RAPPORT ANNUEL
2018-2019

Un hôpital à visage humain, pour mieux vous servir !

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

TABLE DES MATIÈRES

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale 4

Déclaration de fiabilité des données 5

Présentation de l'Hôpital Marie-Clarac
- Historique de l'hôpital 6
- Mission & Valeurs 7
- Objectifs 2018-2019 8
- Structure organisationnelle 8
- Plan stratégique 2016-2021 9

Agrément 9
Sécurité et qualité des soins et services 10
Traitement des plaintes 13
Satisfaction de la clientèle 14

Directions & services
- Direction des soins infirmiers 16
- Direction des services de réadaptation 18
- Direction des services professionnels et hospitaliers 20
- Direction des services techniques 23
- Direction des ressources financières, humaines et informationnelles 25

Rapport sur les soins de fin de vie 25

Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac 30

Liste des conseils et comités de l'établissement 32
- Activités de certains comités 34

Charges encourues par programmes-services 36

Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 37

Annexe 2 : Engagement personnel des membres du conseil d'administration 39

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

Sœur Pierre Anne Mandato
Présidente du conseil d'administration

Sœur Martine Côté
Directrice générale

La présentation du rapport annuel est, chaque année, un moment privilégiée pour faire un bilan des réalisations, mais surtout pour reconnaître tout le travail effectué par chaque employé pour le développement et le bon fonctionnement de l'établissement. C'est pourquoi nous tenons à souligner d'une manière toute spéciale le grand investissement de chacun à l'amélioration et au maintien des services de qualités et sécuritaires dans un contexte de rareté de la main d'œuvre et de mouvance de personnel.

Ainsi, le comité de régie a subit lui aussi des changements par la nomination d'une nouvelle directrice générale et la confirmation de nomination de la directrice de la réadaptation.

En décembre 2018, après de longues démarches auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux de Montréal dans le cadre d'une demande de modification de permis d'exploitation, nous avons finalement obtenu un nouveau permis de Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour un total de 228 lits de santé physique. Ce permis inclut donc pour l'année 2018-2019 : 185 lits de réadaptations, 7 lits MDU (mesure de désengorgement des urgences) et 36 lits de soins palliatifs. Des pourparlers se sont aussi poursuivis concernant le contrat d'exploitation et le contrat d'utilisation des installations afin d'obtenir de manière récurrente la totalité de la composante immobilière, de faire reconnaître les 7 lits MDU au même titre que les 185 lits de réadaptation aussi de manière récurrente et d'obtenir directement les subventions des 18 lits de soins palliatifs appartenant au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Les résultats des négociations sont favorables pour l'hôpital et le contrat devrait être signé sous peu.

L'Hôpital Marie-Clarac comme partenaire de choix, a signé une entente avec l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) afin d'accueillir les usagers avec un appareil de support cardiaque (DAV : dispositif d'assistance ventriculaire ou cœur mécanique) et une entente de corridor de service pour les demandes d'examen en imagerie médicale avec le CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal.

À la recherche d'une meilleure visibilité auprès de nos partenaires, de nos futurs employés et de la population en générale, nous avons initié une démarche d'identification d'une nouvelle image de marque. Les résultats de cette démarche seront dévoilés pour la prochaine année. Un nouveau plan de communication ainsi qu'un cadre conceptuel de communication ont été rédigés.

À travers les grandes réalisations effectuées tout au long de l'année, nous avons notamment contribué à l'augmentation de l'utilisation des nouvelles technologies, à réduire de 70% l'émission des gaz à effet de serre par un projet d'efficacité énergétique, à améliorer la qualité des repas servis aux usagers de même que plusieurs autres améliorations au sein des services et de l'environnement offerts aux usagers.

L'Hôpital Marie-Clarac termine donc l'année en rencontrant toutes ses cibles budgétaires.

Nous sommes fières de présenter ces résultats, fruits du travail de toute une équipe engagée et dévouée au cœur des besoins de nos usagers. Merci de tout cœur à tous les acteurs de cette réussite.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

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

Juin 2019

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôles fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 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 2019.

Sr Martine Côté

Sœur Martine Côté
Directrice générale

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 sont répartis comme suit :

Programme RFI	**118 lits**
Programme de soins postaigus	**74 lits**
Programme de soins palliatifs	**36 lits**
TOTAL	**228 lits**

Et dédiés à nos partenaires selon le tableau ci-dessous :

RÉGION DE MONTRÉAL			
	RFI*	POSTAIGUS	TOTAL
CIUSSS Est	44	33	77
CIUSSS Nord	38	12	50
CIUSSS Centre-Sud	0	11	11
TOTAL	**82**	**56**	**138**
*Inclut 7 lits MDU (Mesure de désengorgement des urgences)			

COURONNE NORD			
	RFI*	POSTAIGUS	TOTAL
Laval	15	14	29
Laurentides	10	4	14
Lanaudière	11	0	11
TOTAL	**36**	**18**	**54**
GRAND TOTAL	**118**	**74**	**192**

MISSION

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

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

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

VALEURS

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

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

OBJECTIFS 2018-2019

1) Poursuivre l'amélioration des infrastructures du pavillon Marie-Clarac en assurant la réalisation des projets prioritaires tout en respectant le budget alloué.
2) Mettre en place des politiques efficaces de gestion financière.
3) Augmenter l'utilisation des nouvelles technologies pour une gestion optimale des systèmes d'information et de communication et utilisation des IPad par les usagers pour un plus grand divertissement.
4) Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité par l'élaboration d'un plan intégré de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'un plan opérationnel par direction pour septembre 2018 et en assurer un suivi trois fois dans l'année.
5) Poursuivre la mise en place des mesures visant à assurer la sécurité et la qualité des soins et des services par l'amélioration continue.
6) Améliorer les mesures de planification des congés et des admissions afin de participer au désengorgement des urgences et mieux répondre aux besoins des usagers tout en maintenant un taux d'occupation à au moins 95%, répondant ainsi aux exigences ministérielles (mars 2019).
7) Respecter les ententes avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et rédiger des ententes avec les CIUSSS/CISSS concernés par des achats de place.
8) Rédiger le plan de communication et la politique sur la maltraitance et mettre à jour le Code d'éthique, les règlements et politiques portant à échéance d'ici mars 2019.
9) Augmenter le rayonnement de l'Hôpital Marie-Clarac auprès de la communauté, du réseau de la santé et des universités pour mars 2019.

