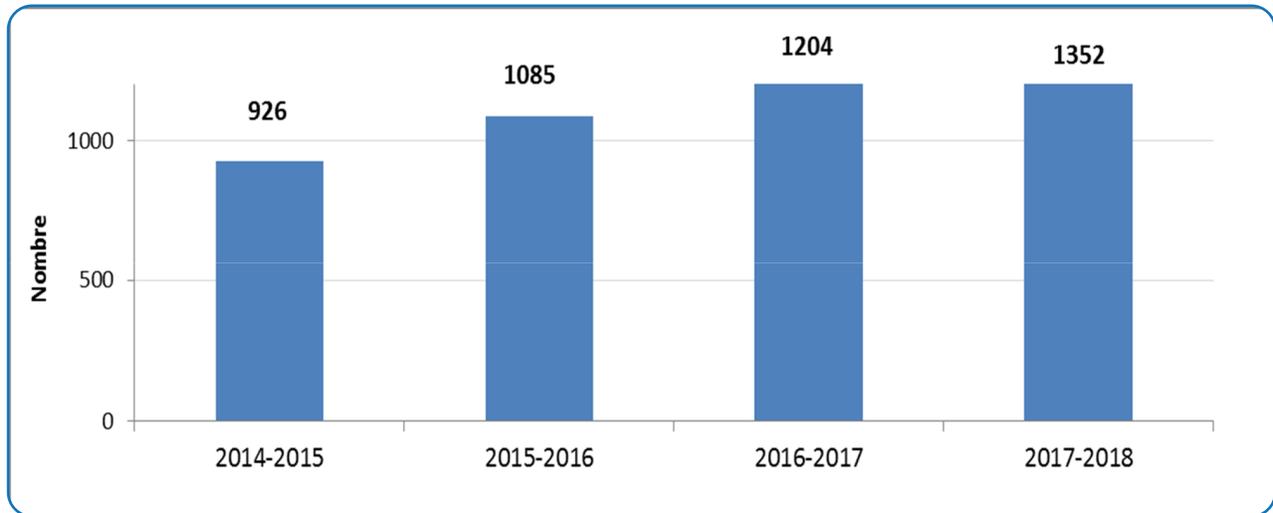
- La publication du Bulletin Info-Sécurité, qui vise à informer l'ensemble du personnel de sujets relatifs à la gestion des risques, dont les statistiques générales du tableau de bord ainsi que les activités de l'établissement en matière de gestion des risques. Des articles spécifiques sur la déclaration des événements et sur la divulgation des accidents y sont diffusés chaque année.
- La tenue d'activités au cours de la Semaine nationale de la sécurité des patients.
- La formation aux nouveaux membres du personnel concernant la sécurité des usagers.
- Des échanges avec les chefs de service et les employés concernant la culture juste et l'apprentissage en matière de sécurité et d'amélioration de la qualité, ainsi que la déclaration des événements et la divulgation des accidents.
- La participation des assistantes infirmières-chefs à l'analyse sommaire des événements déclarés.
- La production périodique des statistiques relatives aux incidents/accidents, sous forme d'un tableau de bord qui est diffusé et affiché sur les unités de soins. Le taux de divulgation des accidents y est inclus.
- Le suivi de la divulgation assuré par les chefs de service et la gestionnaire de risque afin de sensibiliser le personnel.

Principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Les tableaux suivants présentent les principales données relatives aux déclarations des incidents et des accidents.

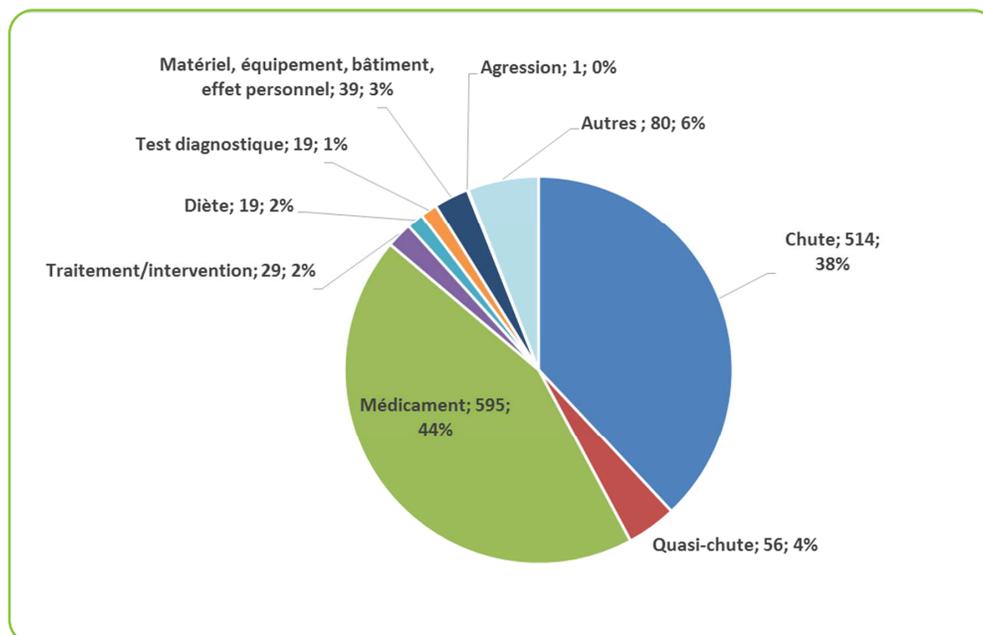
Nombre de déclarations d'incidents et d'accidents par année

Il apparaît que les efforts déployés pour la déclaration des événements ont eu du succès. En effet, une augmentation des déclarations est observée depuis les dernières années, dont une augmentation de 12% des événements déclarés en 2017-2018 comparativement à l'année précédente.

