

Rapport annuel 2024-2025

Hôpital Marie-Clarac
des Sœurs de Charité de Sainte-Marie



Au cœur
de vos
besoins!

● 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	6
Historique de l'hôpital	6
Mission - Vision - Valeurs – Objectifs 2024-2025	7
Structure organisationnelle	8
Planification stratégique 2021-2026	8
Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	11
Sécurité et qualité des soins et services	11
Examen des plaintes et la promotion des droits des usagers	13
Agrément	13
Satisfaction de la clientèle – Bilan 2024-2025	13
Rapport sur les soins de fin de vie	15
Directions & services	17
Direction générale	18
Direction des services cliniques	19
Direction des services professionnels et hospitaliers	22
Direction des ressources humaines	26
Direction des services techniques	28
Direction des ressources financières et informationnelles	31
Charges encourues par programmes-services	34
Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac	35
Liste des conseils et comités de l'établissement	37
Faits saillants de certains comités	38
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	41
Annexe 2 : Engagement personnel des membres du conseil d'administration	44

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale



Sœur Pierre Anne Mandato



Sœur Martine Côté

Rapport Annuel de la Direction Générale 2024-2025

C'est avec une immense fierté et une profonde reconnaissance que nous vous présentons le rapport annuel de l'Hôpital Marie-Clarac pour l'exercice 2024-2025. Cette année a été marquée par des défis importants, mais aussi par des réalisations significatives qui témoignent de notre engagement à offrir des soins et des services spécialisés de qualité en réadaptation et en soins palliatifs. Dans la lignée de notre plan stratégique, notamment pour l'objectif d'amélioration de l'interdisciplinarité, nous avons modifié la structure et réorganisé les différents services cliniques. L'expérience et l'évaluation de cette nouvelle structure nous ont permis de constater que celle-ci n'était pas optimale. C'est pourquoi, en cours d'année, des réflexions ont été amorcées avec les parties prenantes directes afin de proposer un nouvel organigramme pour la prochaine année. Malgré qu'il reste encore beaucoup à faire, grâce à la collaboration de tous nos partenaires et à la dévotion de notre personnel, nous avons pu atteindre la majorité de nos objectifs et continuer à améliorer la qualité de vie de nos usagers.

Objectifs et Réalisations

Les principaux objectifs de la Direction Générale pour l'année 2024-2025 ont été de développer l'interdisciplinarité, d'optimiser les interventions et les ressources, de diminuer la durée moyenne de séjour des usagers, d'augmenter le taux d'occupation afin de répondre aux besoins du réseau et de la population et par le fait même, d'atteindre l'équilibre budgétaire. Les bilans montrent des avancées importantes dans la collaboration interdisciplinaire et notre offre de services interdisciplinaires se clarifie progressivement. Des travaux ont été amorcés par des comités afin de favoriser le développement des meilleures pratiques en interdisciplinarité, notamment la communication et le plan d'intervention individuel (PII).

Défis et Innovations

La pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé a continué de poser des défis importants. Cependant, des efforts significatifs ont été déployés pour optimiser le recrutement et la rétention du personnel, centraliser la gestion de la formation, et mettre en place les nouvelles conventions collectives. Le développement et l'adaptation des infrastructures, ainsi que l'acquisition de nouvelles technologies pour améliorer les pratiques cliniques et administratives, ont été des priorités essentielles.

Collaboration et Partenariats

La collaboration avec nos partenaires et le MSSS a été renforcée pour mettre en valeur la mission de réadaptation et la mission de soins palliatifs de l'Hôpital Marie-Clarac. Des interventions ont été réalisées pour améliorer la communication et favoriser le rayonnement de l'hôpital. Malgré les défis rencontrés, nous sommes fiers de terminer l'année en équilibre budgétaire, grâce à une gestion efficace et à l'optimisation des ressources.

Conclusion

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui ont contribué à nos succès cette année. Un immense merci à notre personnel dévoué, aux gestionnaires compétents, aux médecins passionnés, à nos bénévoles engagés et à nos précieux partenaires. Votre engagement, votre collaboration et votre soutien ont été essentiels pour surmonter les défis et atteindre nos objectifs.

Ensemble, nous avons prouvé notre résilience et notre capacité à offrir des soins de qualité. Nous sommes fiers de ce que nous avons accompli et nous sommes déterminés à continuer à améliorer nos services pour répondre aux besoins de notre communauté avec compassion et excellence. Merci à tous pour votre confiance et votre dévouement.

Sr Pierre Anne Mandato
Présidente du conseil d'administration

Sr Martine Côté
Directrice générale

● Déclaration de fiabilité des données

Hôpital
Marie-Clarac

DES SŒURS DE CHARITÉ DE SAINTE-MARIE



Juin 2025

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2024-2025 de l'Hôpital Marie-Clarac :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2025.

A handwritten signature in blue ink that reads "Sœur Martine Côté".

Sœur Martine Côté
Directrice générale

● Présentation de l'Hôpital Marie-Clarac

HISTORIQUE DE L'HÔPITAL

1965

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.

1985

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.

2007

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

2011

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.

2012

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.

2014

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

2015

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

2016

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.

Au fil des ans, l'Hôpital Marie-Clarac a développé une solide expertise en réadaptation, en soins postaigus et en soins palliatifs. Il a comme principal but d'assurer à ses usagers des soins et des services sécuritaires de qualité, de façon continue, en lien avec toutes les ressources.

2017

Depuis septembre 2017, ses lits de réadaptation sont dédiés aux CIUSSS et CISSS partenaires répartis selon les besoins en réadaptation fonctionnelle intensive et en soins postaigus selon les besoins du réseau.

2021

En avril 2021, les lits dédiés au CISSS des Laurentides ont été attribués au CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. Les lits de réadaptation sont donc répartis comme suit:

Lits dédiés pour la couronne de Montréal			
CIUSS partenaires	RFI	PA	Total
CIUSSS Est-de-l'île-de-Montréal	54	37	91
CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal	38	12	50
CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	11		11
Total	92	60	152

Répartition des lits	
Programme RFI	118
Programme de soins postaigus	63
Lits surnuméraires	11
Programme de soins palliatifs	36
Total	228

Lits dédiés pour la couronne Nord de Montréal			
CISSS partenaires	RFI	PA	Total
CISSS de Laval	15	14	29
CISSS de Lanaudière	11	0	11
Total	26	14	40

MISSION

En réadaptation et en soins palliatifs, notre mission est d'offrir des soins et des services spécialisés de qualité, centrés sur la personne et ses proches, en collaboration avec nos partenaires.

VISION

Être un chef de file en réadaptation et en soins palliatifs par notre approche humaine et innovante au cœur des besoins de la clientèle.

VALEURS

Les valeurs, formant l'acronyme RICHE, incarnées par l'hôpital sont partagées par l'ensemble du personnel, les médecins et les bénévoles. Elles se traduisent au quotidien :



OBJECTIFS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE 2024-2025

1. Avoir mis en place une main d'œuvre qualifiée et suffisante en conformité à la loi 10 et aux nouvelles conventions collectives.

- S'approprier et mettre à application des nouvelles conventions collectives.
- Recruter et doter du personnel afin d'assurer la conformité à la Loi 10.
- Compléter les équipes à la DST.

2. Avoir développé l'interdisciplinarité par la concertation des décisions cliniques afin d'améliorer la qualité des services et des soins offerts aux usagers.

- Optimiser les interventions et ressources déployées.
- Diminuer de la durée moyenne de séjour de l'épisode de soins en ayant un processus de PII fonctionnel avec l'implication de l'Usager.
- Participer au projet PPCC avec le MSSS.

3. Avoir mis à jour notre offre de services interdisciplinaires pour nos 2 programmes (réadaptation et soins palliatifs).

- Créer un profil de ressource des 3 clientèles-types.
- Organiser les ressources.
- Mise à jour de l'offre de services.

4. Avoir poursuivi l'intégration de technologies de pointe dans les pratiques cliniques et administratives pour améliorer la communication, la gestion administrative, l'efficacité et la sécurité des soins.

- Déployer la plateforme Netlift pour le suivi des transports de spécimens.
- Déployer la gestion des fournitures de bureau via le logiciel GRM.
- Poursuivre l'implantation de logiciel et d'outils informatiques :
 - Prescripteur et FADMe
 - Progisant
 - SSISS
 - Tableau de bord (entrepôt de données)

5. Avoir optimisé la gestion des opérations de l'organisation par la mise à jour et la mise en place de politiques et de procédures internes basées sur les meilleures pratiques.

- Poursuivre la mise à jour des politiques et procédures de gestion.
- Mettre à jour le plan d'organisation.
- Centraliser la gestion de la formation à la DRH.
- Réviser le plan de communication.
- Revoir le processus de gestion des risques.

6. Avoir atteint l'équilibre budgétaire.

- Se doter d'un plan directeur immobilier.
- Adopter un mode de gestion par portefeuille de projets pour la composante immobilière.
- Négocier la nouvelle entente avec Santé Québec au temps opportun.

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 cliniques, Direction des services professionnels et hospitaliers, Direction des ressources financières et informationnelles et Direction des ressources humaines et Direction des services techniques.

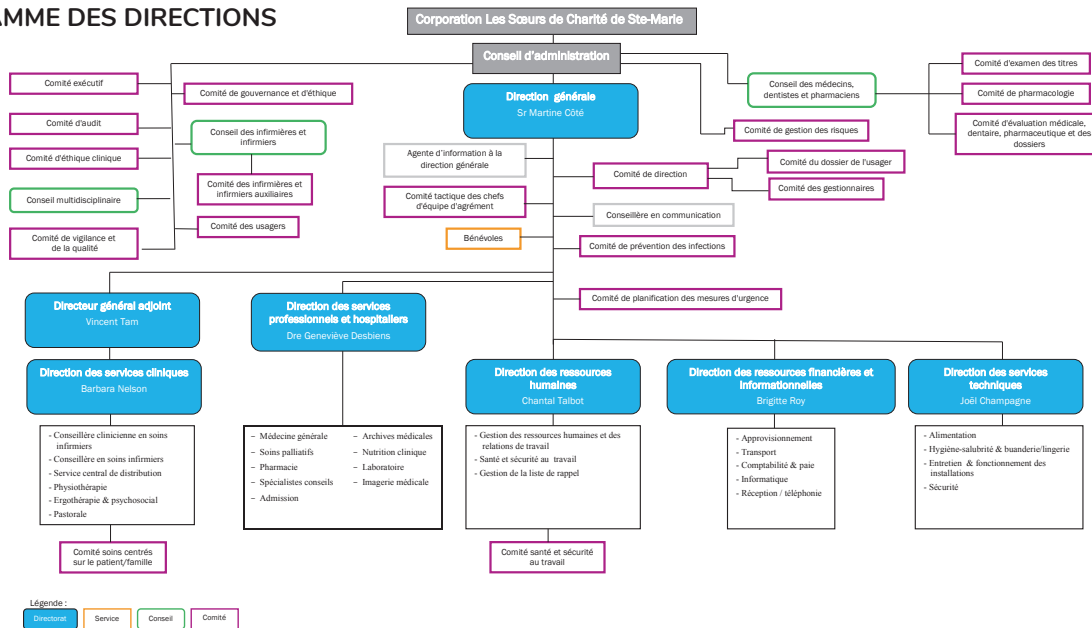
Le comité de direction regroupant l'équipe des directeurs de l'hôpital se rencontre régulièrement afin de coordonner et de faire le suivi de l'ensemble des projets et des dossiers en cours, de s'assurer de l'atteinte des objectifs généraux et des objectifs respectifs de chaque direction.



MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION, DE GAUCHE À DROITE :

- M. Joël Champagne, directeur des services techniques
- Mme Guylaine Ouellet, agente d'information à la direction générale
- Dre Geneviève Desbiens, directrice des services professionnels et hospitaliers
- Sœur Martine Côté, directrice générale
- M. Vincent Tam, directeur général adjoint
- Mme Barbara Nelson, directrice des services cliniques
- Mme Chantal Talbot, directrice des ressources humaines
- Mme Brigitte Roy, directrice des ressources financières et informationnelles

ORGANIGRAMME DES DIRECTIONS



PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2021-2026

Dans le cadre de la planification stratégique 2021-2026, un regard collectif a été porté sur l'environnement interne de notre établissement, sur ses forces et faiblesses et une analyse a été réalisée de son environnement externe, des défis et opportunités qu'ils présentent. Ces démarches ont permis de dégager une compréhension commune des enjeux stratégiques auxquels notre établissement doit s'adresser au cours des prochaines années dans une perspective de pertinence toujours accrue.