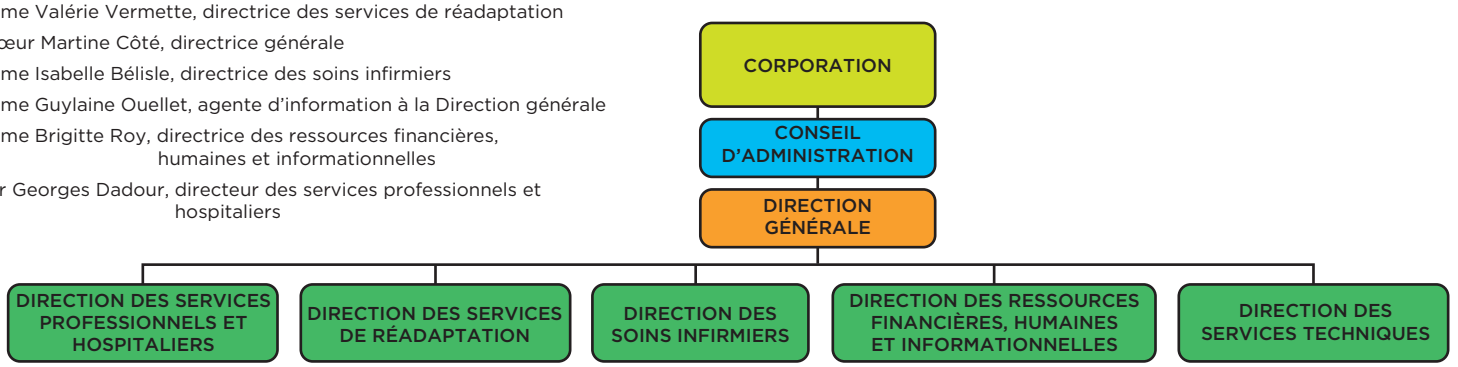
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

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

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

MEMBRES DU COMITÉ DE RÉGIE, DE GAUCHE À DROITE :

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



PLAN STRATÉGIQUE 2016-2021

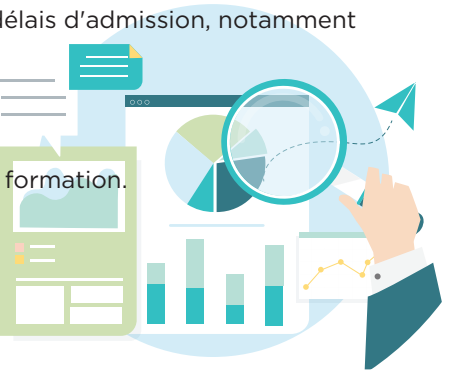
Le plan stratégique 2016-2021 a été développé dans le contexte suivant :

- la reconfiguration du réseau de la santé;
- l'agrandissement de l'établissement et la perspective du développement de nouveaux programmes cliniques;
- la mission universitaire de l'établissement;
- les défis auxquels sont confrontés tous les établissements du réseau : la qualité et la sécurité des soins, les restrictions budgétaires, l'attraction et la rétention d'un personnel compétent, le vieillissement des infrastructures.

Les axes majeurs du plan stratégique concernent les défis que nous devons relever pour atteindre l'excellence. Nous visons plus particulièrement les enjeux reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée, l'utilisation sécuritaire des médicaments, la prévention des chutes, un environnement sécuritaire et un milieu de travail productif et agréable.

Orientation et objectifs du plan stratégique

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



AGRÉMENT

L'engagement de l'établissement au regard de l'amélioration de la qualité se poursuit. Suite à la visite d'Agrément Canada de novembre 2017 où l'établissement a été agréé avec mention d'honneur, une pratique exemplaire soumise à l'Organisation des normes en santé a été accordée. En effet, la pratique *"Évaluation du risque de chute"* a satisfait tous les critères demandés et témoigne de la qualité des initiatives du personnel. De plus, dans le cadre des travaux d'amélioration de la qualité, l'établissement a procédé aux sondages de qualité de vie au travail et de culture de sécurité. Les résultats obtenus permettront d'ajuster certaines actions prévues au *Plan intégré d'amélioration de la qualité des soins et des services*. La prochaine visite d'agrément aura lieu en novembre 2021.

La déclaration et la divulgation des incidents/accidents

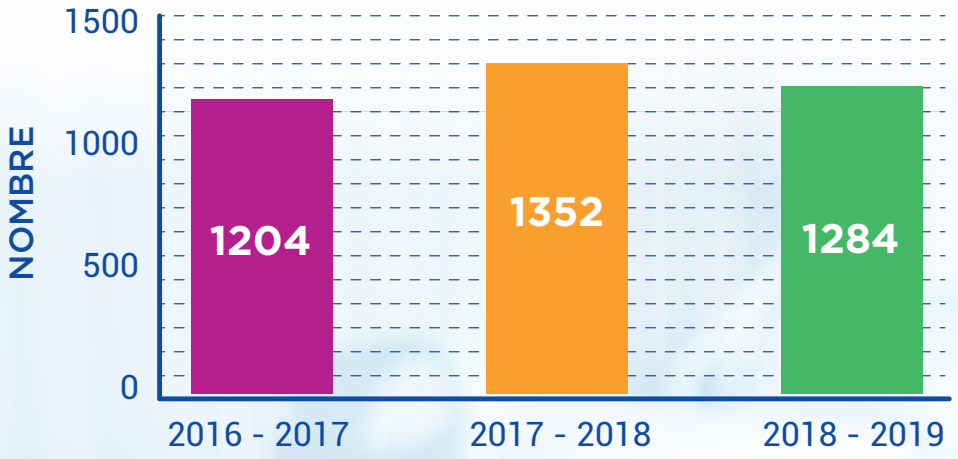
Les actions réalisées pour en faire la promotion comprennent notamment :