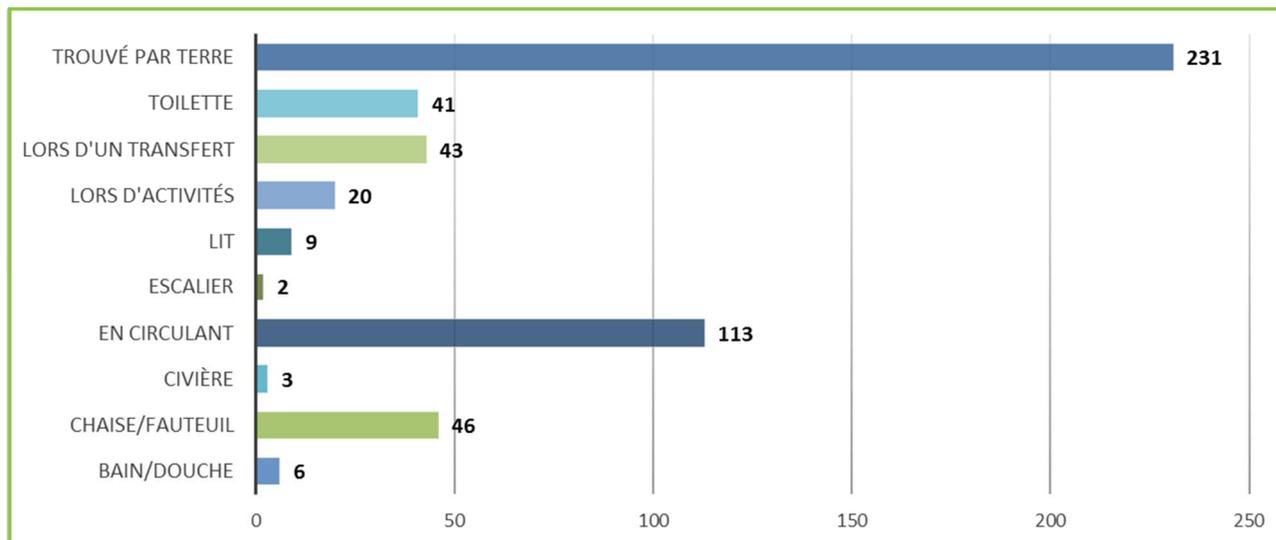


Nombre de déclarations par type d'événement

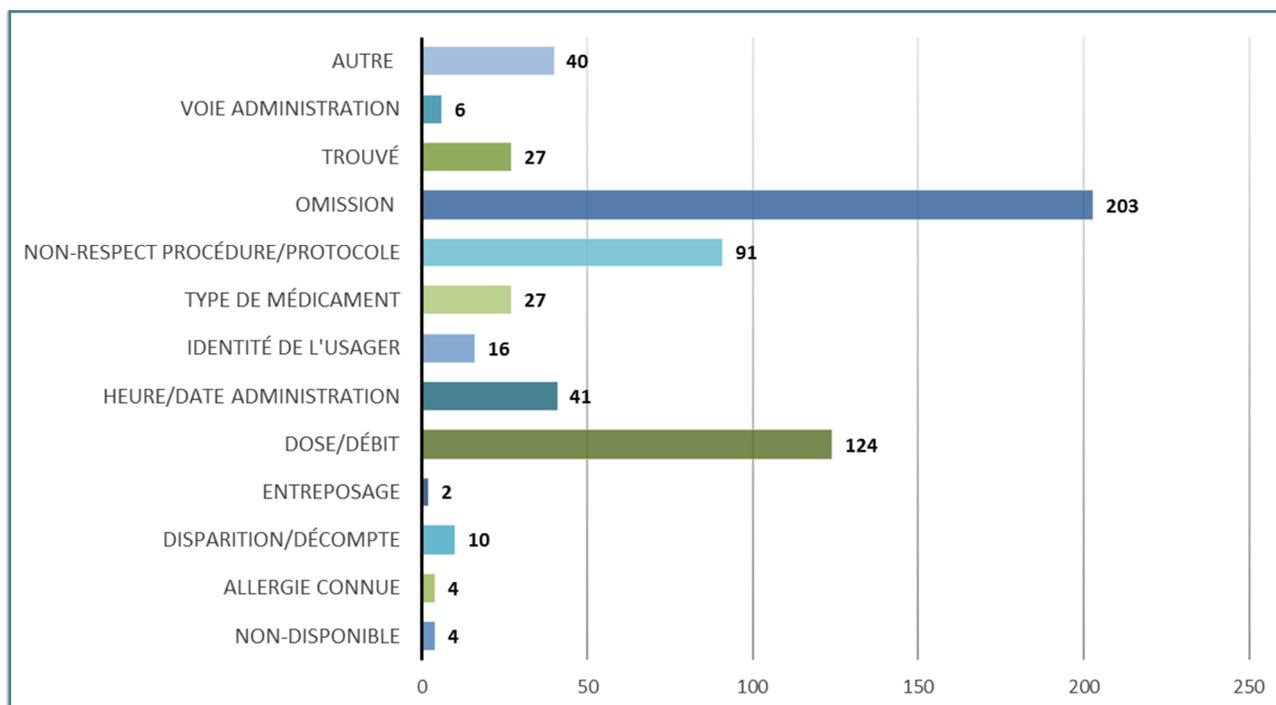
Les erreurs de médicaments et les chutes sont les principaux types d'événements touchant la sécurité des usagers. En proportion, ils représentent 44% et 38% des événements déclarés. Parmi les événements de la catégorie « Autres », on retrouve principalement des blessures mineures, qui comptent pour 80% des événements dans cette catégorie.



Ventilation de la catégorie "Chute"



Ventilation de la catégorie "Médicaments"



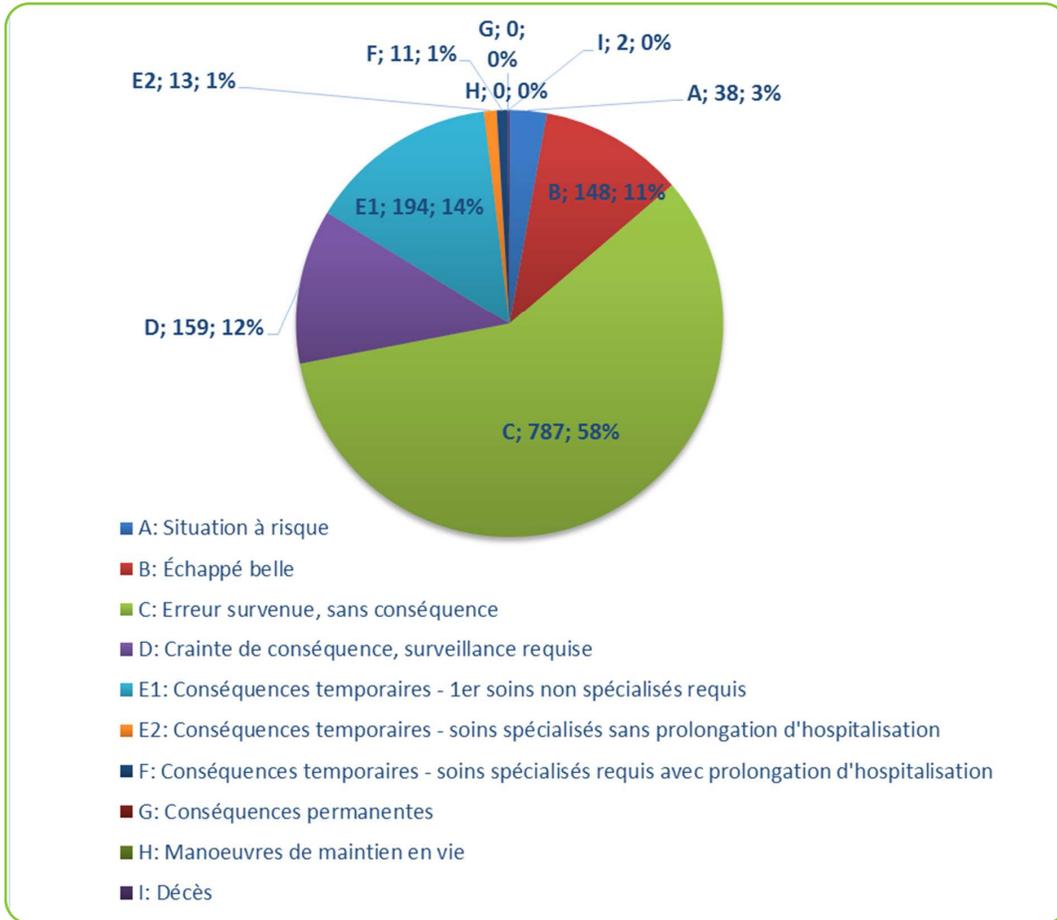
Répartition des déclarations par niveau de gravité

Les incidents sont les événements qui ne touchent pas les usagers (gravité A et B). Les principaux types d'incidents sont les événements en lien avec la médication, soit 141 déclarations au total (10%), suivi des quasi-chutes, qui comptent pour 17 déclarations (1,2%) et des événements en lien avec la diète (9 événements; 0,7%).



Les accidents réfèrent à une action ou une situation survenue au cours de la prestation de services à un usager où le risque se réalise et qui est ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de cet usager (gravité C à I). Les 3 principaux types d'accidents sont les chutes, qui comptent pour 515 déclarations (38%), suivi des événements en lien avec la médication (454 déclarations; 33,5%) et des événements de catégorie « Autres » (71 déclarations, 5,2%).

Le tableau qui suit présente le nombre de déclarations et leur proportion en fonction des niveaux de gravité.



Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

L'utilisation des mesures de contrôle demeure toujours un dernier recours dans l'établissement et cette année ne fait pas exception. L'aspect des mesures alternatives et de la coordination de l'équipe interdisciplinaire sont des éléments qui restent à être peaufinés afin de les inclure dans la diffusion du protocole révisé qui est prévue dans la prochaine année.

Suivi mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Aucune recommandation du coroner n'a été reçue en cours d'année.



TRAITEMENT DES PLAINTES

Rapport du régime d'examen des plaintes du 1er avril 2017 au 31 mars 2018.

- 6 plaintes reçues et 5 conclues au cours de l'exercice;
- 9 dossiers d'assistance traités et conclus;
- 4 dossiers de consultation reçus et conclus;
- Aucune plainte médicale reçue en 2017-2018;
- 1 plainte médicale adressée au médecin examinateur en 2016-2017 et conclue en 2017-2018;
- Une plainte adressée au bureau du Protecteur du citoyen en 2016-2017 et conclue en 2017-2018;
- Aucune divulgation facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics;
- Aucune déclaration relative à l'application de la Loi 115 Maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Plaintes du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2018	Nombre	Objets	Plaintes	Assistance
En voie de traitement au début de l'exercice / une plainte médicale et une plainte au Protecteur du citoyen	2	Accessibilité et continuité	0	1
Reçues	6	Soins et services dispensés	4	2
Conclues	5	Relations interpersonnelles	2	3
En cours d'examen à la fin de l'exercice	1	Organisation du milieu et ressources matérielles	2	4
Plaintes déposées au Protecteur du citoyen	0	Aspect financier	3	1
Plainte médicale	0	Droits particuliers	0	2

Note : Une plainte peut comprendre plus d'un motif de plainte :

Mode de dépôt des plaintes conclues	Auteur de la plainte	Délai de traitement
Verbalement	Usager	1 à 45 jrs
Par écrit	Représentant	46 à 60 jrs
	Tiers	Plus de 60 jrs

Suites données aux plaintes conclues. Nature des mesures correctives appliquées ou recommandé	
Démarche d'amélioration des communications avec les familles et clarification des services	5
Changement chambre / comptabilité clientèle	1
Rappel respect procédures	1
Transfert établissement	1
Encadrement intervenant	1
Adaptation des soins et services	1

Promotion du régime et respect des droits des usagers

INTRODUCTION

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services nommé par le conseil d'administration de l'hôpital Marie-Clarac veille au respect des droits et des responsabilités des usagers et du traitement confidentiel de leurs plaintes. Le commissaire doit aussi s'assurer de promouvoir la qualité des services et le respect des droits des usagers, de donner son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet le conseil d'administration ou tout autre conseil ou comité de l'établissement, incluant le comité des usagers et le comité de vigilance.