Une orientation est énoncée pour chacun de ces enjeux de façon à préciser la spécificité dans laquelle notre mission, vision et nos valeurs nous amènent à nous adresser à cet enjeu.

Ces orientations se déclinent en objectifs stratégiques qui permettront d'assurer la synergie des efforts de tous et d'identifier les actions à mener au cours de chacune des prochaines années de même que les indicateurs de suivi à y associer.

1. Une main-d'œuvre adaptée aux besoins de la clientèle dans un environnement sain, attrayant et dynamique.

- 1.1 Mettre en place des stratégies novatrices d'attraction de la main-d'œuvre visant notamment les expertises requises par la complexité des clientèles.
- 1.2 Intégrer le nouveau personnel au sein de l'établissement par des moyens de soutien qui perdurent dans le temps.
- 1.3 Actualiser le développement complet du programme de reconnaissance du personnel visant la consolidation du sentiment d'appartenance, la mobilisation et l'investissement au travail.
- 1.4 Veiller au développement des compétences du personnel notamment pour les clientèles complexes.
- 1.5 Réévaluer systématiquement le partage des tâches et favoriser l'utilisation optimale de la main-d'œuvre.
- 1.6 Définir des modes de communications internes efficaces et les mettre en œuvre afin de contribuer à la mobilisation du personnel.
- 1.7 Assurer la relève des cadres.

2. Intensifier l'interdisciplinarité dans l'ensemble des services à la clientèle.

- 2.1 Intégrer les médecins à l'ensemble des équipes.
- 2.2 Développer l'interdisciplinarité par la concertation des décisions cliniques.
- 2.3 Intégrer l'interdisciplinarité dans toutes les formations prévues au plan de développement des ressources humaines (PDRH) qui s'y prêtent.
- 2.4 Consolider l'approche adaptée à la personne âgée.

3. Un partenariat porteur pour la clientèle

- 3.1 Adapter les continuums de soins et de services en collaboration avec nos partenaires institutionnels, communautaires, bénévoles, usagers, et familles.
- 3.2 Développer des partenariats en appui au développement de compétences spécifiques.
- 3.3 Favoriser l'accès à des consultants notamment en psychogériatrie et en santé mentale.
- 3.4 Intégrer l'approche de l'utilisateur partenaire et intensifier les communications avec l'utilisateur et sa famille.

4. Développer et adapter les infrastructures en réponse aux besoins et attentes évolutifs de la clientèle ainsi qu'en appui aux meilleures pratiques.

- 4.1 Adapter les espaces et équipements pour offrir de nouveaux services en réponse aux besoins et attentes évolutifs des usagers et de leurs proches.
- 4.2 Rehausser la sécurité des installations en y accentuant la prévention et le contrôle des infections.
- 4.3 Acquérir et déployer de nouvelles technologies de l'information en appui aux meilleures pratiques cliniques et administratives.

5. Favoriser la visibilité et le rayonnement de l'Hôpital Marie-Clarac auprès du public et de ses partenaires.

- 5.1 Définir la notoriété de l'établissement et mettre en place des stratégies permettant d'assurer la visibilité et le rayonnement de l'établissement.

6. Se distinguer par la qualité de nos soins et de nos services par l'intégration constante des meilleures pratiques.

- 6.1 Promouvoir une culture de qualité et de sécurité dans les activités de l'établissement.
- 6.2 Rendre l'expérience-usager et celle de ses proches la plus sécuritaire et la plus agréable possible.
- 6.3 Favoriser l'utilisation des données probantes / meilleures pratiques.
- 6.4 Évaluer les pratiques cliniques et administratives et rendre compte de la qualité et de la gestion efficaces des ressources afin de répondre aux besoins évolutifs de la clientèle.



● Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

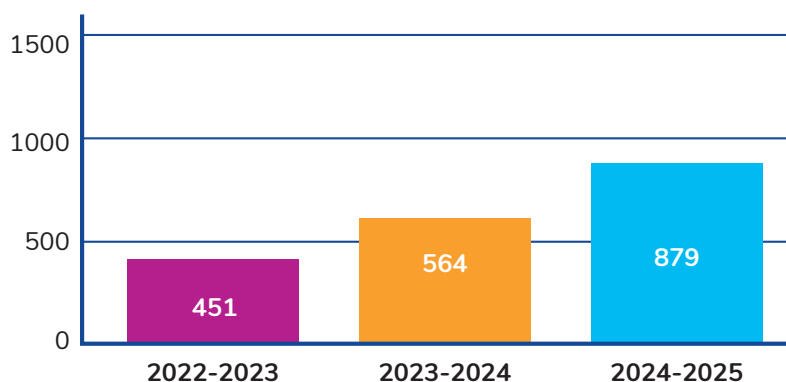
Promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents

Des actions visant à promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et accidents ont été effectuées de différentes façons. Entre autres, de la sensibilisation a été effectuée auprès des équipes et la participation des assistantes-infirmières-chefs et des infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat (ICASI) à l'analyse des événements a contribué à la recherche et l'application de mesures préventives auprès des usagers. De plus, dans le cadre des activités de la *Semaine nationale de la sécurité des patients* qui s'est tenue du 28 octobre au 1er novembre 2024, un affichage sur la déclaration et la divulgation a été réalisé, des messages quotidiens sur la sécurité ont été acheminés à tout le personnel et une activité où des défaillances de sécurité dans une chambre d'usager devaient être identifiés.

Données relatives à la déclaration d'incidents et d'accidents

Au cours de l'année, 879 déclarations d'incidents et d'accidents ont été saisies dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS).

NOMBRE DE DÉCLARATIONS SAISIES PAR EXERCICE FINANCIER

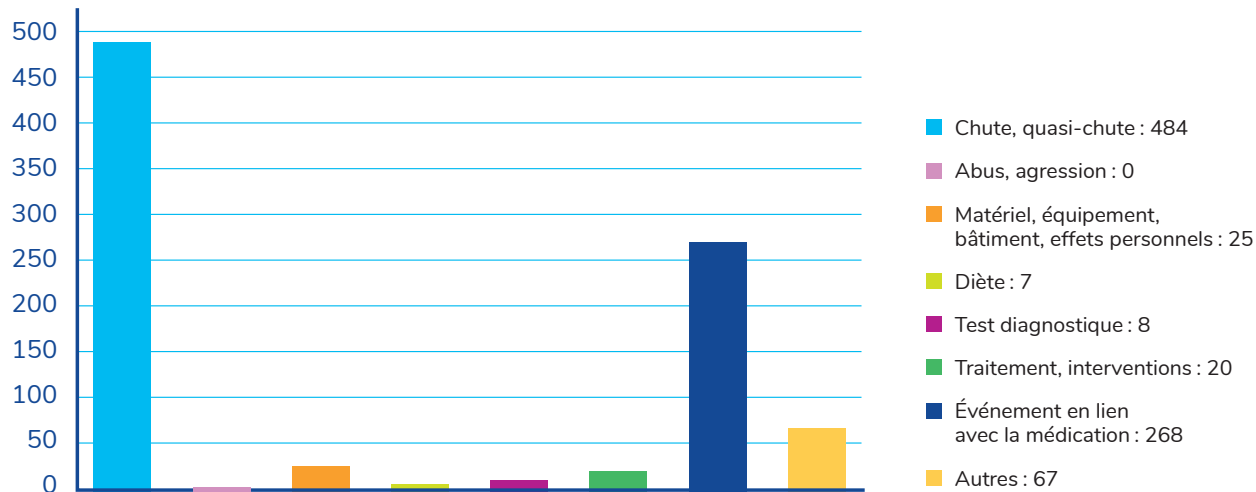


On note une hausse des déclarations des événements indésirables au cours de l'année, comparativement aux années précédentes. La sensibilisation à cet égard a donné des résultats satisfaisants et la promotion de la déclaration et de la divulgation des événements se poursuivra cette année.

NOMBRE ET POURCENTAGE D'INCIDENTS ET ACCIDENTS

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NOMBRE	%
Incident	133	15,1
Accident	746	84,9
Total	879	100 %

NOMBRE DE DÉCLARATIONS PAR TYPE D'ÉVÉNEMENT



Types d'incidents

Les incidents réfèrent à des situations qui n'entraînent pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager (indice de gravité A et B).

INCIDENTS PAR GRAVITÉ A ET B (NOMBRE ET POURCENTAGE)

A	B	TOTAL
42	91	133
32 %	68 %	100 %

Les trois principaux types d'incidents sont les suivants :

PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Événements en lien avec la médication	97	73 %	11 %
Autre	16	12 %	2 %
Chutes/quasi-chutes	6	4,5 %	0,7 %

Types d'accidents

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 (indice de gravité C à I).

Les accidents de gravité C et D n'entraînent pas de conséquences sur l'usager. Ils comptent pour 73,1% des accidents déclarés. Les accidents de gravité E1 à I ont des conséquences sur l'usager (26,9%).

C	D	E1	E2	F	G	H	I	TOTAL
333	215	178	4	15	0	0	1	746
44,5 %	28,9 %	24 %	0,5 %	2 %	0 %	0 %	0,1 %	100 %

Les trois principaux types d'accidents sont les suivants :

PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (3)	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ACCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Chutes/quasi-chutes	478	64 %	54,3 %
Événements en lien avec la médication	171	23 %	19,4 %
Autres	51	6,8 %	5,8 %

Dans le but d'améliorer les pratiques et de réduire les incidents et les accidents, plusieurs actions ont été réalisées. De nombreux indicateurs de qualité ont fait l'objet de suivis en cours d'année et des ajustements ont été mis en œuvre en fonction des résultats. Entre autres, des audits au regard de l'application du programme de prévention des chutes ont été réalisés. Ils ont permis de faire ressortir les forces, les améliorations requises, l'importance du jugement clinique infirmier et de la communication pour prévenir les chutes. Une formation sur la prévention des chutes a également été donnée à tout le personnel des soins infirmiers. Le déploiement du prescripteur et de la FADM électroniques a été réalisé sur toutes les unités de soins, ce qui permet une sécurité médicamenteuse plus optimale. De la sensibilisation a été réalisée concernant les événements les plus fréquents, soit les omissions, les erreurs de dose/débit et les médicaments trouvés. Les autres types d'événements déclarés ont fait l'objet d'un suivi afin de réduire leur occurrence.

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

L'utilisation des mesures de contrôle auprès des usagers est une instance de dernier recours. Il ressort de l'évaluation annuelle qu'aucune mesure de contrôle n'a été appliquée. La révision du protocole interdisciplinaire est prévue ultérieurement.

Recommandations du coroner

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

EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Il est possible, pour la population, d'accéder aux informations du rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers et le respect de leurs droits dans le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits du CIUSSS via le lien sur notre site web sous la page : commissaire aux plaintes.

AGRÉMENT

Lors de la visite de novembre 2022, l'établissement s'est vu attribuer un agrément avec mention. La conformité aux pratiques organisationnelles requises était de 100% au moment de la visite. Depuis, l'établissement maintient son engagement envers le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services, et les travaux continuent en ce sens. Les activités de planification et de préparation à la visite de 2026 ont débuté, entre autres des rencontres de préparation avec les différentes directions de l'établissement ont eu lieu. Le sondage sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité est prévu très prochainement, de même que les autoévaluations relatives aux normes, ce qui permettra de mettre en œuvre des actions en vue de poursuivre l'atteinte des standards de qualité et de sécurité d'Agrément Canada.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE – BILAN 2024-2025

Cette année, 202 usagers ont répondu au questionnaire d'appréciation mis à leur disposition, tant en réadaptation qu'en soins palliatifs. Ce résultat témoigne d'un engagement croissant des usagers à partager leur expérience, permettant ainsi à l'établissement de mieux cibler les forces et les aspects à améliorer. L'implication continue des membres du comité des usagers, qui facilitent la collecte des réponses à l'aide d'un portable, contribue grandement à ce succès. Les résultats détaillés sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