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

Les principaux risques d'incidents et accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

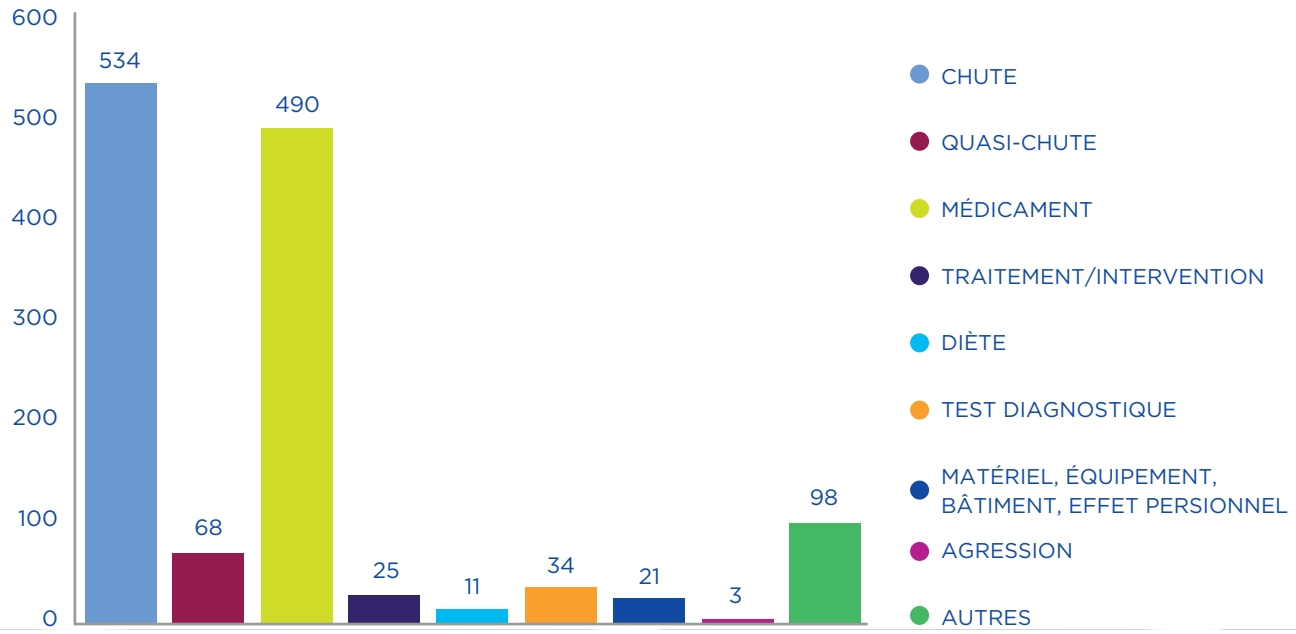
Nombre d'incidents et d'accidents déclarés annuellement

Pour l'année 2018-2019, 1284 événements ont été dénombrés, soit une diminution de 5% comparativement à l'année précédente. On peut expliquer ce fait par la diminution des événements déclarés en lien avec les médicaments aux soins palliatifs, compte tenu de l'amélioration de plusieurs processus de gestion et de distribution des médicaments.



Nombre de déclarations par type d'événement

Tel que présenté dans le tableau qui suit, les chutes et les événements en lien avec la médication sont les principaux types d'événements touchant la sécurité des usagers. En proportion, ils représentent 42% et 38% des événements déclarés. Parmi les événements de la catégorie "Autres", on retrouve principalement des blessures mineures, qui comptent pour 82% des événements dans cette catégorie.



Répartition des événements par niveau de gravité

Les incidents sont des événements indésirables qui ne touchent pas les usagers (gravité A et B).

INCIDENTS PAR GRAVITÉ *		
Niveau de gravité	**A**	**B**
Nombre	**16**	**133**
Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements déclarés)	**1,2%**	**10,3%**

* L'échelle de gravité est décrite dans le dernier tableau de la rubrique

Les trois principaux types d'incidents répertoriés sont relatifs aux :

- Médicaments (115 déclarations; 9% de la totalité des évènements déclarés)
- Quasi-chutes (22 déclarations; 1,7% des événements)
- Autres événements (6 déclarations; 0,5% des événements)

Les accidents réfèrent à une action ou une situation survenue au cours de la prestation de services à un usager où le risque se réalise et qui est ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de cet usager (gravité C à I).

ACCIDENTS PAR GRAVITÉ								
Niveau de gravité	**C**	**D**	**E1**	**E2**	**F**	**G**	**H**	**I**
Nombre	700	156	251	19	9	0	0	0
Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements déclarés)	**54,5%**	**12,1%**	**19,5%**	**1,5%**	**0,7%**	**0**	**0**	**0**

Les trois principaux types d'accidents sont les chutes, qui comptent pour 534 déclarations (41,6%), suivi des événements en lien avec la médication (375 déclarations; 29,2%) et des événements de catégorie « Autres » (92 déclarations, 7,1%). Ce dernier fait référence en grande partie à des blessures mineures.

L'établissement s'est doté d'un programme interdisciplinaire de prévention des chutes et des conséquences graves qui fait l'objet d'un suivi quant à son implantation. Divers moyens, dont des audits, des capsules réflexives et du soutien au personnel ont été mis en place en cours d'année. Des améliorations ont été notées pour certains aspects du programme et le suivi se poursuivra en 2019-2020. Un plan d'action relatif aux événements liés à la médication aux soins palliatifs a été réalisé en cours d'année. Des processus ont été améliorés, ce qui a contribué à une diminution des incidents et des accidents. Certains de ces processus ont été étendus sur les unités de réadaptation et les travaux se poursuivront au cours de l'année 2019-2020.

Note : Échelle de gravité des incidents et accidents

A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'usager.
B	Un événement est survenu, mais l'usager n'a pas été touché (échappée belle).
C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention).
D	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence.
E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manoeuvre de Heimlich).
E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, intervention ou traitement spécialisé qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité / durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité / durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).
H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardiorespiratoire).
I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.