NATURE DES ACTIVITÉS

- Affichage adéquat sur les étages, distribution du dépliant du régime d'examen des plaintes afin d'assurer l'accès et la visibilité quant au mandat du commissaire local auprès des usagers, proches et familles.
- Rencontre des gestionnaires pour faire connaître le rôle et le mandat du commissaire, son approche visant l'amélioration de la qualité des services en associant le personnel et la direction aux solutions et mesures d'amélioration souhaitées et répondre aux questions. Énoncé des droits des usagers et de la procédure d'accès du régime d'examen aux plaintes.
- Discussions cliniques avec les directions des soins infirmiers, des services de réadaptation et des services professionnels dans le cadre du traitement des plaintes et ou dossiers d'assistance. Mentionnons l'excellente collaboration de la direction et du personnel de l'hôpital Marie-Clarac permettant ainsi de les associer à la recherche de solutions adaptées aux différentes demandes ou attentes des usagers.
- Participation aux rencontres du comité de vigilance (2) et présentation du bilan d'étape des dossiers de plaintes au cours de l'année 2017-2018. Répondre aux questions des membres relatives à l'amélioration de la qualité des services aux usagers ; analyse des rapports synthèses ponctuels déposés par le comité de gestion des risques et leurs recommandations visant l'amélioration des services.
- Dépôt du bilan annuel 2017-2018 transmis à la direction de l'établissement, au comité de vigilance et au conseil d'administration.
- Participation aux visites ministérielles et d'Agrément de l'établissement.
- Tel que prévu à l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics, le commissaire doit produire une reddition de comptes annuelle dans le cadre des divulgations reçues et leur suivi. Aussi, assumer une responsabilité conjointe avec la personne désignée par l'établissement dans le cadre de l'application de la Loi 115, visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

CONCLUSION

L'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services vise divers objectifs permettant d'agir dans le traitement des plaintes reçues afin de protéger les personnes dont les droits pourraient être lésés et déterminer s'il y a lieu d'appliquer des mesures correctives appropriées en lien avec le respect des droits des usagers. Enfin, le commissaire doit formuler, le cas échéant, des recommandations touchant la satisfaction des usagers et la prévention de situations indésirables par une approche systémique de l'application du pouvoir d'intervention de la qualité des services offerts par les instances visées.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Grâce au travail colossal du comité des usagers qui a fait la promotion du questionnaire de satisfaction, le nombre de répondants a augmenté à 266 pour 2017-2018. Le taux de satisfaction globale de notre clientèle en regard des services offerts est de 90 %.

L'utilisation du nouveau questionnaire « Expérience-patient » sera déployée dès le 1er avril 2018, avec une version pour le secteur réadaptation et un autre plus spécifique pour les soins palliatifs. Ce nouveau questionnaire répond aux normes d'Agrément Canada et a été créé d'un partenariat entre le comité des soins centrés patient/famille (SCPF) et le comité des usagers.

DIRECTIONS & SERVICES

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Prestation sécuritaire – Amélioration continue de la qualité

RÉALISATIONS

- Début de l'implantation des tournées intentionnelles à la pratique clinique sur toutes les unités de soins (ce projet s'est vu décerné le prix coup de génie 2017). Les audits sur les chutes et le coaching auprès des infirmières en fonction des résultats sont en cours.
- Élaboration d'un arbre décisionnel sur la façon de relever un usager au sol.
- Révision de la règle de soins sur l'administration sécuritaire des médicaments et celle sur l'évaluation, la surveillance et les interventions auprès des usagers qui reçoivent des opioïdes en réadaptation.
- Distribution à tous les usagers diabétiques d'un stylo d'insuline pour leur administration.
- Implantation de la double vérification indépendante (DVI) pour certains médicaments.
- Début d'une réflexion afin de déterminer les meilleures interventions possibles pour favoriser une culture juste de la qualité concernant les événements liés à la médication. Certaines initiatives sont en cours d'essai.
- Suivi de la formation sur l'approche relationnelle (rétroaction individuelle et collective et tableau des bons coups).
- Développement d'un outil de standardisation de vérification lors de l'utilisation des bonbonnes d'oxygène.
- Révision du PSTI (Plan de soins et traitements infirmiers) avec la collaboration de l'équipe d'infirmières et d'infirmières auxiliaires aux soins palliatifs.
- Instauration d'un rite de préparation des usagers décédés aux soins palliatifs.
- Création d'un espace de repos pour les usagers avec foyer, écran, fauteuil et art-thérapie aux deux étages des soins palliatifs.

MOBILIER ET ÉQUIPEMENT

Afin de faciliter le travail du personnel et d'offrir des soins sécuritaires, la direction a fait l'achat de :

- Nouveau Logiciel pour la gestion des rendez-vous des usagers;
- Manomètres "Pulse dose";
- Matériel pour personne obèse (1 ensemble);
- Nébulisateurs;
- Concentrateurs d'oxygène;
- Doppler;
- Toiles civières;
- Alarmes de lit.

EFFECTIFS EN SOINS INFIRMIERS

La direction des soins infirmiers a accueilli 61 nouveaux employés, dont 1 chef d'unité, 31 préposés aux bénéficiaires, 12 infirmières auxiliaires et 17 infirmières, ce qui se traduit par 21 journées d'accueil.





RÉALISATIONS INTERDISCIPLINAIRES

- Diffusion du programme interdisciplinaire de prévention des chutes aux différents services cliniques.
- Instauration des discussions aux rencontres interdisciplinaires et entre les assistantes infirmière-chef et l'assistante en physiothérapie pour les usagers à risque de chute.
- Présentation du modèle de tournées intentionnelles lors de la visite du CISSS de Trois-Rivières.
- Collaboration avec le service de la pharmacie à l'implantation des cabinets informatisés.
- Collaboration avec le service de la pharmacie à la poursuite de l'implantation du bilan comparatif des médicaments en réadaptation.
- Collaboration aux travaux sur l'analyse prospective des déplacements des usagers avec oxygène.
- Préparation et coordination de la visite d'agrément en collaboration avec tous les services.
- Révision du plan d'amélioration intégré de la qualité en collaboration avec la direction générale.
- Collaboration aux travaux de rénovation des chambres, des salles de bain et réorganisation du travail du personnel en conséquence.
- Collaboration à l'amélioration des mesures de planification de congé des usagers avec les directions concernées, notamment par l'installation des écrans sur les unités de réadaptation.
- Collaboration avec le service de la nutrition clinique à l'implantation d'un nouveau processus pour diminuer le risque d'erreur concernant la texture et les allergies chez les usagers lors de l'admission.
- Actualisation du processus d'admission des usagers aux soins palliatifs.
- Réalisation d'une vidéo pour une visite virtuelle de l'unité OASIS DE PAIX.
- Planification et collaboration à diverses activités pour les usagers des soins palliatifs.
- Collaboration à l'organisation de la fête soulignant le 5e anniversaire des soins palliatifs.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Deux éclosions de grippe sont survenues en cours d'année.
- Dans le cadre de la "Campagne québécoise des soins sécuritaires – volet prévention des infections" :
 - Six audits de conformité à l'hygiène des mains ont été réalisés. Le résultat global de 78% est nettement supérieur à celui de l'an dernier, mais légèrement inférieur à la cible de 80%. Les efforts d'amélioration se poursuivent. Entre autres, une campagne d'hygiène des mains a été réalisée au cours de la Semaine nationale de la sécurité des patients et de la formation a été donnée en cours d'année afin d'améliorer la conformité.
 - Des audits ont été réalisés concernant le dépistage des bactéries multirésistantes à l'admission des usagers. Les résultats ont été supérieurs à ceux de l'an dernier, de même que pour l'application des précautions additionnelles de contact pour certains usagers isolés.

FORMATION – PRÉCEPTORAT – STAGE

- Stagiaires :
 - Quatre cent huit (408) stagiaires de tous les titres d'emploi ont été accueillis;
 - La direction des soins infirmiers a planifié un stage d'une étudiante au doctorat de l'Université de Montréal.
- Formations offertes :
 - Évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique : enfant, adulte et aîné;
 - Programme de prévention des chutes, comment relever un usager au sol;
 - Principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB);



- 
- Alarmes de lit;
 - Approche relationnelle;
 - Soins de la peau aux PAB et infirmières auxiliaires;
 - Vaccination;
 - Laveur désinfecteur;
 - Pompe à gavage;
 - Pousse-seringue;
 - Capsules spirituelles et cliniques aux soins palliatifs.

DIRECTION DES SERVICES DE RÉADAPTATION

L'année 2017-2018 a été encore marquée par des changements majeurs au niveau de la réorganisation des services posthospitaliers. Il y a eu la décentralisation du guichet RFI santé physique en octobre 2017 et la répartition des lits de RFI selon les besoins populationnels de chaque CIUSSS.

Nos efforts pour faire reconnaître notre spécificité de réadaptation commencent à porter fruit. Nous avons poursuivi nos rencontres avec tous les CIUSSS de Montréal et les CISSS de la couronne Nord (Laval, Laurentides, Lanaudière) afin d'arrimer nos pratiques, notre compréhension du réseau et pour établir une bonne communication.

FAITS SAILLANTS

- Retraite de la directrice des services de réadaptation en mai 2017. Projet d'intérim conjoint entre les deux chefs de services.
- Participation de tous les employés de la direction des services de réadaptation à la formation sur l'approche relationnelle offerte par la direction générale à l'automne 2017.
- Participation à la visite d'agrément du 6 au 9 novembre 2017.
- Maintien du traditionnel déjeuner de la DSR le 19 décembre 2017 et du dépouillement d'arbre de Noël.
- Démission du chef de service d'ergothérapie et des services psychosociaux en février 2018 nécessitant une réorganisation temporaire de la structure de gestion.

COMITÉ SUR L'ENCOMBREMENT

- Ce comité s'est réuni à 1 reprise durant l'année.
- Une visite de tout l'hôpital a été faite (les unités de soins en réadaptation et en soins palliatifs).
- Les objectifs sont de maximiser les espaces de rangement, répondre aux besoins de fonctionnalité et s'assurer de la sécurité des usagers et de l'environnement.

COMITÉ DES FAUTEUILS ROULANTS

- Acquisition de 20 nouveaux fauteuils roulants.
- Poursuite de la révision de l'offre de service qui sera diffusée dans la prochaine année.
- Réalisation de l'inventaire de la flotte.