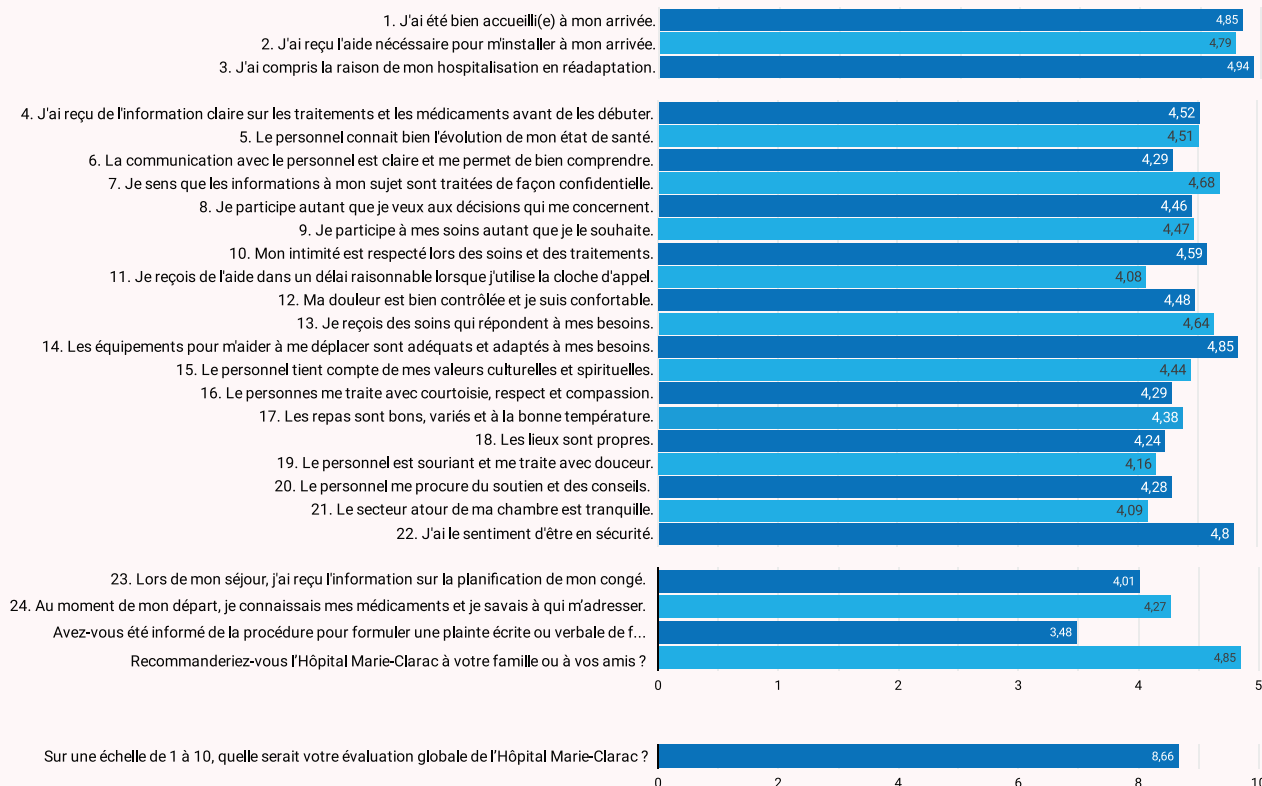
Hôpital Marie-Clarac

Nombre de répondants: 170

1 avr. 2024 - 31 mars 2025

Usager et ses proches, Réadaptation

Formulaire mis à jour le 28/05/2024



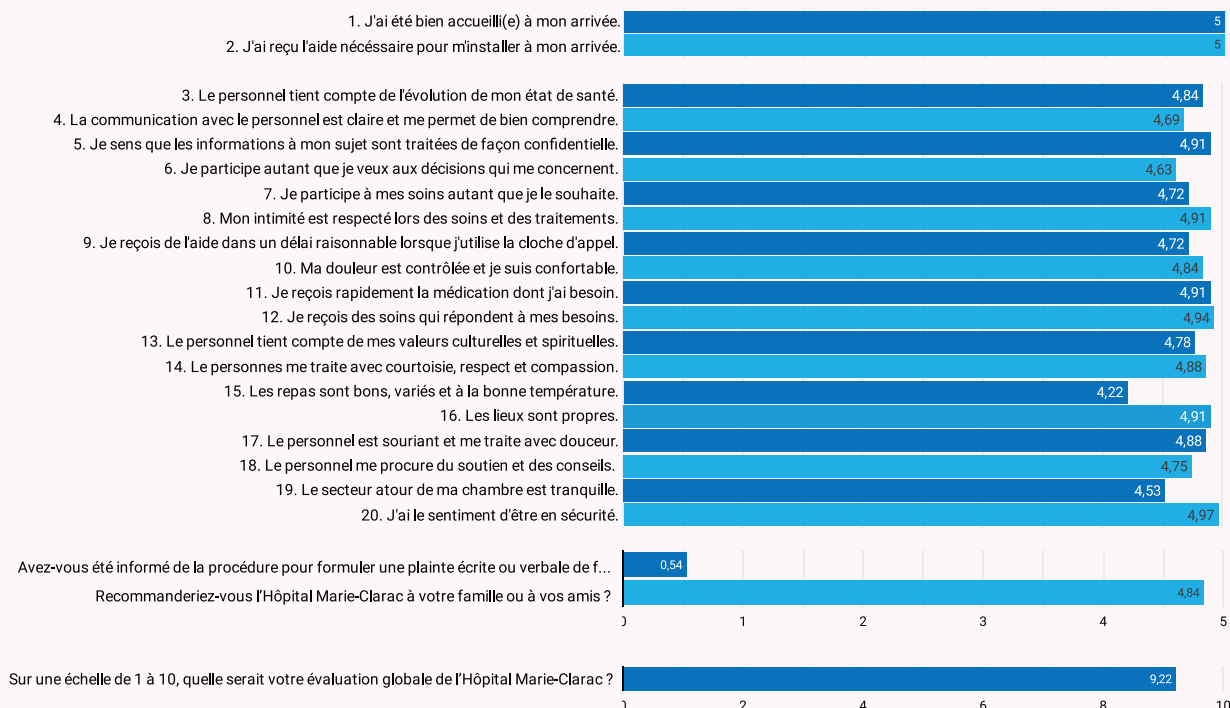
Hôpital Marie-Clarac

Nombre de répondants: 32

1 avr. 2024 - 31 mars 2025

Oasis de paix, soins palliatifs

Formulaire mis à jour le 23/05/2024



● Rapport 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 est dotée d'une politique interne dans le but de :

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

Le tableau ci-dessous traduit bien le nombre d'usagers en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs dans notre établissement couvrant la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025.

DU 1 ^{ER} AVRIL 2024 AU 31 MARS 2025	
NOMBRE DE PERSONNES EN FIN DE VIE AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS	415
DU 1 ^{ER} AVRIL 2024 AU 31 MARS 2025	
NOMBRE DE SÉDATIONS PALLIATIVES CONTINUES ADMINISTRÉES	20
NOMBRE DE DEMANDES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR FORMULÉES	23
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES À L'HÔPITAL MARIE-CLARAC	13
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR QUI N'ONT PAS ÉTÉ ADMINISTRÉES ET LES MOTIFS LE JUSTIFIANT*	10
NOMBRE D'USAGERS TRANSFÉRÉS POUR AIDE MÉDICALE À MOURIR	0

*Motifs justifiant la raison pour laquelle l'aide médicale à mourir n'a pas été administrée :

- Usager décède avant la fin du processus de d'aide médicale à mourir (1)
- Usager opte finalement pour une sédation palliative (3)
- Demande retiré par l'utilisateur (1)
- Usager décédé avant de recevoir l'AMM (4)
- Perte d'aptitude avant l'administration de l'AMM (Aide médicale à mourir) et l'utilisateur n'avait pas signé un consentement en cas de perte d'aptitude (1)

Par le biais du rapport annuel de gestion de l'établissement, le rapport portant sur les soins de fin de vie est publié sur le site internet de l'hôpital et il est transmis à la Commission sur les soins de vie.

● Directions & services

DIRECTION GÉNÉRALE

COMMUNICATION

Au cours de la dernière année, mon rôle à l'Hôpital Marie-Clarac s'est déployé autour de trois pôles complémentaires : la stratégie de communication, la rédaction et la conception graphique. J'ai contribué à la définition et à la mise en œuvre d'orientations stratégiques visant à renforcer la cohérence, la clarté et l'impact des communications institutionnelles. À travers la rédaction de contenus adaptés et la création de visuels engageants, j'ai soutenu la diffusion efficace des messages sur l'ensemble des canaux internes et externes. Mon implication s'est également traduite par un accompagnement étroit des directions dans leurs projets spécifiques, en leur offrant un appui personnalisé pour répondre à leurs enjeux de communication, valoriser leurs initiatives et assurer une visibilité cohérente avec l'image de l'établissement. Cette approche intégrée a permis de renforcer la synergie entre les équipes et d'optimiser la portée des actions de communication à l'échelle de l'organisation.

L'année a été marquée par la poursuite des efforts visant à structurer et renforcer les communications sur les canaux stratégiques de l'organisation. Cela inclut notamment les courriels institutionnels, les interphones, les télévisions internes, Microsoft Teams, l'extranet. Ces vecteurs jouent un rôle central dans la circulation fluide de l'information, tant auprès des équipes que des usagers. J'ai également amorcé ou poursuivi la mise à jour de documents structurants tels que le plan de communication, les guides d'accueil pour les secteurs de soins palliatifs et de réadaptation, ainsi que divers feuillets d'information destinés à soutenir l'expérience patient. Le site web, les infolettres et les affichages institutionnels font également l'objet d'un travail continu visant à en améliorer la clarté, l'accessibilité et la cohérence. Ces efforts s'inscrivent dans une démarche progressive, orientée vers une meilleure intégration des outils, une harmonisation des messages et un renforcement de la visibilité des actions de l'Hôpital Marie-Clarac.

Projets marquants

Élaboration d'un plan de communication global

Conception d'un plan stratégique visant à renforcer l'ensemble des canaux de communication de l'HMC. L'objectif est d'assurer une diffusion harmonieuse des messages clés et une cohérence de l'image institutionnelle.

Exposition – 75 ans de la communauté des Sœurs de la Charité de Sainte-Marie

Organisation d'une exposition commémorative soulignant les 75 ans d'engagement et de dévouement de la communauté des Sœurs de la Charité de Sainte-Marie.

Optimisation des technologies de communication internes

Modernisation des outils de communication interne, incluant les télévisions et Microsoft Teams, afin d'améliorer la circulation de l'information de manière efficace et sécurisée.

Déploiement de la marque employeur

Mise en œuvre d'une stratégie de valorisation de la marque employeur pour attirer et fidéliser les talents, en mettant en lumière les valeurs et les avantages distinctifs de l'HMC.



Révision du guide d'accueil en réadaptation

Mise à jour du guide d'accueil destiné aux nouveaux usagers en réadaptation, afin d'en améliorer la clarté, la pertinence et l'accessibilité.

Projets marquants en collaboration avec les autres directions.

Direction des Services techniques (DST)

- Soutien à la mise en place du système informatique de gestion du stationnement et de la signalétique.
- Révision, mise à jour et optimisation des procédures d'urgence du service.

Direction des Ressources humaines (DRH)

- Déploiement de la stratégie de marque employeur.
- Conception et déploiement d'une campagne de recrutement numérique multicanal (Facebook, Instagram, LinkedIn), incluant la création d'une signature visuelle distinctive et d'une stratégie publicitaire ciblée.
- Création d'un formulaire numérique pour l'ajout de disponibilités destiné aux services de soins infirmiers, d'assistance et aux services auxiliaires.
- Développement d'un outil numérique accompagné de visuels attrayants pour dynamiser et simplifier les activités de recrutement.

Direction des Services cliniques (DSC)

- Mise en œuvre du Plan d'action national sur les effectifs infirmiers (PANEL) et création d'outils de communication.
- Développement de l'offre de services en soins palliatifs.
- Développement et mise en œuvre du projet de prise en charge précoce des cas complexes, visant à améliorer la trajectoire de soins et la coordination interdisciplinaire.
- Organisation des événements soulignant les 10 ans des soins palliatifs, dont un 5 à 7 commémoratif mettant en lumière les contributions de figures clés du milieu, à travers des interventions inspirantes.
- Conception de visuels thématiques pour la Semaine de la sécurité, visant à sensibiliser et mobiliser les équipes autour des bonnes pratiques en matière de prévention.
- Campagne de valorisation de l'offre de services en soins palliatifs, ciblant les partenaires des CIUSSS du Nord, de l'Est, du Centre-Sud et de Laval, afin de renforcer la collaboration et la référence des usagers.

Direction des Services Professionnels et Hospitaliers (DSPH)

- Élaboration d'une politique et d'une procédure d'admission clarifiant les critères d'admissibilité sécuritaire des usagers.
- Développement de projets de spécialisation pour l'Hôpital Marie-Clarac, incluant :
 - Un partenariat en orthopédie pour les arthroplasties en chirurgie d'un jour (CDJ) au Centre médical spécialisé (CMS).
 - Un projet en oncologie pour les clientèles atteintes de cancer métastatique sous traitement actif (pronostic de 3 mois à 1 an) et les clientèles en soins palliatifs.
 - Participation aux travaux interdisciplinaires sur les meilleures pratiques cliniques, en collaboration avec la DSC et la DRH.