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

L'utilisation des mesures de contrôle demeure une mesure de dernier recours. Les directions des services professionnels et hospitaliers, des soins infirmiers et des services de réadaptation ont joint leurs efforts pour moderniser le protocole d'utilisation des mesures de contrôle, qui est en bonne voie d'être complété et diffusé.

Suivi mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

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

TRAITEMENT DES PLAINTES

Rapport du régime d'examen des plaintes du 1er avril 2018 au 31 mars 2019.

- 0 dossier de maltraitance
- 0 dossier de divulgation d'acte répréhensible
- 4 dossiers d'assistance
- 9 dossiers de plaintes
- 11 dossiers de consultation
- 2 plaintes médicales adressées au médecin examinateur

NOTE : Une plainte ou une assistance peut contenir plus d'un objet de plainte ou d'insatisfaction.

Plaintes du 1er avril 2018 au 31 mars 2019	HMC	Objets	Plaintes	Assistance
En voie de traitement au début de l'exercice	1	Accessibilité et continuité	2	
Reçues	9	Soins et services dispensés	5	3
Conclues	9	Relations interpersonnelles	4	
Plaintes déposées au Protecteur du citoyen	0	Organisation du milieu et ressources matérielles	4	1
Plainte médicale (conclues)	2	Droits particuliers Aspect financier	1 1	1

Mode de dépôt des plaintes		Auteur		Délai de traitement	
Verbalement	8	Usager	4	1 à 45 jours	9
Par écrit	3	Représentant	7	46 à 60 jours	2

Suites données aux plaintes conclues Nature des mesures correctives appliquées ou recommandées	
Démarche d'amélioration	X
Intercession Liaison	X
Clarification	X
Encadrement	X
Obtention du service	X
Consultation sur Lois : aide à mourir et maltraitance	X
Orientation CHSLD	X
Amélioration communications	X

Promotion du régime et respect des droits

Nature des activités

- Rencontre des membres de la direction des soins infirmiers, des programmes à la clientèle et des employés de l'hôpital sur le mandat et la philosophie d'approche de la commissaire; dans le cadre du traitement des plaintes; mentionnons ici l'excellente collaboration de la direction et du personnel de l'Hôpital Marie-Clarac au traitement des dossiers permettant ainsi de les associer à la recherche de solutions adaptées aux différentes demandes ou attentes des usagers dans une approche continue d'amélioration de la qualité des services.

- Participation aux rencontres du comité de vigilance. Présentation du bilan périodique du traitement des dossiers de plaintes lors des rencontres et dépôt d'un bilan annuel de la commissaire portant sur la satisfaction des usagers pour l'année 2018-2019; réponses aux questions des membres relatives à l'amélioration de la qualité des services aux usagers; analyse des rapports synthèses ponctuels déposés par la direction de la gestion des risques et leurs recommandations visant l'amélioration des services.

- En collaboration avec la directrice des soins infirmiers, validation de la politique portant sur la maltraitance et rencontre du personnel de l'Hôpital Marie-Clarac pour présentation conjointe avec la commissaire quant aux modalités d'application de cette Loi.

- Suivi aux recommandations émises suite à la visite ministérielle d'appréciation de la qualité pour les établissements, afin de s'assurer que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services poursuive la diffusion de l'information sur les droits et obligations des usagers auprès de ces derniers et leurs familles, auprès des membres du comité des usagers ainsi qu'à l'ensemble des membres du personnel. Suivi à la démarche d'agrément pour la partie concernant la commissaire selon le rapport d'activités planifiées à cette fin.

- Promotion du mandat de la commissaire par la supervision ponctuelle de l'affichage promotionnel adéquat sur les étages afin d'assurer l'accessibilité au dépliant du régime d'examen des plaintes et la connaissance du rôle et mandat de la commissaire auprès des usagers, proches et familles; accessibilité de cette documentation dans la pochette d'accueil remise lors de l'accueil des nouveaux usagers. Révision ponctuelle du dépliant de la promotion des plaintes pour l'Hôpital Marie-Clarac.

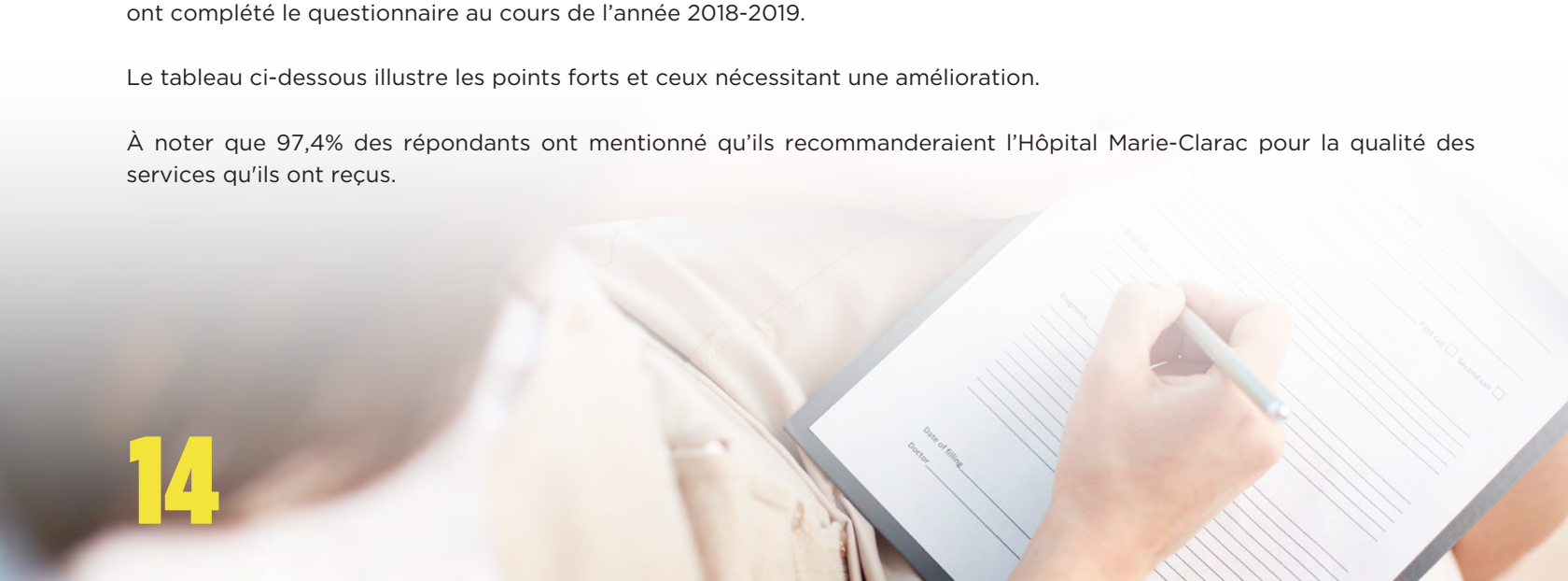
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