SERVICE - PHYSIOTHÉRAPIE

NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Co intérim DSR de la chef de service à partir de la fin mai 2017 et ensuite intérim complet à partir de février 2018.
- Kiosque sur le traitement des troubles de l'équilibre dans le cadre de la semaine de la sécurité en octobre 2017.
- Participation du chef de service au CGR, aux rencontres avec les CIUSSS/CISSS partenaires et à la table régionale RFI au MSSS.

NIVEAU CLINIQUE

- Tenue de 2 formations : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et Facilitation proprioceptive neuromusculaire.
- Mise en place d'un projet pilote de groupe de mobilité pour la clientèle par une physiothérapeute et une ergothérapeute.
- Acquisition d'un lève-personne à station debout et d'une chaise bariatrique pour la salle d'attente.
- Accueil de 26 stagiaires en physiothérapie des Universités de Montréal et Sherbrooke.



SERVICE - ERGOTHÉRAPIE

NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Implication des ergothérapeutes et du chef de service dans plusieurs comités (PMU, fauteuils roulants, prévention des chutes, éthique, encombrement, etc.) et implication du chef de service sur les tables régionales (SAPA et décentralisation du guichet RFI).
- Organisation d'une chorale de Noël par quelques ergothérapeutes du service, en collaboration avec d'autres employés pour les usagers des 5 unités.
- Démission du chef de service en février 2018.

NIVEAU CLINIQUE

- Attribution temporaire du rôle de coordonnatrice professionnelle à une ergothérapeute pendant le projet d'intérim conjoint DSR.
- Poursuite de la révision de l'offre de service pour optimiser le travail des préposés SARCA dans leur collaboration avec les ergothérapeutes.
- Participation de toutes les ergothérapeutes à une formation de mise à jour des techniques de PDSB d'une durée de 7 heures.
- Acquisition d'un ordinateur portable avec un logiciel d'évaluation perceptivo cognitive de la conduite automobile, d'un fauteuil roulant motorisé, d'un fauteuil auto-souleveur et de deux matelas spécialisés.
- Accueil de 3 stagiaires de l'Université de Montréal.



SERVICE - PSYCHOSOCIAL ET SOINS SPIRITUELS

NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Réorganisation de deux postes permettant l'octroi d'un poste 4 jours/semaine en service social et d'un poste de 2 jours/semaine en psychologie.
- Accroissement de 14 heures à 21 heures de l'offre de service social en soins palliatifs.
- Implication de l'intervenant en soins spirituels dans l'organisation du 5e anniversaire du pavillon des soins palliatifs.

NIVEAU CLINIQUE

- Absence prolongée de la neuropsychologue qui a nécessité une réorganisation temporaire du fonctionnement pour répondre aux besoins de la clientèle.
- Participation à une conférence sur la vulnérabilité par tout le personnel.
- Évaluation d'un projet de petite caisse d'assistance aux usagers vulnérables et en besoins financiers via les sommes reçues de la supervision des stages.
- Accueil d'un stagiaire en service social de l'Université de Montréal.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

La direction des services professionnels et hospitaliers a fait des efforts pour respecter les objectifs fixés au début de l'année et en a rajouté d'autres pour répondre aux besoins de l'établissement.

FAITS SAILLANTS

- Absence prolongée du physiatre.
- Changement à la chefferie du département de médecine générale.
- Entente conclue avec la Résidence Angélica pour l'ensachage de leurs médicaments.
- Acquisition de nouveaux équipements à la pharmacie; PacVision et des cabinets informatisés.
- Atteinte des exigences de l'Ordre des pharmaciens.
- Atteinte des exigences pour l'Agrément Canada.
- Amélioration de la planification de congés.
- Difficulté de recrutement des médecins considérant les lois en vigueur.
- Accueil de 49 externes en médecine (20 en gériatrie et 29 en soins palliatifs).

SERVICE - ADMISSION, ACCUEIL ET LIAISON

- Variation du nombre de lits surnuméraires de 21 à 11 aux cours de l'année.
- Décentralisation du guichet de santé physique. Toutes les demandes de postaigu et RFI doivent transiter par les CIUSSS d'appartenance depuis octobre 2017.
- Nouvelle répartition des lits de la région de Montréal.
- Collaboration avec le MSSS pour le déménagement des patients du nouveau CHUM.
- Modification du processus d'admission pour les patients en soins palliatifs de l'Est de Montréal par la création d'un guichet par le CIUSSS de l'Est.
- 1 662 demandes de service inter-établissements envoyées vers les CLSC.
- 1 657 dossiers de patients reçus par la DSIE.
- Ouverture du poste d'agente administrative classe 2.
- Diminution des heures du poste d'agente administrative classe 3 à 17,5 hres/semaine réparties sur 4 jours.





SERVICE - ARCHIVES MÉDICALES

- En réadaptation :
 - L'année s'est terminée avec 1 810 départs et 1 818 admissions, ce qui représente une augmentation de 4.8 % pour les départs et 5.7% pour les admissions comparativement à l'an passé.
 - Il y a eu 1 décès comparativement à 4 l'an passé.
 - La durée moyenne de séjour est passée de 39.9 jours à 36.5 jours, soit une diminution de 3.4 jours comparativement à l'an passé représentant la meilleure durée moyenne de séjour depuis les 5 dernières années.
 - Le taux d'occupation global a légèrement diminué en passant de 96.3% à 96.1% en 2017-2018. En réadaptation, il a été de 96.2% et en soins palliatifs de 95.1%.

- En soins palliatifs :
 - 515 demandes ont été reçues. Sur ce nombre, 323 ont été admis. Il y a eu 311 décès et 16 congés dont 9 en CHSLD et 7 sont retournés à domicile.

SERVICE - NUTRITION CLINIQUE

Nombre de consultations en nutrition clinique : 878

- Alimentation entérale : 5
- Dysphagies : 105
- Soins palliatifs : 133

RÉALISATIONS

- Supervision de 4 stagiaires de l'Université McGill :
 - Poursuite de la révision des guides nutritionnels et formulaires (limite liquidienne et dysphagie);
 - Évaluation de la satisfaction de la clientèle;
 - Activités du mois de la nutrition « Mars 2018 »
 - ~ Kiosque d'informations, dégustations
 - ~ Nouvelles recettes servies à la cafétéria.
- Modification de la sélection des suppléments offerts aux usagers qui a produit une augmentation de l'efficacité.
- Rédaction de chroniques pour le journal « Le Contact » de l'hôpital Marie-Clarac.
- Révision du menu des repas et des collations des usagers.
- Poursuite des panels de dégustation et des évaluations des mets.
- Finalisation de la restructuration du menu usager.
- Mise en place d'un processus d'identification des plateaux d'admission pour la sécurité alimentaire des usagers nouvellement admis.
- Rencontre mensuelle et présentation pour des étudiants en médecine.
- Formation continue offerte aux techniciennes :
 - Le sucre : vérité et conséquences.
- Formation continue offerte aux nutritionnistes :
 - Les produits naturels;
 - Congrès annuel : Société canadienne de nutrition;
 - Nutrition et gériatrie.
- Révision des protocoles internes et des politiques et procédures concernant le service de nutrition clinique.

SERVICE - PHARMACIE

- Mars 2017 : Implantation de la PACVISION, appareil vérifiant les bandes de médicaments ensachés.
- Mai 2017 : Ensachage des médicaments pour la Résidence Angelica.
- Octobre 2017 : Implantation du BCM d'admissions, de transferts et de départs sur les 4 unités de réadaptation.
- Octobre 2017 : Ouverture de la pharmacie les samedis avec un personnel réduit.
- Février 2018 : Réponses aux exigences demandées par l'Ordre des Pharmaciens du Québec lors de sa visite en juillet 2014.
- Mars 2018 : Implantation des cabinets automatisés décentralisés ACUDOSE-RX; implantation de l'ensachage en multi-doses 5 fois par semaine; Sigma Santé – Révision des achats de groupes (aux 3 ans).
- Estimation des quantités de médicaments qui ont changé de fournisseur et qui doivent être informatisées dans Syphac. Envoi à McKesson des cassettes de la PacMed pour le recalibrage.

RÉALISATIONS

- Création d'un bulletin de pharmacovigilance.
- Standardisation des heures d'ouverture de la pharmacie.
- Utilisation de seringue pré-remplie à dose unique d'héparine.
- Gestion des nombreux produits en rupture d'inventaire et rappels de médicaments.
- Suite à une recommandation de la Santé publique de Montréal - Respect de la chaîne de froid pour les vaccins/médicaments. Les frigos sont maintenant reliés à une centrale téléphonique et possèdent un lecteur de température. Une lecture manuelle est également faite et comptabilisée 2 fois par jour.

SOINS PHARMACEUTIQUES ET SERVICES CLINIQUES

Bilan comparatif des médicaments (BCM) :

- 2 607 BCM d'admissions et de départs en réadaptation et soins palliatifs.
- 2 280 BCM d'admissions et de départs faits exclusivement par le personnel de la pharmacie.
- 49 BCM de transferts, comptabilisés à partir de décembre 2017.
- Délai moyen pour la production du BCM d'admissions : 13,3 jours.
- Les pharmaciens ont prescrit 26% d'ordonnances d'admission en OC-017.