SERVICE DE BÉNÉVOLAT

L'Hôpital Marie-Clarac a le privilège de compter sur une équipe de bénévoles dévoués, compétents et engagés afin de répondre à différents besoins de ses usagers autant en soins palliatifs qu'en réadaptation.

Faits saillants

Soins palliatifs

L'équipe de soins palliatifs de l'Oasis de Paix comprend vingt-cinq bénévoles, incluant deux nouveaux membres en formation. Leur rôle est crucial, offrant un soutien émotionnel et une écoute attentive aux usagers en fin de vie. Leur présence améliore significativement la qualité de vie des patients par leur empathie et leur réconfort. En collaborant étroitement avec le personnel soignant, ils contribuent à une approche holistique des soins, enrichissant l'établissement d'une dimension humaine. Les bénévoles transforment les aspirations des usagers en réalité, ils les aident à trouver leur sourire, chaque geste contribue à bâtir un monde où les rêves ne restent pas seulement des souhaits mais deviennent des réalisations. La générosité et le dévouement de ces bénévoles sont essentiels à la mission de l'Oasis de Paix.

Boutique cadeaux

La boutique de l'établissement est animée par seize bénévoles dévouées. Leur engagement quotidien crée un environnement accueillant pour les usagers, le personnel et les visiteurs. En plus de leur rôle dans la boutique, elles soutiennent financièrement la fondation de l'hôpital, contribuant ainsi à l'amélioration des services. Leur professionnalisme et leur solidarité envers les usagers témoignent de leur dévouement exceptionnel.

Pastorale

Composée de sept membres, l'équipe de la pastorale offre un soutien précieux à travers diverses activités comme la messe, l'art-thérapie, le jardinage et le karaoké. Ils organisent également des événements spéciaux tels que des présentations de danse folklorique, des chorales et des activités de jumelage avec les enfants de l'École Marie-Clarac favorisant des échanges intergénérationnels riches en émotion et en partage. Leur engagement contribue à une atmosphère chaleureuse et bienveillante dans l'établissement.

Comité des usagers

Le Comité des Usagers, avec ses quatre bénévoles, veille au respect des droits et de la dignité des usagers. Ils informent et sensibilisent les usagers à leurs droits, recueillent leurs commentaires et leurs suggestions à travers le questionnaire d'appréciation de séjours et collaborent avec l'administration pour une amélioration continue de nos services et de notre personnel. Ces questionnaires sont remplis via une tablette fournie aux bénévoles, permettant une collecte des données en temps réel et un accès instantané aux résultats par la Direction. Au total, 202 questionnaires de satisfaction ont été administrés en 2024-2025 :

- 170 dans les unités de réadaptation
- 32 en soins palliatifs

Leur dévouement est essentiel pour créer un environnement inclusif et respectueux.

Conclusion

Les bénévoles, par leur générosité, leur compassion et leur dévouement, jouent un rôle indispensable dans les divers secteurs de l'établissement, améliorant la qualité de vie des usagers et soutenant la mission de l'Hôpital Marie-Clarac. Nous exprimons notre profonde gratitude à ces personnes exceptionnelles qui, par leur présence et leur engagement, transforment chaque jour l'expérience de nos usagers et de leurs proches. Ensemble, nous continuons à travailler avec détermination pour offrir à nos usagers un environnement où le réconfort, la compassion et l'espoir sont omniprésents.

DIRECTION DES SERVICES CLINIQUES

Faits Saillants 2024-2025

Transformations organisationnelles

L'année 2024-2025 a connu des transformations significatives au sein de la Direction des Services Cliniques. Nous avons poursuivi la réorganisation initiée en 2023 par le conseil d'administration afin de mieux structurer les services et optimiser leur gestion.

Mai 2024 : Nomination de Barbara Nelson, Directrice des Services Cliniques, un poste nouvellement créé fusionnant la Direction des Services de Réadaptation et la Direction des Soins Infirmiers.

Janvier 2025 : Réorganisation des rôles et des responsabilités du personnel d'encadrement intermédiaire afin d'uniformiser les pratiques de gestion et favoriser l'efficacité organisationnelle. Les 4 unités de soins en réadaptation ont été regroupées, supervisées maintenant par 2 chefs et soutenues par 2 coordonnateurs de soirs et fins de semaine. Le service de réadaptation regroupant l'ergothérapie, la physiothérapie et les services psychosociaux a changé d'appellation pour devenir « les services multidisciplinaires ».

Afin d'assurer la continuité et la qualité des soins et services, une réorganisation rapide des équipes de soins infirmiers et multidisciplinaires a été essentielle, notamment dans le cadre de la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et de la réouverture de 24 lits en réadaptation.

Un comité de travail a aussi été créé afin de se pencher sur les façons d'optimiser le travail en interdisciplinarité.

Optimisation des soins infirmiers

Dans le cadre de l'amélioration des pratiques, nous avons poursuivi le déploiement du Plan d'Action National sur les Effectifs Infirmiers (PANEL), renforçant les rôles des ICASI, AIC, infirmiers et des infirmiers auxiliaires.

Dans une démarche d'amélioration continue, nous avons offert aux équipes diverses formations visant à soutenir la pratique infirmière, incluant :

- Développement du leadership des ASI
- Leadership infirmier
- Entrer en relation avec les patients et leur famille
- Maltraitance
- Soins de plaies
- Prévention des chutes
- RCR
- Évaluation, intervention et surveillance clinique des signes AINEES

Services multidisciplinaires

• Réaménagement du bureau principal d'ergothérapie

Le bureau principal d'ergothérapie a été entièrement rénové, avec une mise à jour des espaces incluant peinture, revêtement de sol et nouvel ameublement.

• Recrutement/départs

En ergothérapie : Bien que le service ait connu des départs, le nombre de professionnels est demeuré en équilibre avec de nouvelles embauches à temps complet.

En service social : Les efforts de recrutement continus nous ont permis d'avancer dans notre objectif d'éliminer la main d'œuvre indépendante.

En physiothérapie : Malgré d'importants efforts de recrutement, nous continuons à rencontrer des difficultés liées à la pénurie de personnel dans ce secteur.

Modernisation et Sécurité des soins et services

• Feuille d'Administration des Médicaments (FADM) et prescripteur électronique:

En collaboration avec la pharmacie, nous avons progressivement informatisé la feuille d'administration des médicaments. Bien que majeur, ce changement a été une réussite, améliorant la traçabilité, la sécurité et l'imputabilité de l'administration des médicaments.

• Soins palliatifs :

Afin d'optimiser l'information fournie à nos partenaires référents et à nos patients potentiels, nous avons révisé et mis à jour le Feuillet d'information sur les soins palliatifs de l'Hôpital Marie-Clarac.

De plus, plusieurs formations ont été offertes aux équipes de soins palliatifs sur différents sujets, incluant :

- Congrès des soins palliatifs
- Approche palliative
- Prévention et gestion des symptômes les plus courants en fin de vie
- Accompagner la vie jusqu'à la fin
- Aide médicale à mourir et sédation palliative continue : le rôle de l'infirmière

• Projet « Progisan » :

Nous avons terminé l'informatisation de la planification des rendez-vous en réadaptation pour les patients hospitalisés.

L'abandon des anciens « cartons » multicolores facilite désormais la communication entre les unités de soins et les équipes de réadaptation, permettant l'amélioration de l'anticipation et la préparation des patients à leurs séances de thérapie.

• Système Information des Laboratoires Provincial - Softlab (SILP)

Au cours de l'année 2024-2025, afin de pouvoir suivre l'évolution des outils de nos partenaires, nos équipes ont investi beaucoup d'efforts pour participer à la migration de l'ancien système de laboratoire « Omnitech » vers le système provincial « Softlab » (SILP).

Projets Structurants et Initiatives

• Projet de Prise en Charge Précoce :

Suite aux commentaires des patients et du personnel, nous avons mis en place un projet pilote visant à améliorer la planification des interventions et la communication interprofessionnelle.

Le projet a eu pour objectif une prise en charge par l'équipe interdisciplinaire dès le début du séjour du patient. Il visait aussi à mettre le patient et ses proches en mode participatif et collaboratif avec les intervenants impliqués quant à l'établissement d'objectifs de réadaptation.

Ce projet a permis de mettre en lumière des informations précieuses et de retirer des leçons apprises, renforçant la nécessité de revoir plus globalement le processus d'élaboration des plans d'interventions interdisciplinaires (PII).

• Analyse et amélioration des PII :

Une analyse initiale du processus d'élaboration des PII a été réalisée au printemps 2024.

Un groupe de travail multidisciplinaire a été mis en place en octobre 2024 pour identifier les meilleures pratiques auprès d'organisations similaires et proposer des améliorations adaptées à l'Hôpital Marie-Clarac.

Les travaux reprendront en 2025 avec pour objectif de renforcer l'efficacité et la collaboration dans l'élaboration des PII, et d'inclure davantage l'utilisateur dans ces processus.

Développement des compétences et accueil des stagiaires

L'accueil et l'encadrement des stagiaires jouent un rôle clé dans la formation, le transfert d'expertise et l'évolution des pratiques professionnelles. Malgré les efforts que cela demande à notre personnel, les bénéfices sont inestimables. L'accueil des stagiaires permet un renforcement du potentiel de recrutement et une valorisation du savoir-faire des intervenants de Marie-Clarac.

Nous exprimons notre profonde reconnaissance envers l'ensemble de notre personnel, qui contribue activement au succès de ces initiatives.

Catégorie	Provenance	#
Physiothérapie	Universités de Montréal et Sherbrooke	17
Infirmière	Collège Bois de Bologne	26
Infirmière auxiliaire	École des métiers spécialisées de Laval (EMS)	246
	École des métiers des Faubourgs de Montréal	61
	Centre des formations professionnelles des métiers de la santé Marguerite-Bourgeoys	18
	Collège CDI de Laval	11
Préposé aux bénéficiaires	École des métiers spécialisées de Laval (EMS)	6
	École des métiers des Faubourgs de Montréal	15
	Collège CDI de Laval	11
	TOTAL	394

Conclusion et Perspectives

2024-2025 a été marquée par des innovations stratégiques, une modernisation des pratiques et une réorganisation efficace des services.

2025-2026 sera une année de consolidation, avec la poursuite des initiatives en cours pour améliorer l'expérience des patients en soins palliatifs et en réadaptation. Nous poursuivrons nos efforts pour offrir des soins et services de qualité, favoriser une collaboration interdisciplinaire encore plus efficace et consolider nos innovations pour répondre aux besoins évolutifs de nos patients.



DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

La direction des services professionnels et hospitaliers gère le département de médecine générale, la pharmacie, l'admission, les archives, la nutrition clinique, la radiologie et les laboratoires. L'objectif principal de l'année 2024-2025 était de participer à la redéfinition des offres de service clinique avec les autres directions et d'améliorer le travail multidisciplinaire.

Faits saillants :

- Réouverture des lits fermés en réadaptation en raison du manque d'effectifs médicaux de 144 lits à 168 lits en ajoutant une sous-unité complète de 24 lits;
- Taux d'occupation en réadaptation de 77,7% comparativement à 55,9% en 2023-2024;
- Taux d'occupation aux soins palliatifs de 63,7% comparativement à 50,4% en 2023-2024;
- Durée moyenne de séjour en réadaptation de 41,54 jours soit, 49,39 jours pour les soins post-aigus et de 37,40 jours pour la RFI comparativement à 43.7 jours en 2023-2024;
- Durée moyenne de séjour en soins palliatifs de 20,8 jours comparativement à 20.8 en 2023-2024;
- Recrutement de 1 médecin en réadaptation;
- Réaffirmation de la mission et des enjeux en lien avec la prise en charge de certaines clientèles auprès des partenaires et du MSSS;
- Mise en place d'une politique et d'une procédure pour l'admission clarifiant la clientèle qui peut être admise de manière sécuritaire dans l'établissement;
- Visite du CMQ et application des mesures en découlant;
- Reprise des rencontres de mortalité et morbidité par le service de réadaptation et de soins palliatifs;
- Réalisation d'études sur la qualité des soins par le comité d'évaluation de l'acte;
- Nomination d'un chef de service en réadaptation;
- Développement de projets de spécialisation pour l'hôpital Marie-Clarac dont celui de partenariat en orthopédie pour les arthroplasties en CDJ (chirurgie d'un jour) en CMS (Centre médical spécialisé) et celui d'oncologie (pour la clientèle avec cancer métastatique sous traitement actif avec pronostic 3 mois à 1 an et pour la clientèle avec soins palliatifs);
- Nous avons accueilli 2 résidents en gériatrie et 15 externes;
- Nous avons accueilli 8 résidents en soins palliatifs et 43 externes;
- Participation aux travaux de développement des meilleures pratiques cliniques en interdisciplinarité en collaboration avec la DSC et la DRH.