À compter du 1er avril 2018, l'hôpital s'est doté d'un nouveau questionnaire d'appréciation "Expérience patient" et a été mis à la disposition des usagers, tant au niveau de la réadaptation qu'aux soins palliatifs.

Grâce à l''implication des membres du comité des usagers, près de 320 usagers au total (réadaptation et soins palliatifs) ont complété le questionnaire au cours de l'année 2018-2019.

Le tableau ci-dessous illustre les points forts et ceux nécessitant une amélioration.

À noter que 97,4% des répondants ont mentionné qu'ils recommanderaient l'Hôpital Marie-Clarac pour la qualité des services qu'ils ont reçus.



Portrait de l'expérience usager / famille
Réadaptation
Du 1er avril 2018 au 31 mars 2019

*** Points forts :**

- J'ai été bien accueilli à mon arrivée : ..... 97,3 %
- J'ai compris la raison de mon hospitalisation : ..... 98 %
- Mon intimité a été respecté : ..... 90 %
- Le personnel tient compte de mes valeurs culturelles et spirituelles : ..... 88 %
- Les équipements pour m'aider étaient adaptés à mes besoins : ..... 89 %
- J'ai eu le sentiment d'être en sécurité : ..... 88 %
- J'ai reçu des soins qui répondaient à mes besoins : ..... 89 %

*** Points d'amélioration :**

- J'ai reçu de l'aide dans un délai raisonnable en utilisant la cloche d'appel : .. 77 %
- Le secteur autour de ma chambre était tranquille : … ..... 76 %
- J'ai pu bénéficier de temps de loisirs : ..... 64 %
- **Recommanderiez-vous l'Hôpital Marie-Clarac : ..... 97,4 %**

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Prestation sécuritaire - Qualité de soins - Amélioration continue de la qualité

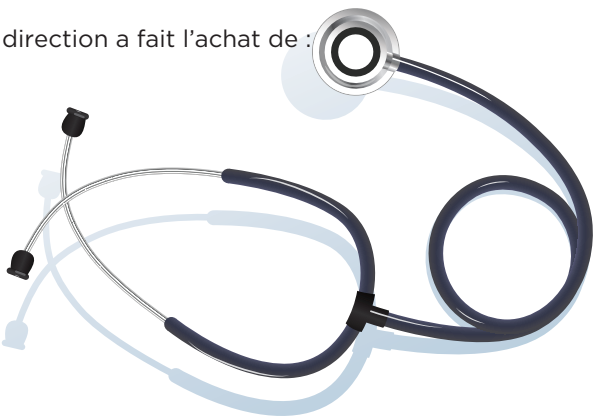
RÉALISATIONS

- Développement et actualisation d'un plan d'action afin d'améliorer l'intégration du programme de prévention des chutes.
- Réalisation d'un plan d'action relatif aux événements liés à la médication aux soins palliatifs dont plusieurs améliorations ont été générées.
- Élaboration de stratégies afin d'améliorer la culture juste de la qualité et de la sécurité des soins pour les unités de réadaptation et poursuivre celles des soins palliatifs.
- Coordination des travaux sur la rédaction et la diffusion de la politique de la lutte contre la maltraitance envers les adultes en situation de vulnérabilité.
- Élaboration d'une procédure pour améliorer la gestion des tubes à prélèvement sanguin et ainsi s'assurer de la qualité du matériel utilisé.
- Élaboration d'une procédure de vérification et manutention des bonbonnes d'oxygène et entretien des concentrateurs d'oxygène.
- Mise sur pied d'un plan de remplacement des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants.
- Élaboration et implantation d'une procédure afin de rendre accessible le don de tissus aux soins palliatifs.
- Création des chariots occupationnels pour les usagers et leurs proches aux soins palliatifs.

MOBILIER ET ÉQUIPEMENT

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

a) équipement pour personne obèse;
b) alarmes de lit;
c) doppler ;
d) saturomètres;
e) divans-lits pour les soins palliatifs;
f) concentrateurs d'oxygène;
g chaises au poste des infirmières de l'unité 1B;
h) otoscope;
i) appareil à tension artérielle électronique;
j) toiles pour lève-personne.



EFFECTIFS EN SOINS INFIRMIERS

La direction des soins infirmiers a accueilli 53 nouveaux employés, dont 3 agentes administratives, 32 préposés aux bénéficiaires, 6 infirmières auxiliaires et 12 infirmières, se traduisant par 14 journées d'accueil.

DIRECTIONS & SERVICES (suite...)