GESTION DES ORDONNANCES ET DISTRIBUTIONS DES MÉDICAMENTS

- 109 205 ordonnances annuelles validées.
- 14 457 transactions pour assurer la distribution et le contrôle des stupéfiants et substances ciblées.
- 330 préparations magistrales non stériles ont été préparées par le personnel technique, soit une augmentation de 32% par rapport à l'an passé.
- Préparation d'un total de 68 piluliers hebdomadaires (Dosett) pour 17 patients.
- Préparation personnalisée de la médication ensachée pour 591 usagers bénéficiant d'un congé médical temporaire à domicile.



GESTION FINANCIÈRE

En 2017-2018, le coût global (réadaptation et soins palliatifs) moyen des médicaments par jour-présences usager a été de 7,13 \$, ce qui correspond à une diminution de 6% par rapport à celui de l'année financière précédente (7,58 \$).

ENSEIGNEMENT

- Accueil d'une stagiaire en pharmacie pour le stage final de 600 heures de l'Ordre des Pharmaciens du Québec.
- Stage en observation de deux étudiantes en pharmacie.
- Rencontre avec les externes en médecine (réadaptation et soins palliatifs).

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

SERVICE - ALIMENTAIRE

- Finalisation de la modification du menu des usagers, donc modification terminée pour les feuilles de travail, production et commandes. Bonne collaboration de tout le personnel du service.
- Diminution importante du nombre de repas servis à la cafétéria, suite au changement du menu (4000 repas) donc diminution des revenus.
- Remise d'un feuillet d'information à tous les nouveaux employés sur le fonctionnement du service.
- Organisation d'activité du mois de la nutrition, nouvelle recette chaque semaine.
- Tenue d'un panel de dégustation en continue avec la nutrition clinique.
- Étude de l'agrandissement de la zone distribution pour recevoir les nouveaux chariots burlodge éventuellement.

SERVICE - HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

- Modification de l'horaire de travail des employés en instaurant la rotation pour couvrir les fins de semaine.
- Poursuite de l'implantation des tablettes informatisées pour le suivi des routines d'entretien.
- Mention spéciale des visiteurs de l'Agrément qui ont été très impressionnés par la propreté en général et les systèmes de suivi.

SERVICE - BUANDERIE ET LINGERIE

- Plusieurs interventions ont été nécessaires quant aux volumes de lingerie à maintenir.

SERVICE - ENTRETIEN ET FONCTIONNEMENT DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES

- 2 375 demandes de réparation ont été complétées, par rapport à 2 509 demandes l'an dernier. Le délai de réalisation est de 4.02 jours. La cible est de 4 jours. La proportion des demandes d'entretien préventif est de 34,74 %, ce qui est équivalent à l'an dernier soit 34,70 %.

- Mise en place d'un système d'étiquetage uniforme afin d'identifier tous les équipements médicaux ainsi que les valves pour la plomberie, la chaufferie et les salles mécaniques qui sont dans le système informatisé de la gestion de la maintenance.
- Mise en place d'un programme préventif pour les contrats de maintenance externe afin de faire un suivi.



Travaux majeurs au cours de l'année :

- Protection de murs et pares-choc	25 000 \$
- Peinture dans les chambres et divers	30 000 \$
- Procédure de cadenassage	30 000 \$
- Remplacement des automates des ascenseurs # 1 et 2	20 000 \$
- Remplacement de la conduite de refoulement du drain français	11 400 \$
- Réparation des fissures de la dalle chauffante	6 000 \$
- Installation des DAR à l'entrée d'eau et adoucisseur	112 000 \$
- Rénovation de la salle d'eau 1B	60 000 \$
- Réparation de moustiquaires et fenêtres	7 000 \$
- Aménagement paysager de l'espace fumeur	10 250 \$
- Étude préliminaire entrée des marchandises	40 200 \$
- Forage entrée des marchandises	8 900 \$
- Étude d'aménagement de l'ancien vestiaire des hommes	5 200 \$
- Début des rénovations de salles de bain	252 000 \$

ENVIRONNEMENT – EFFICACITÉ ÉNERGÉTIQUE - SÉCURITÉ

- Mise en place de la procédure pour le travail dans les endroits clos – en juillet 2017.
- Mise en place de la procédure de cadenassage – en janvier 2018.
- Lancement du processus d'appel d'offre pour la mise en place d'un projet – en août 2017. En février 2018, le CA a retenu les services de la firme ÉNERGÈRE, entreprise de service énergétique. Coût du projet : 3M \$. Réalisation : juin 2018 à septembre 2019. À terme, nous prévoyons réaliser des gains majeurs en matière énergétique et environnementale.
 - % d'économie sur la consommation énergétique de 35 %;
 - % de réduction d'émission de gaz à effet de serre de 66 %;
 - % de réduction de la consommation d'eau de 30 %.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

La poursuite de l'optimisation des ressources dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire suite aux plans de redressement des dernières années, la préparation de la visite d'Agrément Canada, la réorganisation de l'équipe des ressources humaines ont été des enjeux majeurs pour 2017-2018. Par ailleurs, la directrice en poste depuis les 15 dernières années a quitté pour une retraite bien méritée et il y a eu l'entrée en poste d'une nouvelle directrice en novembre 2017.

La direction tient à souligner le travail de tous les membres de l'équipe qui, malgré des effectifs souvent réduits et une charge de travail sans cesse grandissante, ont su atteindre les objectifs fixés et respecter les cibles.

SERVICE - RESSOURCES HUMAINES

Le service des ressources humaines regroupe les secteurs de la dotation, de la rémunération et des avantages sociaux, le développement du personnel, les relations de travail, la liste de rappel et la santé et sécurité au travail.

Les faits saillants de l'exercice sont les suivants :

- Production et mise à jour du plan prévisionnel des effectifs et du plan de main-d'œuvre;
- Diminution de 2% des heures de main-d'œuvre indépendante globale (diminution 7% pour la main-d'œuvre indépendante infirmière);
- Réalisation de 300 entrevues, permettant l'embauche de 114 nouveaux employés, pour un gain net de 9 ressources supplémentaires en raison de 105 départs. Et ce malgré un mouvement de personnel important (retraite et départ) au niveau du service des ressources humaines nécessitant l'embauche du chef de service des ressources humaines, d'une agente de gestion du personnel, d'une technicienne en administration au service des ressources humaines, de l'infirmière en gestion de la présence au travail et d'une agente administrative à la liste de rappel.
- Poursuite dans les efforts de dotation interne, il y a eu 104 affichages internes;
- Poursuite de l'application du plan de redressement budgétaire impliquant les abolitions de poste et procédures de supplantation;
- Élargissement des heures d'ouverture du service des ressources humaines afin de répondre au besoin du personnel de nuit;
- Poursuite du Programme de reconnaissance, dont l'attribution de deux prix annuels : le Prix « Coup de cœur » et le Prix « Coup de génie »;
- Révision de l'ensemble des politiques et procédures des ressources humaines;
- Poursuite de la mise à jour et de l'application du programme d'accès à l'égalité en emploi;
- Rédaction et mise en place d'une politique d'entrevue de départ;
- Tenue d'une réunion du Comité paritaire de santé et sécurité du travail durant l'exercice, et participation à six réunions du Comité de gestion des risques;
- Rédaction de trois articles touchant la santé et la sécurité au travail pour le journal « Info-sécurité»;
- Analyse par un inspecteur CNESST, aucune correction de situation requise, touchant le secteur d'hygiène et salubrité en lien avec les vadrouilles;
- Tenue de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza, avec l'atteinte d'un taux de :
 - 56.49% total de vaccinés incluant bénévoles, médecins et stagiaires.



La direction poursuit ses efforts dans le maintien d'un bon climat de travail et de bonnes relations avec les différents syndicats, dont la tenue de rencontres régulières pour discuter de leurs préoccupations.

Ci-dessous un tableau indiquant le nombre de détenteur de postes.

	Exercice courant	Exercice précédent
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
<u>Personnel cadre : (en date du 31 mars)</u>		
Temps complet, nombre de personnes	17	19
Temps partiel		
- Nombre de personnes	3	3
- Équivalents temps complet	2,57	1,77
Personnel bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	1	1
<u>Personnel régulier : (en date du 31 mars)</u>		
Temps complet, nombre de personnes	191	193
Temps partiel		
- Nombre de personnes	224	220
- Équivalents temps complet	141,28	126,91
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	0	5
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées	58 970	47 333
Équivalents temps complet	32,40	25,92

SERVICE - RESSOURCES FINANCIÈRES

Le service des ressources financières regroupe les secteurs de la comptabilité, de la paie, des approvisionnements et de l'informatique.

Les faits saillants de l'exercice sont les suivants :

COMPTABILITÉ ET PAIE

- Réalisation du dossier d'audit de fin d'année, collaboration avec les auditeurs externes et présentation au comité de vérification;
- Réaménagement des tâches à l'intérieur du service, suite à l'abolition du poste d'agent administratif aux comptes à recevoir;
- Collaboration avec l'ensemble des directions à l'optimisation des ressources dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire;
- Représentations auprès du MSSS pour défendre certains dossiers;
- Suivi financier des divers projets visant l'amélioration des infrastructures du Pavillon Marie-Clarac afin de respecter les budgets alloués;
- Rehaussement de la version du logiciel de gestion des ressources financières (GRF) et formation du personnel à cet égard ;
- Suivi et amélioration continue du contrôle interne, en tenant compte du nombre restreint d'employés.



APPROVISIONNEMENT

- Poursuite du travail de recherche pour assurer à l'hôpital l'approvisionnement requis aux meilleurs prix;
- Rehaussement de la version du logiciel de gestion des ressources matérielles (GRM).