PHARMACIE

Faits saillants :

- Support et accompagnement à la résidence Angelica pour compléter la fermeture partielle du service de pharmacie pour la portion résidence Angélica;
- Visite d'inspection de l'Ordre des pharmaciens du Québec le 29 et 30 janvier 2025;
- Mouvement de personnel pharmacien : Retraite d'un pharmacien à temps complet. Embauche d'un pharmacien à temps occasionnel. Départ d'un pharmacien à temps occasionnel. Retraite progressive d'un pharmacien. Quelques congés de maladie à moyen terme;
- Mouvement du personnel technique : Quelques congés de maladies à moyen terme. Congé de maternité d'un ATP à temps plein. Embauche de deux ATP sur la liste de rappel et d'un ATP pour remplacer le congé de maternité. Départ d'un ATP à temps plein et son poste a été converti en poste de technicien en pharmacie;
- Au 31 mars 2025, seuls le poste vacant de pharmacien temps plein et le nouveau créé de technicien en pharmacie sont dépourvus de titulaire;
- Mise en place d'un projet innovant par l'accueil de 9 bénévoles adolescents et jeunes adultes qui ont participé à la familiarisation du personnel infirmier et la formation des médecins pour le projet de prescripteur et feuille d'administration des médicaments (FADM) électroniques.

- Révision des ententes de services d'ensachages avec nos partenaires : analyse et mise à jour des coûts pour la production et pour le pilotage multi site. Signature pour 3 ans du contrat d'ensachage révisé pour la Résidence Berthiaume-du-Tremblay et la Résidence Angélica;
- Implantation du prescripteur et de la feuille d'administration des médicaments (FADM) électroniques sur toutes les unités de soins. Formations des infirmières, infirmières auxiliaires et médecins par les pharmaciens, ATP et bénévoles;
- Reprise de stagiaires avec des ententes de stage existantes à partir du printemps 2024: 1 étudiant du programme de qualification en pharmacie de l'Université de Montréal, 1 étudiant en pharmacie de 4^e année de l'Université Laval, 4 stagiaires ATP de l'école des métiers des Faubourgs;
- Amorce de l'intégration des pharmaciens aux projets cliniques tels que le projet des cas complexes, des PII et phases 1 du développement des meilleures pratiques en interdisciplinarité;
- Délégation d'actes liés au bilan comparatif des médicaments (BCM) aux ATP. Diminution des doublons dans la collecte d'informations et réalisation directe des BCM dès l'admission;
- Début de la réorganisation du travail des pharmaciens pour réduire la redondance et la non pertinence;
- Poursuite de la formation interne et consolidation de tous les ATP sur l'ensemble des tâches;
- Installation d'une salle isolée dédiée à la préparation d'alvéoles des médicaments cytotoxiques;
- Préparation d'un plan de réaménagement intégré de la pharmacie et de tous ses espaces de travail et d'entreposage.

GESTION DES ORDONNANCES ET DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Faits saillants :

Pour HMC :

- Les pharmaciens continuent de faire les prescriptions d'admission de façon autonome via l'OC-17 pour la grande majorité des admissions;
- 99 173 transactions dont 68 221 ordonnances au dossier validées pour 1 822 usagers;
- Le nombre de transaction et d'ordonnance représentent une légère surestimation car plus de 300 ordonnances fictives ont été générées pour tester le prescripteur et FADM électroniques;
- 23 257 transactions de médicaments contrôlés;
- Plus de 1 940 000 doses de médicaments préparés en sachets;
- Les pharmaciens ont rédigé 2 417 notes d'intervention pharmaceutique dont environ 400 pour des interventions directes auprès du médecin ou de l'infirmière.

Pour Résidence Angelica (RA)

- Environ 1 067 000 doses de médicaments préparés en sachets au site HMC pour les résidents de RA.

Pour Résidence Berthiaume-du-Tremblay (RBDT)

- Environ 872 800 doses de médicaments préparés en sachets au site HMC pour les résidents de RBDT.



GESTION FINANCIÈRE :

Faits saillants

Au 8 mars 2025 (fin de la période 12) :

- Les dépenses en médicaments ont dépassé les limites du budget prévu, avec un écart de 170 635\$ (Budget : 634 278\$ vs Réel : 804 913\$). Cet écart s'explique par trois raisons principales :
 - Deux usagers ont reçu au total 86 262\$ d'un médicament onéreux (ce médicament coûte 138.24\$ par comprimé et 624 comprimés ont été servis).
 - Le budget des dépenses en médicaments avait été réduit d'année en année depuis 2020-2021 en raison de la réduction des lits liée à la pandémie, mais n'a pas ré-augmenté avec l'augmentation progressive du nombre de lits. Il est donc normal que les dépenses en médicaments commencent à se rapprocher au niveau pré-pandémique.
 - Le budget des médicaments devrait être indexé annuellement à la hausse pour tenir compte de l'inflation.
- Les heures travaillées du personnel régulier sont inférieures au budget alloué (Budgétées : 17 415 h vs Réelles : 15 431 h) et les dépenses salariales totales également inférieures au budget (Budgétées : 766 303\$ vs Réelles : 633 539\$).
- Ce surplus d'heures cliniques s'explique principalement par plusieurs absences maladie.



ADMISSION

Faits saillants :

- DSIE REÇUES : 1049 COMPARATIVEMENT À 900 EN 2023-2024.
- DSIE ENVOYÉES : 1082 COMPARATIVEMENT À 730 EN 2023-2024.

ARCHIVES

Faits saillants :

- Épuration de dossiers : 694 dossiers
- Demandes de documents : 205 dossiers traités
- Dictées des histoires de cas par secrétaire : 1189 minutes

NUTRITION CLINIQUE

Faits saillants :

- 39% des admissions en réadaptation (487 patients) ont été vus en nutrition et il y a eu 2078 interventions ou suivis par les nutritionnistes et 294 suivis par les techniciennes en diététiques. 32% des demandes concernaient une dysphagie;
- 37% des admissions en soins palliatifs (156 patients) ont été vus en nutrition et il y a eu 184 interventions ou suivis. 81% des demandes concernaient une dysphagie;
- Recrutement de deux étudiants durant l'été 2024 pour réaliser un sondage d'assurance qualité des repas auprès des usagers, développer le protocole assurance qualité (panels, température des aliments), effectuer la standardisation des bars salades et produire des rapports sur les données probantes en nutrition pré et/ou post-exercices physio, en lien avec le traitement des plaies, en oncologie et sur la dysphagie et l'hygiène buccale;
- Supervision de 2 stagiaires de l'université McGill;
- Formation des techniciennes et des nutritionnistes sur la collaboration et la confidentialité et la sécurité de l'information;
- Révision des responsabilités des techniciennes afin d'optimiser la prise en charge nutritionnel des usagers par la réorganisation des tâches et l'intégration des techniciennes dans le suivi et la prise en charge des usagers en collaboration avec les nutritionnistes.

RADIOLOGIE

Faits saillants :

- Nous avons réalisé 568 examens de radiologie sur place en 2024-2025 comparativement à 427 en 2023-2024;
- Les procédures réalisées se répartissent en 51% pour le thorax et l'abdomen, 36% membres supérieurs et inférieurs et 12% colonne et bassin en 2024-2025 comparativement à 55% pour le thorax et l'abdomen, 33% membres supérieurs et inférieurs et 12% colonne et bassin en 2023-2024.

Les objectifs principaux de la prochaine année (2024-2025) seront de :

- Participer à l'atteinte de l'équilibre budgétaire en redéfinissant les programmes cliniques et les offres de service adaptés à la mission de réadaptation et de soins palliatifs;
- Continuer de participer au développement des meilleures pratiques cliniques en interdisciplinarité en intégrant les équipes de nutrition, de pharmacie et le corps médical aux démarches cliniques;
- Mettre de l'avant notre vision de la réadaptation auprès des partenaires et promouvoir les soins palliatifs en leur présentant notre offre de service en réponse aux besoins du réseau;
- Soutenir les gestionnaires de l'établissement dans leur parcours;
- Contribuer au rehaussement des installations de la pharmacie afin de répondre aux normes actuelles.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'année 2024-2025 fût vraiment fructueuse pour la dotation puisque nous avons embauché davantage que le nombre de départ, fait plutôt rarissime au cours des dernières années. Nous avons également réussi à diminuer grandement l'utilisation de la MOI, pour ce faire tous les membres de l'équipe ont été mis à contribution afin de réaliser cet énorme défi. Le développement de différents outils nous a permis de suivre l'évolution des principaux indicateurs à chaque période financière et d'ainsi effectuer les ajustements requis pour l'atteinte de nos objectifs.

Encore cette année, je tiens à souligner tous les efforts et le travail accompli par les membres de l'équipe, et ce, malgré un printemps difficile en termes d'effectif. Je me permets de remercier chacune d'entre elles qui par leur engagement, leur professionnalisme, leur désir d'apprendre et de se dépasser ont permis de former une équipe unie où le respect, la confiance et l'entraide sont au cœur de notre ADN et contribue à chaque jour à la réussite des objectifs de l'ensemble de l'organisation.



Faits saillants – projets réalisés

- Implication dans les travaux entourant la réorganisation de la direction des services cliniques;
- Réalisation de 110 embauches d'employés en raison de 93 départs, dont 12 départs à la retraite;
- Appropriation et mise en place des nouvelles conventions collectives auprès des gestionnaires;
- Diminution très importante du recours à la main-d'œuvre :
 - ✓ 48 % Infirmières
 - ✓ 68 % Infirmières auxiliaires
 - ✓ 20 % PAB
- Mise en place du formulaire d'ajout de disponibilité pour les services de soins infirmiers, d'assistance ainsi que les services auxiliaires;
- Mise sur pied d'un projet « PAB accompagnateurs » afin de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante;
- Tenue de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza avec l'attente d'un taux de vaccination de 27.7 % pour les employés. Une belle amélioration de 10%;
- Adaptation de notre nouveau logiciel de gestion de la présence au travail (SIGMA) qui a remplacé le logiciel Prasat. Ce logiciel est utilisé pour la gestion des processus SST autant au niveau des invalidités que de la prévention;
- Restructuration des entrées des activités de formation dans Logibec;
- Développement et mise en œuvre d'un guichet de formation avec pour objectifs de faciliter la planification des activités de formation, de centraliser l'information ainsi que nous permettre un meilleur contrôle du respect des budgets;
- Mise à jour de l'ensemble des descriptions de fonction du personnel syndiqué et SNS et bonification par l'ajout de sections « Devoirs et responsabilités relatives à la sécurité », « Promotion de la santé et sécurité au travail » ainsi que l'intégration de nos valeurs dans les « habiletés et compétences recherchées »;

- Exercice de détermination des habiletés de compétences pour le personnel d'encadrement;
- Accompagnement auprès de plusieurs gestionnaires avec les habiletés de leadership mobilisateur;
- Finalisation des négociations des dispositions locales avec l'APTS;
- Récupérer le retard dans l'archivage des dossiers employés et du bureau de santé;
- Organisation à l'automne d'une première journée Lac-à-l'épaule pour les membres de la direction des ressources humaines.

Projets réalisés en collaboration avec les autres directions

- Travaux de façon conjointe avec la DSC pour la planification des étapes requises pour la mise en œuvre des fusions de certains services;
- Campagne de visibilité pour accroître l'intérêt des candidats envers notre établissement, en collaboration avec le service des communications;
- Réalisation d'embauches de CEPI (candidate à l'exercice de la profession d'infirmière) et de CEPIA (candidate à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire);
- Établir et déployer un plan de formation pour les gestionnaires selon les besoins de développement. (Gestion de changement, volet 1 : Paver la route pour le changement et Volet 2 : Accompagner les équipes, intelligence émotionnelle ainsi que Leadership efficace).

Formation

- Finalisation de la présentation de la politique de la promotion de la civilité en milieu de travail au sein des services des directions des services techniques ainsi que de la direction des services professionnels;
- Plusieurs formations à propos de Logibec ont été suivies par les membres de l'équipe RH;
- Gestion du temps et des priorités à l'ère du numérique pour l'ensemble de l'équipe.