RÉALISATIONS INTERDISCIPLINAIRES

- La modification du déroulement et de la communication lors des rencontres interdisciplinaires (PII).
- L'actualisation du plan d'action sur l'approche des soins centrés sur l'usager et sa famille. Réévaluation et priorisation des prochaines activités.
- L'implantation des chariots *Burlodge* sur les unités de réadaptation.
- La révision du protocole d'utilisation des mesures de contrôle.
- Les travaux de rénovation des chambres et des salles de bain aux unités de la réadaptation.
- La mise en place et la tenue du comité pharmacie-nursing.
- L'ajustement de certains processus en lien avec la distribution, l'administration, l'utilisation des cabinets informatisés et la numérisation des ordonnances médicales.
- La mise sur pied du projet "trajet de marche" à l'unité 2B.
- La mise en place de capsule réflexive avec la neuropsychologue en lien avec les chutes.
- Des réflexions sur les mesures à mettre en place afin d'élaborer une procédure sur le code blanc.
- L'amélioration du contenu des écrans sur les unités de réadaptation pour la planification de congé.
- Le développement d'une entente de collaboration avec l'Institut de Cardiologie de Montréal dans le cadre d'admission d'usagers porteurs d'un cœur mécanique.
- L'achat de nouveaux lits électriques.
- L'élaboration de la politique sur l'utilisation des quadriporteurs.
- La participation d'usagers/familles au concert de Noël de la fondation de l'hôpital.
- La mise en place de sessions de yoga et de massothérapie pour le personnel des soins palliatifs.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Une mise à jour importante d'une partie du programme de prévention des infections a été réalisée, notamment en ce qui concerne les entérobactéries productrices de carbapénémases. Des ordonnances collectives ont été créées et d'autres ajustées afin de prendre en compte les données probantes.
- Une éclosion de grippe est survenue en cours d'année ainsi qu'une éclosion de virus respiratoire syncytial et 3 de gastroentérite.
- Dans le cadre de la Campagne québécoise des soins sécuritaires – volet prévention des infections :
  - Six audits de conformité à l'hygiène des mains ont été réalisés. Le résultat global est 75%, similaire à l'an dernier, mais légèrement inférieur à la cible de 80%. Les efforts d'amélioration se poursuivent. Entre autres, une campagne d'hygiène des mains a été réalisée au cours de la Semaine nationale de la sécurité des patients et de la formation a été donnée en cours d'année afin d'améliorer la conformité.
  - Des audits ont été réalisés concernant le dépistage des bactéries multirésistantes à l'admission des patients. Les résultats ont été satisfaisants, de même que pour l'application des précautions additionnelles de contact pour certains patients isolés.
  - Les résultats des audits concernant les soins de sonde urinaire démontrent une excellente conformité aux pratiques recommandées.

FORMATION – PRÉCEPTORAT – STAGE

- Stagiaires : trois cent vingt-sept (327) stagiaires de tous les titres d'emploi ont été accueillis.
- Formations offertes :
  a) formation sur l'examen clinique et aux coachs cliniques;
  b) formation annuelle : la vaccination; laveur désinfecteur; pompe à gavage; pousse seringue et oxygène;
  c) nouvelles aiguilles sécuritaires;
  d) coaching offert sur l'évaluation du risque de chute à l'admission, au retour de l'urgence, les tournées intentionnelles, les discussions aux rencontres interdisciplinaires (PII);
  e) capsule réflexive sur l'évaluation, l'intervention, la documentation et la communication relatives aux chutes;
  f) capsules d'information sur les chutes;
  g) capsules spirituelles et cliniques aux soins palliatifs;
  h) formation par l'ICM sur le cœur mécanique "Heartmate 2".

DIRECTION DES SERVICES DE RÉADAPTATION

L'année 2018-2019 a été marquée par la réattribution des postes de gestion: le recrutement et la nomination de la chef des services d'ergothérapie et psychosociaux en mai 2018, les nominations officielles de la directrice des services de réadaptation (DSR) en octobre 2018, de la chef du service de physiothérapie en novembre 2018 et de son assistante-chef en janvier 2019. L'alourdissement et la complexité de la clientèle se font ressentir sur la charge de travail des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux.

Plusieurs projets ont nécessité une collaboration avec les autres directions cliniques :

- Participation à l'implantation du processus de planification précoce et conjointe des congés, également en collaboration avec les CIUSSS/CISSS partenaires.
- Élaboration et implantation du PII unique sur 3 unités/4.
- Collaboration avec la direction des soins infirmiers (DSI) sur le cheminement des usagers sous oxygénothérapie.
- Participation avec la DSI à la mise en place d'un plan d'action conjoint sur la prévention des chutes.
- Consultation des travaux sur la mise en place de la politique pour contrer la maltraitance.
- Collaboration avec la DSI pour la mise à jour de la politique sur les mesures de contrôle.
- Prise en charge du comité code blanc par la DSR.

D'autres activités tenues au cours de l'année :

- Poursuite des rencontres de suivis de la DSR avec tous les CIUSSS de Montréal et les CISSS de la couronne Nord (Laval, Laurentides, Lanaudière) afin d'arrimer nos pratiques, notre compréhension du réseau et pour établir une bonne communication.
- Présentation *"HMC comme partenaire dans le continuum de soins montréalais"* à une délégation française de gestionnaires d'hôpitaux en octobre 2018.
- Mise à niveau du logiciel de compilation des statistiques professionnelles.
- Formation *"Intervention auprès des personnes présentant des troubles de personnalité et gestion des comportements problématiques dans le processus de réadaptation physique"* a été donnée à tous les professionnels de la DSR.
- Accueil et enseignement donné à tous les nouveaux employés des soins infirmiers et aux externes en médecine dans chacune des disciplines de la réadaptation.

SERVICE - PHYSIOTHÉRAPIE

NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Dans le cadre de la semaine de la sécurité en octobre 2018, la tenue d'un kiosque sur la révision des cartons d'autonomie aux déplacements, suivi d'une présentation de capsules sur toutes les unités de soins pour tous les quarts de travail.
- L'absence d'un médecin prescripteur pour les aides techniques, les orthèses et les fauteuils roulants pendant presque toute l'année a nécessité la mise en place de mesures compensatoires afin de répondre aux besoins de la clientèle et ne pas prolonger le séjour.
- Participation à de multiples comités :

- Par la chef de service : DSR, Chefs et responsables, DSR/DSI, PMU, Comité du dossier de l'usager, Comité de la planification des congés.
- Par l'assistante-chef : Deuil de l'autonomie.
- Par des physiothérapeutes : 2 représentants syndicaux, CGR, CM, comités paritaires code blanc et SST.