INFORMATIQUE

- Poursuite des travaux informatiques nécessaires afin de desservir les médicaments à la Résidence Angelica;
- Changement du serveur utilisé pour les copies de sauvegarde, celui-ci étant désuet et accusant un plafonnement de données;
- Planification et réalisation des travaux informatiques en vue de recevoir une valideuse à la pharmacie et cinq cabinets à médicaments;
- Participation au rehaussement de version du système de requêtes des installations matérielles;
- Améliorations apportées à la gestion du réseau sans fil installé en 2015-2016 qui nécessitait certains ajustements;
- Implantation de quatre écrans aux unités de soins. Ces écrans diffusent de l'information médicale plus actuelle favorisant ainsi une meilleure qualité des soins aux usagers tout en contribuant, entre autres, à une planification plus efficace des congés.
- Migration majeure du logiciel de messagerie de Lotus Notes à Outlook suite à une exigence ministérielle, coordination du plan d'action pour la mise en place et support aux utilisateurs et paramétrage important au niveau des adresses courriel;

SERVICE - COMMUNICATIONS ET TRANSPORT

Le service des communications et du transport regroupe l'accueil des visiteurs, le service de la téléphonie et le transport des usagers.

Les faits saillants de l'exercice sont les suivants :

- Réalisation de l'exercice pour «le rappel des employés en cas d'urgence » dans le cadre du plan des mesures d'urgence;
- Réalisation d'entrevues, embauche et orientation de deux téléphonistes (agentes administratives cl.3);
- Maintien d'un service personnalisé de qualité, malgré une augmentation du nombre d'admissions, de visiteurs et d'appels téléphoniques;
- En collaboration avec notre partenaire Sigma Santé, réorganisation de nos services de transport adapté dû à la faillite de notre transporteur;
- Collaboration avec les services cliniques de l'Hôpital à la mise en place d'un nouveau logiciel pour les rendez-vous externes en modulant bien les besoins spécifiques pour les activités de transport;
- Maintien d'un temps d'attente d'une heure et moins, dans plus de 95% des cas, concernant les demandes de transport de retour de rendez-vous en transport adapté;
- Poursuite du travail de sensibilisation auprès du personnel concernant l'importance d'installer des appui-pieds sur les fauteuils roulants des usagers lors de transports adaptés.



RAPPORT PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Conformément à la Loi 2 sur les soins de fin de vie et aux orientations ministérielles, la direction a produit une politique interne dans le but de :

- Bien définir chacun des concepts particuliers aux soins de fin de vie.
- Clarifier les rôles et responsabilités de l'établissement.
- Clarifier les modalités d'application pour la sédation palliative continue, l'aide médicale à mourir, les directives médicales anticipées et les dispositions finales.

Les tableaux ci-dessous résument bien le nombre d'usagers en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs dans notre établissement depuis le 10 décembre 2016.

DU 10 DÉCEMBRE 2016 AU 9 JUIN 2017	
NOMBRE DE PERSONNES EN FIN DE VIE AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS	154
DU 10 DÉCEMBRE 2016 AU 9 JUIN 2017	
NOMBRE DE SÉDATIONS PALLIATIVES CONTINUES ADMINISTRÉES	0
NOMBRE DE DEMANDES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR FORMULÉES	0
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES	0
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR QUI N'ONT PAS ÉTÉ ADMINISTRÉES ET LES MOTIFS LE JUSTIFIANT	0

DU 10 JUIN 2017 AU 9 DÉCEMBRE 2017	
NOMBRE DE PERSONNES EN FIN DE VIE AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS	167
DU 10 JUIN 2017 AU 9 DÉCEMBRE 2017	
NOMBRE DE SÉDATIONS PALLIATIVES CONTINUES ADMINISTRÉES	4
NOMBRE DE DEMANDES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR FORMULÉES	1
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES	0
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR QUI N'ONT PAS ÉTÉ ADMINISTRÉES ET LES MOTIFS LE JUSTIFIANT	1

Par le biais du rapport annuel de gestion de l'établissement, les rapports sont publiés sur le site internet de l'hôpital et sont transmis à la Commission sur les soins de vie.

Motif justifiant la raison pour laquelle l'aide médicale à mourir n'a pas été administrée : le patient est décédé avant.

FONDATION DE L'HÔPITAL MARIE-CLARAC

La Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac joue un rôle essentiel par ses dons dans les activités de l'Hôpital et contribue ainsi à l'excellente qualité des soins et des services offerts aux usagers.

Depuis sa création en 1996, les dons remis à la Fondation ont notamment, servi à l'acquisition de divers équipements spécialisés et à l'aménagement de plusieurs installations. La Fondation a également contribué à la construction de l'unité de soins de palliatifs "Oasis de Paix".

Plus récemment, l'Opération-Équipements 2017-2018 a permis de procéder à une importante acquisition pour la pharmacie de l'hôpital. C'est avec plaisir que la Fondation a permis l'implantation de nouveaux cabinets informatisés pour la distribution des médicaments dans les six unités de soins. Ces cabinets sont munis de tiroirs sécurisés dont certains compartiments sont verrouillés pour les médicaments à risque élevé pour plus de sécurité. La Fondation a également offert une nouvelle valideuse (PacVision) à la pharmacie dans le cadre de ce projet.

UN GRAND TIRAGE POUR DE NOUVEAUX ÉQUIPEMENTS

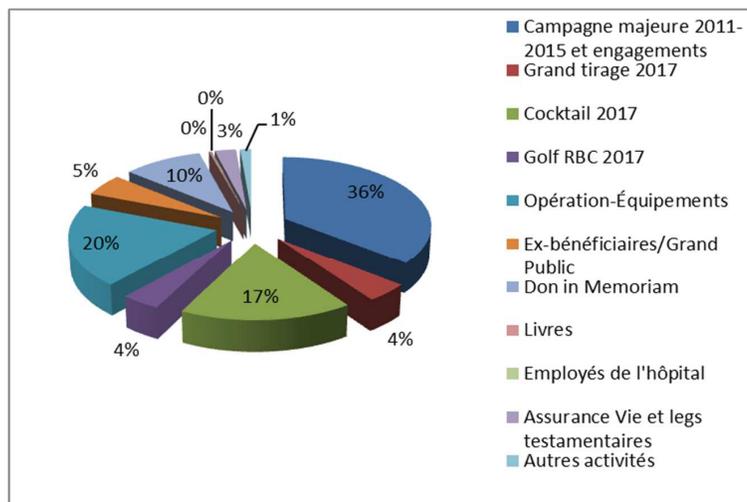
Dans le cadre de sa campagne Opération-Équipements, la Fondation a organisé un grand tirage avec plus de 20 000 \$ en prix. En tout, 26 magnifiques prix ont été tirés.



Sur la photo, nous reconnaissons, à l'occasion du tirage, Raymond Paquin, fondateur de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac; Sœur Pierre Anne Mandato, directrice générale de l'Hôpital Marie-Clarac; Francyne Noël Trudeau, présidente du conseil d'administration de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac; Marie-Josée Chouinard, directrice générale de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac; et Marc-François Rouleau, vice-président, ventes locales et nationales, Journaux Québecor Groupe Média.

Campagne de financement 1^{er} avril-2017 au 31 mars 2018

Catégories	Totaux	Pourcentage
Campagne majeure 2011-2015 et engagements	318 000,00 \$	35,85%
Cocktail 2017	153 000,00 \$	17,25%
Grand tirage 2017	39 000,00 \$	4,40%
Golf RBC 2017	35 000,00 \$	3,95%
Opération-Équipements	173 485,00 \$	19,56%
Ex-bénéficiaires/Gr. Public	45 521,50 \$	5,13%
Don in Memoriam	85 672,03 \$	9,66%
Livres	1 978,00 \$	0,22%
Employés de l'hôpital	961,45 \$	0,11%
Assurance Vie et legs testamentaires	22 850,00 \$	2,58%
Autres activités	11 551,80 \$	1,30%
Total	887 019,78 \$	100,00%



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente

Francyne Noël Trudeau
Vice-présidente Affaires publiques
Laboratoires Choisy ltée

Vice-président

Ivano Scattolin
Vice-président
Produits Alimentaires Viau inc.

Secrétaire-trésorier

Robert Richard
C.P.A. – C.A.

Adjoint au secrétaire-trésorier

Raymond Paquin
Fondateur de la Fondation

Sr Pierre Anne Mandato

Directrice générale
Hôpital Marie-Clarac

Administrateurs

Adriana Alfano
Ingénieure
Gestion Anco inc

Sr Claire L. Croteau
Directrice générale
Résidence Angélica

Michael Di Grappa
Vice-président principal, gestion immobilière
Canderel

Nancy Forlini
Courtier immobilier agréé
Re/Max Solutions

Michael Fratianni
Chef de la direction
Société Terminaux Montréal Gateway

Vincent Giangaspero
Consultant

Michelina Lavoratore
Directrice, Services aux particuliers
et développement des affaires
Caisse populaire Desjardins
Canadienne-Italienne

Jacques Poirier
Président et chef de la direction
Magnus Poirier

Jacinthe Sicotte, B.A.A., M.B.A
Directrice générale
Caisse populaire Desjardins du
Sault-aux-Récollet – Montréal-Nord

Claudie Bouchard
Traductrice, réviseure et entrepreneure

LISTE DES CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sr Martine Côté, présidente
Samir Naoum, vice-président
Sr Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière
Sr Marie-Josée Marcoux
Sr Claire L. Croteau
Marie-Hélène Desrosiers
Michael Fratianni

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.A.