Objectifs 2025-2026

- Mettre fin à l'utilisation de la MOI au 1 octobre 2025 pour respecter la Loi 10 mais davantage pour stabiliser les équipes et être en mesure de développer le sentiment d'appartenance;
- Revoir le processus de gestion de la disponibilité pour le personnel syndiqué;
- Informatiser les demandes de congés et uniformiser le traitement de ceux-ci;
- Assurer un meilleur suivi de la présence au travail;
- Mise à jour des descriptions de fonction pour le personnel d'encadrement;
- Révision de tous les documents de l'affichage de poste jusqu'au formulaire d'appréciation de la contribution;
- Intégration des responsables en santé et sécurité au travail et coordination du comité paritaire SST dans le cadre de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail;
- Entreprendre la numérisation des dossiers du service de santé et sécurité au travail;
- Déploiement de la marque employeur afin qu'elle soit vivante et représentative des valeurs chères à l'établissement.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

La Direction des services techniques s'assure d'offrir un environnement de travail et de séjour qui est sécuritaire, confortable et salubre en menant des activités opérationnelles diverses et des projets d'investissement. L'année 2024-2025 a été chargée à cet effet et les objectifs sont nombreux pour la prochaine année. Afin de suivre la cadence d'augmentation du taux d'occupation de l'hôpital, un effort particulier sera apporté au recrutement et la rétention du personnel, en particulier au service alimentaire et au service d'hygiène/salubrité et buanderie/lingerie.

SERVICE ALIMENTAIRE

Faits saillants

Nombre de repas servis à la cafétéria et aux usagers :

- À la cafétéria : 46 681 repas et 1764 repas sans charge.
Augmentation de 2705 repas et 243 repas sans charge par rapport à l'année précédente.
- Aux usagers : 146 315 repas.
- Augmentation de 5813 repas par rapport à l'année précédente.

Objectifs 2025-2026

- Implantation de la récupération des matières compostables à la cuisine;
- Modification des horaires afin d'en faciliter la gestion;
- Normalisation des recettes;
- Amélioration du menu pour les différentes clientèles.



SERVICE DE L'ENTRETIEN ET DU FONCTIONNEMENT DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES

Faits saillants

- Le délai de réalisation est de quatre jours, notre cible est de quatre jours;
- La proportion d'entretien préventif est de 58 %, l'an dernier, nous étions aussi à 58 %;
- Le système de géolocalisation a été mis en service et l'accès a été donné à d'autres services afin de rendre plus efficace la recherche d'équipements médicaux.

Objectifs 2025-2026

- Recruter un chef de service ;
- Augmenter le pourcentage des demandes d'entretien préventifs dans le système informatisé de la gestion de la maintenance à 60%;
- Étendre le système de géolocalisation à d'autres types d'équipements médicaux;
- Implanter un nouveau système de maintenance Guide TI.

SERVICE DE L'HYGIÈNE/SALUBRITÉ

Faits saillants

- Recrutement d'un nouveau chef de service (janvier 2025) ;
- 20 308 kg de papiers confidentiels, papiers et cartons ont été envoyés au recyclage, l'an dernier était 24 400 kg;
- 145 150 kg de déchets ont été ramassés, l'an dernier était 124 750 kg;
- 2689 kg de déchets biomédicaux ont été ramassés, l'an dernier était 1959 kg;
- 1521 heures ont été effectuées pour les transferts et désinfections des chambres et toilettes.

Objectifs 2025-2026

- Donner une formation en hygiène et salubrité sur les méthodes de travail, les produits et la séquence d'exécution de la prestation des travailleurs;
- Donner une formation sur l'entretien et la réfection des surfaces de sols sera dispensée à l'ensemble de l'équipe.

SERVICE DE LA BUANDERIE/LINGERIE

Faits saillants

Production

- Buanderie externe : 142 098 kg (5 107 kg de plus qu'en 2023-24);
- Buanderie interne : 61 714 kg (1 244 kg de moins qu'en 2023-24).

Objectifs 2025-2026

- Continuer le projet des rideaux (remplacement et nettoyage).



SERVICE DE LA SÉCURITÉ

Faits saillants

Événements :

Nous avons eu 44 rapports d'intervention :

- 6 codes rouges, 6 codes bleus, 9 codes mauves;
- 3 situations de personnes prises dans l'ascenseur;
- 6 vols mineurs;
- 19 autres;
- 44 permis à chaud ont été émis.

Réalizations :

- Mise à jour des directives et procédures de la sécurité;
- Ajout de caméras de sécurité;
- Changement de 2 moniteurs de visionnement;
- Formation donnée aux agents pour appel général d'urgence (micro);
- Formation donnée aux agents pour méthodes de travail sécurité.

Objectifs 2025-2026

- Ajouter deux nouvelles caméras;
- Animer un kiosque informatif sur les codes de mesure d'urgence;
- Donner la formation continue pour les agents.



TRAVAUX D'AMÉLIORATION COMPLÉTÉS

Réaménagement du secteur distribution à la cuisine	980 000 \$
Remplacement système de gestion stationnement	125 000 \$
Remplacement unité de climatisation 1C/2C	21 785 \$

TRAVAUX D'AMÉLIORATION COMPLÉTÉS

Remplacement réservoir huile souterrain 25 000 litres	450 000 \$
Modernisation d'un ascenseur hydraulique	225 000 \$
Remplacer une section de fenêtres ouvrantes à la cuisine	40 000 \$
Remplacement des portes motorisées dans trois salons	60 000 \$
Ajout d'enseignes extérieures	
Mise aux normes - ventilation (projet MSSS)	
Mise aux normes - salles de bain (projet MSSS)	
Ajout de lavabos (projet MSSS)	

ÉQUIPEMENTS ACQUIS

Remplacement de 68 lits	374 400 \$
-------------------------	------------

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

L'année 2024-2025 a été marquée par une stabilité des activités quotidiennes post pandémie. Le taux d'occupation a remonté de façon continue tout au cours de l'année pour osciller à près de 70% d'occupation. Encore une fois, bien que la crise sanitaire se soit estompée, la pénalité liée au taux d'occupation, dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire, demeure une donnée à prendre en considération. Les revendications avec le MSSS ont permis de diminuer de façon importante l'impact sur les résultats financiers. Le suivi des rectificatifs post-budgétaires a exigé un suivi périodique constant. L'établissement a terminé l'exercice financier 2024-2025 en surplus budgétaire et ce par un suivi budgétaire très rigoureux en cours d'année.

Le secteur paie a encore été, cette année, sollicité par le versement des mesures salariales liées aux conventions collectives 2023-2026. L'équipe informatique quant à elle a été très occupée par les nombreux projets informatiques dont l'implantation du FADM électronique au sein de notre établissement et bien sûr, le support constant aux directions clientes a été une priorité.

La direction tient à souligner le travail de tous les membres de l'équipe qui malgré les défis rencontrés ont toujours su les relever avec brio! Malgré notre structure de poste unique, les objectifs fixés et le respect des cibles ont été généralement atteints.



SERVICE DES 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

- Suivi constant avec le MSSS de l'état des rectificatifs budgétaires liés au taux d'occupation à la baisse, conséquence des reliquats de la pandémie ainsi que d'autres effets multifactoriels liés à la clientèle et établissement des impacts budgétaires y afférent;
- Efforts importants visant à contrer le sous-financement des établissements privés conventionnés couvrant les frais additionnels pour le soutien administratif découlant des rehaussements autorisés par le MSSS au cours des dernières années et les indexations liées aux conventions collectives;
- Suite à des échanges et revendications avec le MSSS (Santé Québec), l'impact de la pénalité liée au taux d'occupation a été amoindrie par un calcul plus réaliste suggérée par l'organisation et accepté par le MSSS;
- Versement des mesures salariales découlant des signatures des conventions collectives au niveau national avec les diverses rétroactivités s'y rattachant (2023-2026);
- Hausse graduelle des revenus de chambres par un suivi rigoureux de l'optimisation des chambres au sein de l'établissement. Et réduction des mauvaises créances par un suivi très rigoureux des sommes dues par les usagers, employés et autres organismes;
- Support et formation aux nouveaux gestionnaires quant à l'outil de gestion budgétaire;
- Suivi des contrats d'ensachage avec la Résidence Angélica et la Résidence Berthiaume-Du Tremblay.

Approvisionnement

- Participation active aux activités de formation du Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG);
- Dans le but d'implanter le logiciel GRM (Gestion des ressources matérielles) pour les fournitures de bureau à l'ensemble des départements de l'établissement, l'arrimage des logiciels financiers et d'approvisionnement a été réalisée. La migration vers ELDAP est prévue en 2025-2026 afin de permettre aux utilisateurs d'ouvrir les logiciels financiers et d'approvisionnement via leur compte Windows.

Informatique

L'équipe informatique a réalisé, entre autres, les projets suivants :

- Implantation du FADM au sein de l'établissement ;
- Intégrer la gestion de centaines de nouveaux comptes FADM pour le personnel interne et externe ainsi que les étudiants;
- Déployer la connexion entre notre Active Directory et le système de pharmacie;
- Configurer deux postes d'identification par photo à l'admission;
- Déployer un nouveau système des laboratoires sur les unités de soins;
- Remplacer les imprimantes à étiquettes sur toutes les unités;
- Rehaussement MED-ÉCHO plus;
- Déployer une solution de gestion des mises à jour : Pulseway;
- Configuration d'une nouvelle solution antivirale;
- Remplacer toutes les imprimantes multifonctions de Canon;
- Fournir et configurer à la Direction des services cliniques (DSC) deux cellulaires pour du personnel accompagnateur;
- Configurer PowerBi avec les données LGI;
- Remplacer une vingtaine de postes informatiques;
- Trouver une nouvelle compagnie de recyclage électronique et débiter l'envoi de matériel;
- Commander une nouvelle solution de sauvegarde centralisée et en commencer la configuration;
- Collaborer avec la Direction des services techniques (DST) à l'intégration du nouveau système de stationnement; réseaux, intercoms, étiquettes, etc.;
- Configuration du nouveau serveur LGI;
- Projet pilote de cellulaire à la réadaptation;
- Projet de loi 64;
- Rédiger des politiques et assister au comité;
- Configurer et installer un moniteur pour l'affichage des menus à la cafétéria;
- Ajouter un moniteur d'affichage pour les locaux de l'ancienne clinique médicale;
- Coordonner le remplacement du système de télévision;
- Reconfiguration des postes de cuisine pour une utilisation multiple;
- Câbler et installer une nouvelle caisse à la cuisine avec un poste de gestion;
- Commande et configuration de Chromebook additionnels pour la direction des services cliniques (DSC);
- Recherche afin de trouver une alternative à l'hébergement du serveur DMZ qui permet un accès à distance des employés;
- Projet visant à diminuer l'espace sur le commun pour tous les départements.



SERVICE DES COMMUNICATIONS ET DU 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 :

Service des communications

- Révision et mise à jour de toutes les procédures d'urgence du service.
- Révision des "descriptions de tâches pour le poste "agent administratif cl. 3 / réceptionniste"
- Poursuivre la création d'un guide de procédures pour diverses programmations du système téléphonique GrandStream. Outil pour les administrateurs du système.

Service des transports

- Essai d'un nouvel outil, la plateforme web Netlift", permettant de faire toutes les demandes de taxis réguliers informatiquement. Après deux mois d'utilisation la proposition n'a pas été retenue. Le coût des courses s'est avéré beaucoup plus élevé que notre procédé habituel.
- Suite au changement de destination pour l'envoi des prélèvements de Fleury à Sacré-Cœur. Recherche de fournisseurs afin de réduire les coûts de transport. Une proposition a été étudiée et proposée à l'organisation.
- Poursuivre le sondage sur le degré de satisfaction des usagers face au service reçu par notre fournisseur principal de transport adapté et compilation des résultats. Suivi des plaintes.