NIVEAU CLINIQUE

- Mise à jour des principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB) pour tous les physiothérapeutes.
- Trois physiothérapeutes ont reçu une formation par l'ICM, sur le cœur mécanique "Heartmate 2".
- Accueil de 28 stagiaires en physiothérapie des Universités de Montréal et Sherbrooke. Une stagiaire en sexologie a été supervisée par l'assistante-chef en physiothérapie, conjointement avec une psychologue.
- Un projet-pilote de trajets de marche pour la clientèle a débuté à l'hiver 2019, à l'unité 2B.
- Élaboration et mise en place d'une ordonnance collective sur l'ajustement de l'oxygénothérapie par les physiothérapeutes.
- Achat d'un appareil d'exercices Nustep usagé et généreux don d'un pédalier pour membres supérieurs par un ancien usager.

SERVICE - ERGOTHÉRAPIE

NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Contribution de la chef de service à divers comités internes, tels que : comité chefs et responsables, comité DSI/DSR, comité DSR, comité PMU, comité sur le deuil de l'autonomie, comité d'encombrement et comité des fauteuils roulants.
- Contribution des ergothérapeutes à titre de : présidente du comité d'éthique, représentante syndicale, consultante dans le cadre de la rénovation des salles de bain au pavillon des soins palliatifs et membre du conseil multidisciplinaire.
- Encore cette année, quelques ergothérapeutes du service, en collaboration avec d'autres employés, ont organisé une chorale de Noël pour les usagers des 5 unités de soins.
- Tenue d'un kiosque pendant la semaine de la sécurité en collaboration avec la DSI sur les risques et impacts des contentions.

NIVEAU CLINIQUE

- En septembre 2018, fin de la coordination professionnelle en ergothérapie suite au transfert des dossiers à la nouvelle chef.
- Tenue de cinq rencontres de service pour discuter de la surcharge de travail et échanger sur les moyens compensatoires disponibles actuellement.
- Formation sur les impacts fonctionnels des considérations cardiorespiratoires pour tous les ergothérapeutes.
- Accueil de 4 stagiaires de l'Université de Montréal.
- Acquisition de sections de coussin Roho pour insertion dans les matelas en mousse spécialisée et un ensemble de coussin et de housses pour la prévention/traitement des plaies et positionnement, un fauteuil de repos bariatrique, un lit motorisé à profil bas et remplacement de la machine à coudre.

SERVICE - PSYCHOSOCIAL ET SOINS SPIRITUELS

NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Une démission a permis l'affichage d'un poste de deux jours par semaine en service social.
- Implication d'un travailleur social comme membre du conseil multidisciplinaire, du comité d'éthique et comme représentant du curateur.
- Implication d'une psychologue et de l'intervenant en soins spirituels au comité éthique.
- Implication d'une psychologue au comité sur le deuil de l'autonomie.

NIVEAU CLINIQUE

- Révision de la description de tâches de l'intervenant en soins spirituels.
- Non remplacement des vacances en neuropsychologie et psychologie.
- Supervision, par une psychologue, d'une stagiaire en sexologie conjointement avec l'assistante-chef en physiothérapie.
- Élaboration du programme de stage en soins spirituels afin de permettre l'accueil de trois stagiaires de l'Université de Montréal pour un stage de deux sessions à raison d'un jour par semaine. Accueil d'un stagiaire de l'Archevêché de Montréal pour un candidat au diaconat à raison d'une demi-journée par semaine pour une durée de deux sessions. Accueil de quatre « stagiaires d'un jour » en soins spirituels (stage d'observation d'une journée).

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

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

FAITS SAILLANTS

- Absence prolongée de divers médecins pour des raisons de santé ou pour des congés de maternité.
- Absence prolongée de la chef du département clinique de pharmacie ainsi que de plusieurs assistantes-technique senior.
- Accueil au total de 54 externes et 5 résidents en médecine pour la réadaptation et les soins palliatifs.
- Ajout d'un médecin au sein de l'équipe médicale.
- Nomination d'un médecin prescripteur pour les aides techniques à la motricité en partenariat avec le CIUSSS Centre-Sud-de l'île de Montréal.
- Relocalisation des bureaux de la direction des services professionnels, des médecins et de l'enseignement médical.
- Répartition des médecins par unité de soins.

SERVICE - ADMISSION, ACCUEIL ET LIAISON

- Reprise des relances post congés de façon aléatoire.
- 1 472 demandes de service interétablissement envoyées vers les CLSC.
- 1 747 dossiers de patients reçus par la DSIE.
- 504 demandes de soins palliatifs reçues.
- Implication de la chef de service dans les différentes rencontres avec les CIUSSS et les CISSS.
- Nouveau formulaire de consentement pour les usagers en soins palliatifs.
- Implication dans le projet DSIE-repère.
- Poste d'agente administrative classe 3 à temps partiel comblé le 14 mai 2018.

SERVICE - ARCHIVES MÉDICALES

- Réadaptation
  a) 1704 départs et 1714 admissions. Une diminution de 6.2% pour les départs et 6.1% pour les admissions comparativement à 2017-2018.
  b) comme l'an passé, un seul décès est survenu.
  c) durée moyenne de séjour est passée de 36.5 jours à 39.1 jours, une augmentation de 2.6 jours comparativement à 2017-2018.
  d) Le taux d'occupation global a légèrement diminué en passant de 96.1% à 95.6% en 2018-2019. En réadaptation il a été de 96.4% et en soins palliatifs de 91.4%.

- Soins palliatifs
  a) Au cours de l'année 2018-2019, 504 demandes ont été reçues et sur ce nombre, 315 usagers ont été admis. Pendant l'année, il y a eu 314 décès et 12 congés, dont 7 en CHSLD, 4 sont retournés à domicile et 1 a été transféré à l'hôpital Notre-Dame (à la demande de l'usager).

- Départ à la retraite d'une secrétaire médicale du service des archives en mars 2018.
- Réaménagement du local des dossiers médicaux antérieurs avec l'achat de plusieurs filières, pour maximiser l'espace.