Sr Martine Côté, présidente
Samir Naoum, vice-président
Sr Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Samir Naoum, président
Sr Martine Côté, vice-présidente
Sr Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE RÉGIE

Sr Pierre Anne Mandato, DG
Sr Martine Côté, DGA
Dr Georges Dadour, DSPH
Isabelle Bélisle, DSI
Valérie Vermette, DSR par intérim
Pierre Pellerin, DST
Brigitte Roy, DRFHI

COMITÉ D'ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE

Marie-Line De Champlain, présidente
Dr Pierre Granger
Dr Messaoud Tlili
Dr Georges Dadour, DSPH

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.M.D.P.

Dr Messaoud Tlili, président
Dre Sarah Adolphe, vice-présidente
Diane Cusson, secrétaire
Robert Charest, pharmacien
Dr Georges Dadour, DSPH
Sr Martine Côté, DGA
Dr Mamadou-Saliou Seck, membre

COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE, PHARMACEUTIQUE ET DES DOSSIERS

Francine Bélanger, présidente
Dr Georges Dadour, DSPH
Dr Mamadou Saliou-Seck
Dr Messaoud Tlili
Josée Thérout, archiviste

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Robert Charest, président
Sylvie Delorme, chef département clinique de pharmacie
Dre Fadila Sayoud
Dr Georges Dadour, DSPH
Dr Pierre Granger

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

Dr Messaoud Tlili, président
Dre Fadila Saoud
Dr Georges Dadour, DSPH
Dre Sarah Adolphe

COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Myriam Chavrette, conseillère en gestion de la présence au travail
Nicole Jacques, chef du service alimentaire
Christina Johnston, physiothérapeute
Maxime Goulet, chef hygiène et salubrité
Éric Marleau, représentant SQEES
Marlène Roc, représentante SIIA-HMC

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Dr Sarah Adolphe, représentante du CMDP
Francine Bélanger, pharmacienne, représentante du CMDP
Johanne Sauvé, conseillère clinicienne en soins infirmiers
Sr Martine Côté, DGA
Dr Georges Dadour, DSPH
Maxime Goulet, chef hygiène-salubrité

COMITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER

Ève Prévost-Leboeuf, chef par intérim du service en physiothérapie
Jacqueline Vachon, conseillère en soins infirmiers
Josée Thérout, responsable du service des archives
Dr Georges Dadour, DSPH

COMITÉ DES USAGERS

Réjean Léveillé, président
Diane Piché, vice-présidente
Nicole Dubé, secrétaire
Diane Loyer
Marie-France Bélisle

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Sylvie Pagé, présidente
Claude Shedleur, vice-présidente
Michèle Héroux, secrétaire
Sr Pierre Anne Mandato, DG
Marielle Dion, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

...LISTE DES CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Nancy Cloutier, présidente
Jacqueline Vachon, conseillère soins infirmiers
Sr Pierre Anne Mandato, DG
Isabelle Bélisle, DSI
Marie-Ange Lafleur, inf. clinicienne
Simona Béatrice Trif, inf. clinicienne
Manon Bourassa, présidente du CIIA
Antonietta Mucci, membre désignée du CIIA

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Manon Bourassa, présidente
Antonietta Mucci, vice-présidente
Lina Leclerc, secrétaire
Isabelle Bélisle, DSI
Dominique Gaudreau, membre désignée

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Catherine Brodrique-Boisvert, présidente
Luciana Juca, vice-présidente
Nathalie Jacques, secrétaire
Karine Chevrier, nutritionniste
Jean-Claude Orphée, travailleur social

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Mélissa Russello, présidente
Johanne Sauvé, vice-présidente
Cindy Hector, secrétaire
Dr Georges Dadour, DSPH
Marie Sylvie Bertin, psychologue
Maryse Coulombe, travailleuse sociale
Nicole Dubé, représentante des usagers
Josée Lemoignan, conseillère en éthique clinique
Père Jean-Marc Barreau, intervenant spirituel
Sr Martine Côté, DGA
Dre Maria Karas

COMITÉ DES CHEFS ET RESPONSABLES DE SERVICE

Maxime Goulet, président
Valérie Vermette, DSR intérimaire
Sylvie Delorme, pharmacienne
Josée Allard, chef du service des ressources humaines
Stéphanie Marcil, chef unité 2B
Jocelyne DeGuire, responsable de la nutrition clinique
Janin Laurence, chef du service d'ergothérapie et psychosocial
Sonya Perron, chef du service d'admission
Martine Chalifoux, chef du service des ressources financières
Chantal Poirier, responsable des communications et du transport
Nicole Jacques, chef du service alimentaire
Josée Théroix, responsable du service des archives
Mireille Rocher, chef unité 2C
Nicole Soulard, chef unité 2A & 3A
Vicky Roy, chef unité 1B
Johanne Sauvé, coordonnatrice agrément
Christelle Muwuko Ambo, chef unité 1C
Alain Bourassa, chef installations matérielles

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Francine Bélanger, présidente
Mireille Rocher, vice-présidente
Johanne Sauvé, secrétaire
Sr Martine Côté, DGA
Isabelle Bélisle, DSI
Jocelyn Bergeron, représentant des usagers
Alain Bourassa, chef des installations matérielles
Myriam Chavrette, conseillère gestion de la présence au travail
Jacqueline Vachon, conseillère en soins infirmiers
Catherine Bodrique-Boisvert, assistante chef intérim en physiothérapeute
Valérie Vermette, DSR par intérim

COMITÉ D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Isabelle Bélisle, DSI
Sr Martine Côté, DGA
Johanne Sauvé, coordonnatrice de l'agrément
Sylvie Delorme, chef du département de la pharmacie
Catherine Brodrique-Boisvert, assistante chef intérim en physiothérapie
Nicole Soulard, chef de l'unité Oasis de Paix

COMITÉ DES SOINS CENTRÉS SUR L'USAGER ET SA FAMILLE

Isabelle Bélisle, DSI
Sr Martine Côté, DGA
Carole Chouinard, infirmière
Cindy Janette-Hector, nutritionniste
Stéphanie Marcil, chef d'unité
Diane Piché, membre comité des usagers
Nicole Soulard, chef de l'Oasis de Paix
Johanne Sauvé, coordonnatrice de l'agrément
Valérie Vermette, DSR intérimaire
Josée Allard, chef des ressources humaines
Dre Katherine-Ann Dupuis
Réjean Léveillé, président comité des usagers
Alain Bourassa, chef des installations matérielles
Sergio Iacussa, représentant des usagers

FAITS SAILLANTS DE CERTAINS COMITÉS

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le comité, soutenu par une consultante en éthique clinique, a tenu 7 rencontres régulières. Les travaux ont porté sur les sujets suivants :

- Consultation sur des enjeux éthiques : le comité a répondu à des demandes portant sur divers sujets.
- Rencontre avec les visiteurs d'Agrément Canada dans le cadre de la visite. L'ensemble des critères relatifs à l'éthique ont été jugés conformes.
- Contribution à la révision des Règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique (en cours).
- Contribution à la révision du code d'éthique de l'établissement (en cours).
- Éducation et développement au regard de l'éthique : une formation portant sur les enjeux de l'aide médicale à mourir a été donnée aux intervenants des soins palliatifs et une conférence-midi intitulée La maltraitance et enjeux éthiques a été offerte à l'ensemble des employés.
- Démarches effectuées pour assurer la visibilité du comité d'éthique : la révision du formulaire et de la procédure de demande de consultation au comité ont été effectuées.
- Contribution aux démarches pour la mise sur pied d'un groupe interdisciplinaire de soutien aux soins palliatifs.

COMITÉ GESTION DES RISQUES

Au cours des six rencontres de l'année, les membres du comité ont abordé plusieurs sujets, notamment :

- Les présentations statutaires suivantes :
 - Les incidents et accidents, en particulier les résultats du tableau de bord, les événements avec conséquence majeure/sentinelle et la divulgation des accidents.
 - Les faits saillants des comités partenaires (comité des mesures d'urgence, comité de santé et sécurité au travail, comité sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, comité de prévention des infections).
 - Les infections nosocomiales (Clostridium difficile, bactéries multirésistantes, éclosions, résultats des audits).
 - Les alertes, les avis et les rappels reçus et traités dans l'établissement.
- Le suivi de plusieurs dossiers relatifs à la sécurité des usagers, dont le processus interdisciplinaire de congé, le protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale, le protocole d'utilisation des mesures de contrôle, le suivi des travaux de préparation à la visite d'Agrément Canada, les événements en lien avec la médication aux soins palliatifs, la prévention des chutes.
- Le règlement sur la divulgation des accidents ainsi que les procédures de déclaration des incidents/accidents et de gestion des événements sentinelle.
- L'analyse prospective relative au déplacement des patients avec oxygène.
- Les activités de la Semaine nationale de la sécurité des patients, au cours de laquelle une dizaine de kiosques d'information ont été tenus, de même qu'une campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains.