Charges encourues par programmes-services

Exercice 2024-2025

	2024-2025	%	2023-2024	%
SANTÉ PHYSIQUE				
6630 - Centre de prélèvements	67 732 \$		38 883 \$	
6830 - Imagerie médicale	96 313 \$		82 038 \$	
7400 - Déplacement des usagers	500 156 \$		489 565 \$	
7553 - Nutrition clinique	744 617 \$		662 579 \$	
6051- Médecine	22 180 047 \$		19 171 865 \$	
6390 - Pastorale	151 308 \$		142 989 \$	
6564 - Psychologie	146 929 \$		171 370 \$	
6565 - Services Sociaux	646 274 \$		539 860 \$	
6804 - Pharmacie - Usag.hospitalisés	2 242 834 \$		1 688 588 \$	
6805 - Pharmacie - Usag.hébergés	- \$		912 894 \$	
6870 - Physiothérapie	3 641 467 \$		3 228 074 \$	
6880 - Ergothérapie	1 371 193 \$		1 186 137 \$	
7930-Personnel en prêt de serv.	57 487 \$		- \$	
Charges non réparties par programmes-services	558 209 \$		1 866 468 \$	
Total Santé Physique	32 404 566 \$	68%	30 181 310 \$	70%
ADMINISTRATION				
7300 - Administration générale	3 286 950 \$		3 151 592 \$	
7320 - Administration des services techniques	260 658 \$		223 880 \$	
7340 - Informatique	349 147 \$		284 294 \$	
Charges non réparties par programmes-services	14 786 \$		13 670 \$	
Transfert des frais généraux	(20 308) \$		(19 594) \$	
Total Administration	3 891 233 \$	8%	3 653 842 \$	8%
SOUTIEN AUX SERVICES				
6000 - Administration des soins	662 114 \$		467 065 \$	
7200 - Enseignement	- \$		- \$	
7530 - Réception /Archives/ Télécommunications	661 796 \$		607 170 \$	
7554 - Alimentation - Autres	4 063 294 \$		3 524 356 \$	
7600 - Buanderie et lingerie	501 502 \$		447 030 \$	
Charges non réparties par programmes-services	10 650 \$		10 499 \$	
TOTAL Soutien aux services	5 899 356 \$	12%	5 056 120 \$	12%
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7640 - Hygiène et salubrité	1 394 481 \$		1 272 060 \$	
7650 - Gestion des déchets biomédicaux	1 999 \$		1 610 \$	
7700 - Fonctionnement des installations	1 080 085 \$		1 131 047 \$	
7710 - Sécurité	518 767 \$		510 558 \$	
7800 - Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier /Équipements	2 249 228 \$		1 576 565 \$	
Transfert des frais généraux	(65 893) \$		(66 890) \$	
TOTAL Gestion des bâtiments et des équipements	5 178 667 \$	11%	4 424 950 \$	10%
TOTAL Charge encourues par programme - services	47 373 822 \$	100%	43 316 222 \$	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.

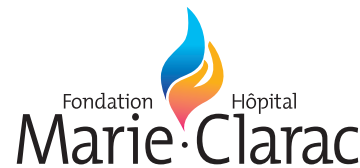
ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le résultat du fonds d'exploitation pour l'exercice se terminant le 31 mars 2025 se solde par un excédent des revenus sur les charges de 105 254 \$.

CONTRATS DE SERVICES

Selon la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement n'a conclu aucun contrat de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus au cours de l'exercice financier 2024-2025

Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac



La Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac a été créée le 25 novembre 1996.

Depuis, elle a remis près de 30 millions de dollars à l'Hôpital.

Au cours de l'exercice financier 2024-2025, la Fondation a organisé diverses activités de financement. La plus importante activité a été sans conteste le cocktail-bénéfice Au pied du lit. Cet événement s'est déroulé dans la majestueuse Tour du Port de Montréal en présence du virtuose Alexandre Da Costa. La soirée, orchestrée dans le cadre de la campagne pour le remplacement des lits désuets, a permis de récolter 779 000 \$ pour l'acquisition de nouveaux lits.

Cette année, le traditionnel concert de Noël présenté au Centre Leonardo Da Vinci mettait en vedette Guylaine Tanguay. L'événement a permis de récolter quelque 65 000 \$.

La campagne des anges de réconfort a pour sa part permis d'amasser 3 280 \$ pour financer la massothérapie. Chaque année, la Fondation verse 25 000 \$ à l'Hôpital pour financer des services comme la massothérapie et autres thérapies douces, afin d'offrir un peu de réconfort et de soulagement aux personnes en fin de vie. Des dons totalisant 109 842 \$ ont aussi été faits à la Fondation à la mémoire de personnes qui nous ont quittés.

De plus, des dons totalisant environ 60 000 \$ ont été remis à la Fondation au cours de l'exercice 2024-2025.

Grâce à la générosité de ses donateurs, la Fondation est fière d'avoir versé un montant de 523 792 \$ à l'Hôpital, au cours du dernier exercice financier. Ce montant a principalement servi à remplacer les lits désuets de l'Hôpital. Les lits constituent la base du confort des patients qui s'efforcent de retrouver leur mobilité et leur autonomie. Il est crucial de leur offrir des lits adaptés et ergonomiques pour favoriser et accélérer le processus de réadaptation et de guérison. Ces lits sont aussi prioritaires pour le bien-être des personnes en fin de vie.

D'autres équipements ont aussi été acquis pour répondre aux besoins de certains usagers et faciliter le travail du personnel.

Fidèle à son engagement, la Fondation a offert gracieusement l'accès à la télévision à tous les patients. Ce divertissement aide notamment au maintien des fonctions cognitives.

Le bien-être des usagers de l'Hôpital Marie-Clarac est au cœur des priorités de la Fondation. Nous remercions sincèrement tous les donateurs pour leur précieux appui!

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Bureau de direction

PRÉSIDENT

Michael Fratianni

Président et chef de la direction
Société Terminaux Montréal Gateway

VICE-PRÉSIDENTE

M^e Claudie Bouchard

Traductrice, réviseuse
et entrepreneure

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Gabriel Groulx

FCPA, ASC
Consultant en gouvernance et finances

ADJOINT AU SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Raymond Paquin

Fondateur de la Fondation

Sr Martine Côté

Directrice générale
Hôpital Marie-Clarac

Sr Pierre Anne Mandato

Présidente du conseil d'administration
Hôpital Marie-Clarac

Administrateurs

Adriana Alfano

Ingénieure
Gestion Anco inc

Nancy Forlini

Présidente et courtière
immobilière agréé
Re/Max Solutions

Michelina Lavoratore

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

Natalie Martin

Pharmacienne
Membre affiliée
du Groupe Proxim

Salvatore Migliara

Président
Résidence Au Fil de l'Eau

Vincent Giangaspero

Consultant

Marc-André Poirier

Directeur des opérations
Magnus Poirier

Francyne Noël Trudeau

Vice-présidente
Gestion Cholab inc.

Michael Di Grappa

Vice-recteur aux services et
au développement durable
Université Concordia

Ivano Scattolin

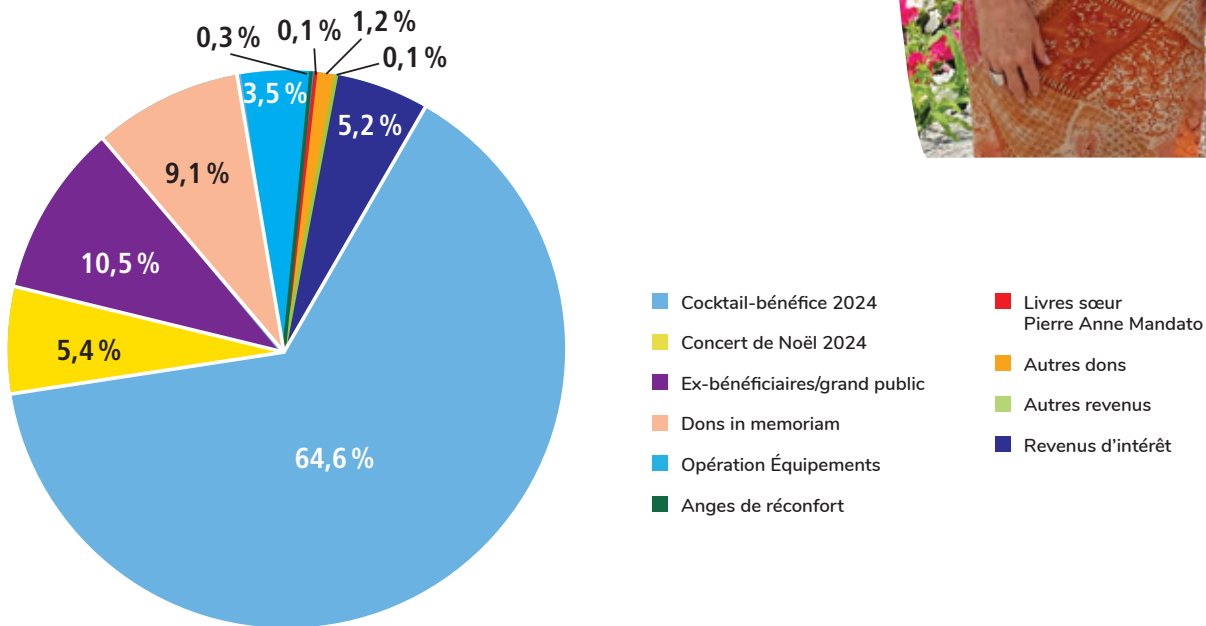
Président
Gestion Ferenzo

Jacinthe Sicotte, B.A.A., M.B.A

Directrice générale
Caisse populaire Desjardins du
Sault-aux-Récollet – Montréal-Nord

REVENUS DE L'ANNÉE FINANCIÈRE TERMINÉE AU 31 MARS 2025

CATÉGORIES	Totaux	Pourcentage
Cocktail-bénéfice 2024	779 000 \$	64,6 %
Concert de Noël 2024	65 000 \$	5,4 %
Ex-bénéficiaires/grand public	126 184 \$	10,5 %
Dons in memoriam	109 842 \$	9,1 %
Opération Équipements	43 000 \$	3,5 %
Anges de réconfort	3 280 \$	0,3 %
Livres Sœur Pierre Anne Mandato	914 \$	0,1 %
Autres dons	15 270 \$	1,2 %
Autres revenus	370 \$	0,1 %
Revenus d'intérêt	62 545 \$	5,2 %
Total	1 205 405 \$	100 %



COCKTAIL-BÉNÉFICE AU PIED DU LIT

Le 9 mai 2024, quelque 150 personnes de la communauté d'affaires ont pris part à une soirée exclusive à la Tour du Port de Montréal, en compagnie du virtuose Alexandre Da Costa et de ses musiciens. Organisé dans le cadre d'une campagne d'envergure, ce cocktail-bénéfice a connu un succès retentissant.

Les nouveaux lits acquis grâce à cette collecte de fonds permettront d'améliorer directement la qualité des soins offerts. Les patients bénéficieront ainsi d'un environnement confortable et propice à leurs soins.



● Liste des conseils et comités de l'établissement

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Sr Pierre Anne Mandato, présidente
- Michael Fratianni, vice-président
- Sr Martine côté, secrétaire-trésorière
- Sr Jacinthe Caron, administratrice
- Sr Odile Fréchette, administratrice
- Mme Monique Corbeil, administratrice
- Mme Jacqueline Caron, administratrice

COMITÉ D'AUDIT

- M. Michael Fratianni, président
- Mme Monique Corbeil, vice-présidente
- Sr Martine Côté, secrétaire-trésorière

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.A.

- Sr Pierre Anne Mandato, présidente
- M. Michael Fratianni, vice-président
- Sr Martine Côté, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- Mme Jacqueline Caron, présidente
- Sr Jacinthe Caron, vice-présidente
- Sr Martine Côté, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE DIRECTION

- Sr Martine Côté, secrétaire-trésorière
- Vincent Tam, DGA
- Dre Geneviève Desbiens, DSPH
- Joël Champagne, DST
- Barbara Nelson, DSC
- Chantal Talbot, DRH
- Brigitte Roy, DRFI

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Suzanne Lavallée, présidente
- Agnes Perna, vice-présidente
- Michèle Héroux, secrétaire
- Sr Martine Côté, DG
- Véronique Lemieux, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Nord
- Esther Rosier, représentante du CIUSSS Nord

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- Sr Martine Côté, DG
- Vincent Tam, DGA
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne en soins infirmiers
- Jocelyn Bergeron, représentant des usagers
- Anh Nguyen, pharmacienne
- Barbara Nelson, directrice des services cliniques
- Fanny Lapointe, présidente du CII

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Dre Jessica Saint-Pierre, microbiologiste infectiologue conseil
- Dre Mélanie Mache, médecin traitant
- Vincent Tam, DGA
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne en soins infirmiers
- Norline Dorneval, infirmière de liaison
- Rose-Mirienne Duliepre, ICASI

COMITÉ DES USAGERS

- Nicole Dubé, secrétaire
- Sandra Denis, conseillère
- Marie-France Bélisle, conseillère
- Sr Nelly Valencia
- Sr Maria Del Pinard Saenz Mosquera

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.M.D.P.

- Anh Nguyen, présidente
- Dr Messaoud Tlili, vice-président
- Maryse Argouin, secrétaire-trésorière
- Dre Geneviève Desbiens, DSPH
- Sr Martine Côté, DG
- Dre Myriam Lefebvre
- Dre Anna Kawinska

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

- Maryse Gouin, pharmacienne, présidente
- Dre Fadila Sayoud
- Dre Adriana Rusnac
- Amina Fasla
- Michael Tritt

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

- Dre Maria Karas, présidente
- Dr Messaoud Tlili, vice-président
- Dre Fadila Sayoud
- Dre Geneviève Desbiens, DSPH
- Anh Nguyen

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

- Dre Anna Kawinska, présidente
- Dre Hélène Bustamante
- Amina Fasla, pharmacienne

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

- Fanny Lapointe, présidente
- Juline Galiotte, vice-présidente
- Sr Martine Côté, DG
- Vincent Tam, DGA
- Johanne Sauvé, DSI intérimaire
- Marie-Jocelyne St-Amour, représentante AIC
- Marie-Noël Lemay, représentante CSI

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

- Suzanne Lavallée, conseillère en éthique, présidente
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne soins infirmiers, vice-présidente
- Sr Martine Côté, DG
- Anh Nguyen, chef département de pharmacie
- Marie-Ève Mador, intervenante spirituelle
- Sarah Thibodeau, avocate
- Janette Chu, ergothérapeute
- Dominique Desroches, ergothérapeute
- Agnes Perna, partenaire
- Chantal Talbot, DSR
- Yesine Aïfi, infirmier clinicien

COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- Alain Bourassa, chef du service installations matérielles
- François Gauthier, représentant APTS
- Éric Marleau, représentant SQESS
- Lynda Allaire, Conseillère en santé et sécurité travail
- Dominique Gaudreau, représentant SIIA
- Marie-Claude Dagenais, représentante SQESS
- Antoinietta Mucci

● Faits saillants de certains comités

COMITÉ GESTION DES RISQUES

Faits saillants

Le comité a tenu 5 rencontres au cours de l'année 2024-2025, soit les 12 avril 2024, 18 juin 2024, 18 septembre 2024, 10 décembre 2024 et 25 février 2025. Plusieurs sujets ont fait l'objet de suivis, notamment :

- Les incidents et les accidents, en particulier les résultats des rapports trimestriels, les événements avec conséquence majeure et sentinelle ainsi que la divulgation des accidents.
- Les enjeux relatifs à la sécurité des instances suivantes :
 - Les comités partenaires, dont le comité des mesures d'urgence, le comité de santé et sécurité au travail et le comité de prévention des infections.
 - Les conseils professionnels.
 - Le représentant des usagers.
 - Les directions de l'établissement.
- Les infections nosocomiales, dont les éclosions de virus respiratoires, le Clostridium difficile et les bactéries multirésistantes.
- Les alertes, les avis et les rappels reçus et traités dans l'établissement.
- Le suivi de dossiers relatifs à la sécurité des usagers, dont la prévention des chutes, les événements en lien avec la médication et l'analyse prospective.
- Les activités de la Semaine nationale de la sécurité des patients.

Le CGR a émis et effectué le suivi de recommandations qui visent à améliorer la sécurité des usagers. De plus, le règlement sur le fonctionnement du CGR a fait l'objet d'une révision majeure.

COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

Faits saillants

La mise à jour du programme de prévention et contrôle des infections a été faite en continu, en fonction de nouvelles recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec.

Divers audits ont été réalisés afin d'évaluer la conformité aux pratiques de PCI, dont des observations relatives à l'hygiène des mains et l'application des précautions additionnelles lors d'éclosions.

Plusieurs activités de sensibilisation et de formation sur l'hygiène des mains ont été réalisées tout au long de l'année.

La surveillance des agents infectieux a été effectuée au cours de l'année. Elle porte entre autres sur le SARS-CoV-2 (COVID-19) et les virus respiratoires, le Clostridium difficile, le SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) et les EPC (entérobactéries productrices de carbapénémases). Des éclosions de virus respiratoires ont été prises en charge et gérées en fonction des recommandations de l'INSPQ.

Le comité de prévention des infections a déposé des recommandations à la direction générale concernant notamment la gestion des éclosions de COVID-19, l'hygiène des mains et le suivi de certaines bactéries multirésistantes. Le suivi est en cours.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

MANDAT

Tel que stipulé dans le règlement 1.1.30 - Règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique, le mandat du comité comporte deux volets :

- Rôle-conseil :

Analyser les problèmes d'éthique clinique afin de soutenir la prise de décision, et ce, en tenant compte du contexte particulier et des enjeux soulevés dans une situation complexe donnée. Favoriser la réconciliation des intérêts et des droits ainsi que des points de vue différents et aider à définir une orientation quant à la conduite à tenir dans cette situation particulière;

Émettre des avis sur des questions cliniques précises ayant une implication éthique afin de servir de guide pour les membres du conseil d'administration, les gestionnaires, les professionnels, les médecins, les autres intervenants et toute personne significative dans un contexte donné, sans toutefois se substituer aux responsabilités des intervenants cliniques.
- Rôle éducatif :

Sensibiliser par divers moyens les intervenants de l'Hôpital Marie-Clarac aux questions et aux enjeux d'ordre éthique qui surviennent dans l'exercice de leurs fonctions.

FAITS SAILLANTS

Réunions du comité

Au cours de l'année 2024-2025, les membres du comité se sont réunis à une seule reprise, soit le 6 juin 2024.

Les points abordés en cours d'année sont notamment les suivants :

1. Révision du cadre de référence en éthique

À la suite de la révision du cadre de référence en éthique et des commentaires obtenus, le document a été ajusté afin qu'il soit plus facile à utiliser par les intervenants et leurs gestionnaires. De portée organisationnelle, ce cadre décrit les processus de discussion et de prises de décision des préoccupations liées à l'éthique et se veut un outil de sensibilisation, accessible à tous les membres de l'établissement afin de contribuer au développement et au maintien d'une vision commune et de compétences essentielles au respect de l'éthique au quotidien. Il regroupe l'information pertinente en matière d'éthique, en fait la promotion et permet d'aborder les questions éthiques par la prise de décision délibérée, réfléchie et de manière structurée.

À la suite de son approbation par le Conseil d'administration, ce cadre de référence sera diffusé, et il fera l'objet d'une promotion à l'interne afin d'en assurer la compréhension et l'appropriation.

2. Demandes de consultation

Au cours de la dernière année, l'avis du comité a été sollicité à deux reprises pour des situations impliquant les soins palliatifs, en lien avec les sujets suivants :

- Administration de médicaments
- Relocalisation d'usagers des soins palliatifs dont la condition médicale est stable depuis plus de trois mois.

3. Promotion et sensibilisation à l'éthique

3.1 Création de Flashs éthique

Le Flash éthique est un outil de communication qui vise la promotion et la sensibilisation à l'éthique dont la diffusion est prévue à chaque parution du journal interne, de même que sur les écrans télévisuels. Il permet aux lecteurs de se familiariser aux différents termes et concepts utilisés en éthique clinique.

Un seul Flash éthique a été diffusé au cours de la dernière année, soit celui intitulé Qu'est-ce que l'éthique ? Le prochain Flash éthique portera sur les valeurs qui guident nos actions.

3.2 Tenue d'un midi-éthique le 17 avril 2024

Cette activité, animée par Mme Marie-Ève Bouthillier, PhD., sous le thème « Quoi faire pour bien faire lorsque la famille s'oppose à l'administration de médicaments pour son proche ? » a été bien accueillie par les participants et fut l'occasion de les mobiliser autour d'un cas fictif posant un dilemme éthique avec lequel les intervenants sont confrontés dans leur pratique.

Une vingtaine de personnes ont participé à cette activité.

4. L'examen des politiques de l'établissement au regard des aspects éthiques

Aucune demande n'a été adressée au comité au cours de la dernière année concernant l'examen de politiques de l'établissement.

OBJECTIFS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

Augmenter la fréquence des réunions

Planifier et tenir au moins quatre réunions du comité au cours de l'année afin de garantir une continuité dans les discussions et améliorer le soutien aux intervenants et gestionnaires.

Renforcer la promotion du cadre de référence en éthique

Diffuser le cadre de référence en éthique et organiser des sessions de sensibilisation/formation pour assurer une compréhension et une appropriation optimales par tous les membres de l'établissement.

Diversifier les activités de sensibilisation

Augmenter la parution du nombre de Flashs éthique et organiser au moins deux activités sur des thèmes variés afin de rejoindre davantage de participants et enrichir les discussions autour des dilemmes éthiques.

Améliorer le processus de consultation

Mettre en place un système de suivi des demandes de consultation pour garantir une réponse rapide et efficace aux préoccupations éthiques soulevées par les intervenants.

CONCLUSION

L'année 2024-2025 a été marquée par la révision du cadre de référence en éthique et la promotion de la sensibilisation à l'éthique au sein de l'établissement. Malgré les défis rencontrés, notamment la tenue limitée des réunions, le comité a réussi à maintenir son engagement envers l'éthique.

Pour l'année à venir, le comité se fixe des objectifs visant à renforcer la fréquence des réunions, à promouvoir le cadre de référence en éthique, à diversifier les activités de sensibilisation et à améliorer le processus de consultation. Ces efforts contribueront à développer une culture éthique solide et à soutenir les intervenants dans leurs pratiques quotidiennes.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

En cours d'année, le comité s'est réuni à deux (2) reprises, soit les 1er octobre 2024 et 29 avril 2025.

Conformément au mandat qui lui est confié, le comité a reçu et analysé les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes.

À cet effet, les sujets suivants ont notamment été traités lors des rencontres du comité :

- Le traitement des plaintes des usagers et le respect de leurs droits, ainsi que les mesures d'amélioration ou recommandations, lorsque requises;
- L'évaluation de la satisfaction de la clientèle et les mesures d'amélioration mises en place
- La prévention et le contrôle des infections;
- La gestion des risques : rapports trimestriels portant sur les incidents et accidents survenant lors de la prestation des soins et des services, analyse des événements sentinelles, suivi des recommandations.

Par ailleurs, au cours de l'année, le comité a poursuivi ses efforts afin d'améliorer son fonctionnement en vue de faciliter la tenue de ses rencontres et de rendre accessible la documentation aux membres du comité dans les délais prévus aux règles de fonctionnement du comité. La plateforme de collaboration Teams mise en place à la fin de l'année 2023-2024 a grandement facilité le repérage de la documentation du comité et permet d'éviter les envois par courriel des documents.

Aussi, afin de faciliter le suivi des différentes recommandations internes et externes adressées à l'établissement au regard de la qualité des soins et des services, un registre des recommandations a été créé. Celui-ci permet de conserver une trace de l'ensemble des recommandations et des suivis accordés à celles-ci. Ce registre peut également permettre d'établir des liens systémiques entre les recommandations et d'en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir faire des recommandations au conseil d'administration.

Au cours de la prochaine année, le comité continuera à porter une attention aux rapports et aux recommandations transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services dispensés aux usagers de l'établissement.

Il poursuivra également la consolidation de ses modalités de fonctionnement et invitera, lorsque pertinent, les directeurs cliniques à venir présenter leur plan d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Annexe 1

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 ou 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 un 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 :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues 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 2024-2025.

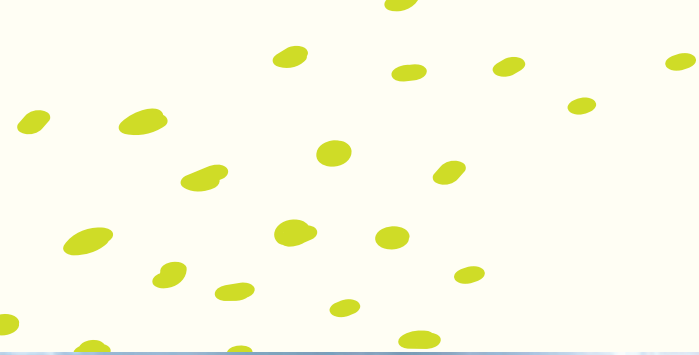
En effet, aucune décision et sanction n'ont été imposées à un membre du conseil de même qu'il n'y a eu aucune révocation ou suspension.

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-Clara et je m'engage à m'y conformer.

	27 Juin 2025
Sœur Pierre Anne Mandato, présidente	DATE
	27 Juin 2025
M. Michael Fratianni, vice-président	DATE
	27 Juin 2025
Sœur Martine Côté, secrétaire-trésorière	DATE
	27 Juin 2025
Sœur Jacinthe Caron, administratrice	DATE
	27 Juin 2025
Mme Monique Corbeil, administratrice	DATE
	27 Juin 2025
Mme Jacqueline Caron, administratrice	DATE
	27 Juin 2025
Sr Odile Fréchette, administratrice	DATE



Hôpital
Marie-Clarac
DES SŒURS DE CHARITÉ DE SAINTE-MARIE



3530, boulevard Guin Est
Montréal (Québec) H1H 1B7
514 321-8800