Le CGR a émis et effectué le suivi des recommandations visant à améliorer la sécurité des usagers relative aux chutes et aux événements liés à la médication, ainsi qu'un événement relié à la clientèle vulnérable.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le comité a tenu 3 réunions au cours de l'année. Les objectifs suivants ont été réalisés :

- Maintien des compétences du personnel au regard du programme de prévention des infections, en particulier l'hygiène des mains par des formations diverses.
- Révision du programme de prévention et contrôle des infections selon les données probantes, notamment les procédures relatives à la grippe et les nouvelles lignes directrices relatives aux entérobactéries productrices de carbapénémases.
- Surveillance des agents infectieux (Clostridium difficile, bactéries multirésistantes, grippe, gastroentérite infectieuse d'allure virale) et l'analyse des données de surveillance tel que prévu au programme de l'établissement.
- Suivis relatifs à la Campagne québécoise des soins sécuritaires - prévention des infections.
- Participation aux volets sur la prévention des bactéries multirésistantes et la prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters. Plusieurs audits ont été réalisés en conformité avec la campagne.
- Contribution à la mise en place du programme de surveillance de l'usage des antibiotiques et de parrainage des anti infectieux.
- Élaboration du programme de gérance des antimicrobiens selon les normes d'Agrément.
- Transmission au personnel des taux d'infection du Clostridium difficile et des résultats des audits d'hygiène des mains.
- Diffusion des résultats par divers moyens : communiqués, affiches sur les unités de soins, moniteurs.
- Participation à l'analyse des priorités au regard des normes de prévention des infections d'Agrément Canada.
- Appui des suggestions du groupe de travail qui a comparé les pratiques de l'établissement aux normes d'agrément.

COMITÉ DES SOINS CENTRÉS SUR L'USAGER ET SA FAMILLE

Le comité de pilotage a procédé à l'évaluation des pratiques en matière de soins centrés sur le patient et sa famille, élaboré un plan d'implantation et priorisé celles à développer dans un premier temps.

La mission, la vision et les valeurs ont été ajustées selon cette approche. Une vidéo a été réalisée et est maintenant disponible sur le site Web de l'hôpital. Elle a été présentée lors de la Semaine nationale de la sécurité des patients lors des séances de formation sur l'approche relationnelle à l'automne 2017 et est présentée lors des demi-journées d'accueil des nouveaux employés.

Le questionnaire de satisfaction de la clientèle a été revu en tenant compte des exigences d'Agrément Canada, selon les valeurs de l'hôpital et aussi en tenant compte des résultats obtenus lors d'une consultation auprès d'une soixantaine de patients tant en réadaptation qu'en soins palliatifs. Il est en vigueur depuis le 1er avril 2018 et a maintenant la forme d'un sondage expérience patient.

Les travaux en vue d'élaborer une politique sur les droits et responsabilités des usagers et leurs proches, les heures de visite et le code d'éthique sont en cours.

Nous avons rencontré une soixantaine d'usagers en réadaptation et soins palliatifs afin de réviser les descriptions de fonctions, les grilles d'entrevue et les tests d'embauche pour ce qui est des compétences et habiletés attendues des nouveaux employés de l'hôpital. Ces compétences / qualités recherchées seront intégrées dans les documents s'y rattachant.

Pour ce qui est de l'affichage sur les unités de soins et partout dans l'hôpital, nous avons rencontré des usagers pour évaluer la pertinence, la qualité des affichages et avons visité plusieurs centres de la région de Montréal et dans la prochaine année, des recommandations seront déposées à la direction générale.

CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMMES-SERVICES

Exercice 2017-2018

	2017-2018	%	2016-2017	%
SANTÉ PHYSIQUE				
6606 - Centre de prélèvements	24,373 \$		25,348 \$	
6830 - Imagerie médicale	75,862 \$		74,115 \$	
7400 - Déplacement des usagers	414,294 \$		440,085 \$	
7553 - Nutrition clinique	599,393 \$		555,252 \$	
6051- Médecine	16,321,788 \$		15,700,284 \$	
6390 - Pastorale	149,939 \$		135,025 \$	
6564 - Psychologie	251,970 \$		270,610 \$	
6565 - Services Sociaux	501,303 \$		463,089 \$	
6804 - Pharmacie - Usag.hospitalisés	1,802,309 \$		1,561,954 \$	
6870 - Physiothérapie	2,805,050 \$		2,885,046 \$	
6880 - Ergothérapie	1,168,988 \$		1,126,631 \$	
Charges non réparties par programmes-services	(6,865) \$		65,830 \$	
Total : Santé physique	24,108,404 \$	68%	23,303,269 \$	66%
ADMINISTRATION				
7300 - Administration générale	2,265,074 \$		2,207,091 \$	
7320 - Administration des services techniques	168,846 \$		176,111 \$	
7340 - Informatique	214,584 \$		198,684 \$	
7900 - Sécuritaires	- \$		134,005 \$	
Charges non réparties par programmes-services	2,297 \$		22,698 \$	
Transfert des frais généraux	(20,399) \$		(23,196) \$	
Total : Administration	2,630,402 \$	7%	2,715,393 \$	8%
SOUTIEN AUX SERVICES				
6000 - Administration des soins	426,173 \$		436,735 \$	
7530 - Réception /Archives/ Télécommunications	555,842 \$		566,517 \$	
7554 - Alimentation - Autres	3,235,935 \$		3,268,082 \$	
7600 - Buanderie et lingerie	338,165 \$		352,468 \$	
Charges non réparties par programmes-services	10,022 \$		13,968 \$	
TOTAL : Soutien aux services	4,566,137 \$	13%	4,637,770 \$	13%
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES EQUIPEMENTS				
7640 - Hygiène et salubrité	1,216,439 \$		1,226,534 \$	
7650 - Gestion des déchets biomédicaux	2,099 \$		2,052 \$	
7700 - Fonctionnement des installations	1,035,900 \$		1,053,015 \$	
7710 - Sécurité	362,338 \$		348,503 \$	
7800 - Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier /Équipements	1,682,267 \$		2,038,108 \$	
Transfert des frais généraux	(93,473) \$		(124,529) \$	
TOTAL : Gestion des bâtiments et des équipements	4,205,570 \$	12%	4,543,683 \$	13%
TOTAL : Charge encourues par programmes-services	35,510,513 \$	100%	35,200,115 \$	100%

Pour plus de renseignements sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport annuel AS-471 publié sur le site internet de l'Hôpital Marie-Clarac.

Équilibre budgétaire

Le résultat du fonds d'exploitation pour l'exercice se terminant le 31 mars 2018 se solde par un surplus de 460 253 \$.

Contrats services

Selon la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement n'a conclu aucun contrat de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus au cours de l'exercice financier 2017-2018.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les droits et obligations des membres du conseil d'administration.
- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

DROITS ET OBLIGATIONS GÉNÉRALES

- Le membre du conseil d'administration a l'obligation de :
 - Témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
 - Assister aux réunions du conseil. Au cas contraire, il doit justifier son absence par écrit ou par téléphone.
 - Agir avec intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité dans l'exercice de ses fonctions.
 - Faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.
 - Préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions d'une réunion du conseil.
- Le membre du conseil d'administration a le droit de vote dans les réunions du conseil.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

MESURES PRÉVENTIVES

- Le membre du conseil d'administration doit :
 - Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
 - Dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
 - Faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques, à cet effet, le membre doit transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement.
 - Sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
 - Déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts personnels ou pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.
 - Déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts personnels ou pécuniaires.

S'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration ou de l'établissement, il a l'obligation de :

- Dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général.
- S'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question sur un sujet pouvant constituer un conflit d'intérêts est débattue.

SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Le membre du conseil d'administration doit :
 - Éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
 - Prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
 - S'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
 - Sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts.
- Lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, il doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
- Un membre du conseil d'administration est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés.
- Un membre n'est pas indépendant comme membre du conseil d'administration pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- Le membre du conseil d'administration ne doit pas :
 - Tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
 - Accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
 - Faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement avantage pour lui-même ou pour autrui.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas :
 - Solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
 - Offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
 - Le directeur général ne peut recevoir, outre que sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les cas prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

RÉGIME DE SANCTIONS

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la Loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le premier vice-président du conseil d'administration.
- Le président ou le premier vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête concernant la situation ou les allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au premier vice-président du conseil d'administration.
- Le président ou le premier vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci concernant les manquements reprochés.
- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la Loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation.
- Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Premier : Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

Deuxième : Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle.

Troisième : L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chaque membre du conseil d'administration ainsi qu'à toute personne qui en fait la demande.

Quatrième : Le présent code doit être publié dans le rapport annuel. Le rapport annuel doit faire état :

- a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
- b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
- c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuës de la charge de ses fonctions.

DÉCLARATION SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE

En regard du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, aucun manquement n'a été constaté au cours de l'année 2017-2018.

En effet, aucune décision et sanction n'ont été imposées à un membre du conseil de même qu'il n'y a eu aucune révocation ou suspension.

ANNEXE 2

ENGAGEMENT PERSONNEL DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Hôpital Marie-Clarac et je m'engage à m'y conformer.

Sœur Martine Côté

Sœur Martine Côté, présidente

28 juin 2018

Date

M. Samir Naoum

M. Samir Naoum, vice-président

28 juin 2018

Date

Sœur Pierre Anne Mandato

Sœur Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière

28 juin 2018

Date

Sœur Claire L. Croteau

Sœur Claire L. Croteau, administratrice

28 juin 2018

Date

Mme Marie-Hélène Desrosiers

Mme Marie-Hélène Desrosiers, administratrice

28 juin 2018

Date

M. Michael Fratianni

M. Michael Fratianni, administrateur

28 juin 2018

Date

Sœur Marie-Josée Marcoux (Lise)

Sœur Marie-Josée Marcoux, administratrice

28 juin 2018

Date



Hôpital
Marie-Clarac

DES SŒURS DE CHARITÉ DE SAINTE-MARIE

RAPPORT ANNUEL
2017-2018

Numéro 1245-2645