SERVICE - NUTRITION CLINIQUE

Nombre de consultations en nutrition clinique :
- Réadapatation : 704
- Soins palliatifs : 147
  - Alimentation entérale : 7
  - Dysphagies : 135

RÉALISATIONS

- Supervision de 4 stagiaires en nutrition de l'Université McGill :
  a) révision de plusieurs guides d'enseignement;
  b) évaluation de la satisfaction de la clientèle vis-à-vis les repas;
  c) assurance qualité (étude des températures des plateaux);
  d) création d'une formation sur le nouveau "Guide alimentaire canadien" pour les techniciennes en nutrition;
  e) activités du mois de la nutrition "Mars 2019" : kiosque d'informations; dégustations; nouvelles recettes servies à la cafétéria.
- Supervision d'une stagiaire technicienne en nutrition du cégep Montmorency.
- Révision du menu des repas et des collations des usagers : poursuite des panels de dégustation.
- Déploiement sur les unités 1B, 1C, 2B et 2C des nouveaux équipements pour les chariots "Burlodge".
- Formation continue offerte aux techniciennes sur Le Guide alimentaire Canadien 2019.
- Formation continue de l'OPDQ suivie par les nutritionnistes : formation théorique de 15 heures sur les nouvelles activités autorisées qui peuvent être exercées par la nutritionniste :
  a) prescription des formules nutritives;
  b) prescription des vitamines et minéraux;
  c) prescription des solutions d'enzymes pancréatiques servant à rétablir la fonctionnalité du tube d'alimentation entérale.

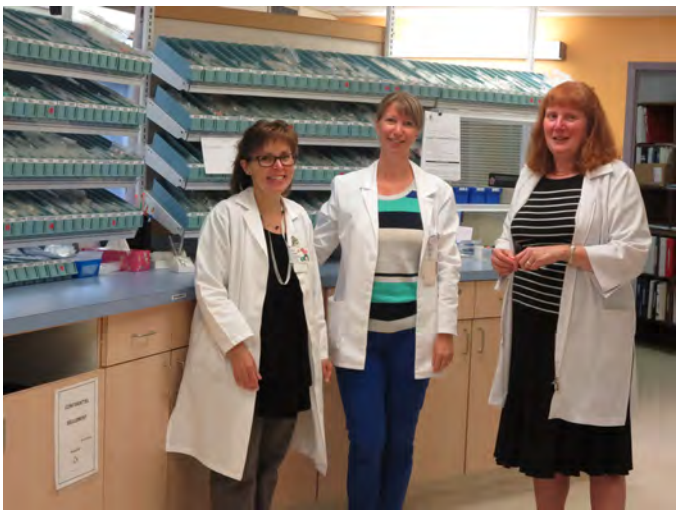
- Dans le cadre du projet "Emploi d'été Canada", mise à jour à 50% des processus de sécurité alimentaire concernant les allergènes du menu.
- Restructuration du menu papier (disposition et format).
- Rencontre mensuelle et présentation pour les externes en médecine.

SERVICE - PHARMACIE

- Arrêt de travail prolongé et retours progressifs de trois assistantes techniques en pharmacie (ATP) et de la chef de département. La chefferie est assumée de façon intérimaire par une pharmacienne du service.
- Reprise des réunions départementales de la pharmacie en décembre 2018 et du travail des ATP.
- Départs à la retraite de 2 pharmaciennes de juin 2018 à janvier 2019.
- Embauche d'une pharmacienne sur un poste 4 jours/semaine vacant par un départ à la retraite.
- Mise en place de l'ensachage des benzodiazépines, phénobarbital et méthylphénidate.
- Révision du contenu des cabinets automatisés des soins palliatifs.
- Reprise des réunions pharmaco-nursing en mars 2019.
- Numérisation des ordonnances envoyées à la pharmacie.

RÉALISATIONS

- Gestion de nombreux produits en rupture d'inventaire et rappels de médicaments.
- Maintien des heures d'ouverture de la pharmacie malgré l'absence de cinq employés dans le service.
- Maintien de l'ouverture de la pharmacie le samedi malgré la carence en personnel technique et professionnel.
- Ajout de personnel technique et professionnel sur la liste de rappel de la pharmacie.
- Rétablissement d'un climat de travail serein malgré la lourdeur de la tâche.



SOINS PHARMACEUTIQUES ET SERVICES CLINIQUES

Bilan comparatif des médicaments (BCM) :
- 2580 BCM d'admissions et de départs en réadaptation et soins palliatifs;
- 2005 BCM d'admissions et de départs faits exclusivement par le personnel de la pharmacie;
- 12 BCM de transferts, comptabilisés à partir d'avril 2018;
- Délai moyen pour la production du BCM d'admissions : 23 jours.

Les pharmaciens ont initié 26% des ordonnances d'admission selon l'ordonnance collective OC-017.

GESTION DES ORDONNANCES ET DISTRIBUTIONS DES MÉDICAMENTS

- 105 007 ordonnances annuelles validées pour 2082 usagers.
- 4 646 transactions pour assurer la distribution et le contrôle des stupéfiants et substances ciblées. Le nombre a chuté, car la majorité de ces médicaments sont accessibles dans les cabinets automatisés décentralisés.
- Reservice des médicaments par la PacMed : 371 490 médicaments pour 2057 usagers.
- Environ 450 préparations magistrales non stériles ont été préparées par le personnel technique.
- Préparation d'un total de 9 piluliers hebdomadaires pour 6 patients.
- Préparations personnalisées de la médication ensachée pour usagers bénéficiant d'un congé médical temporaire à domicile.

GESTION FINANCIÈRE

En raison du refus zéro et des médicaments onéreux que les usagers reçoivent, les dépenses de la pharmacie pour les médicaments ont dépassé de 134 142,57 $ du budget alloué.

ENSEIGNEMENT

Aucun enseignement donné aux externes de médecine cette année, en raison du manque de personnel.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

SERVICE - ALIMENTAIRE

- « Projet emploi été Canada » avec le service de la nutrition clinique, participation de la mise à jour des processus de sécurité alimentaire concernant les allergènes du menu.
- Panel de dégustation pour le menu des usagers en continu.
- Planification et implantation des nouveaux équipements pour la distribution des plateaux aux usagers « Système Burlodge ».
- Pour une période de 2 semaines, essai d'un déshydrateur d'aliments afin de diminuer le volume de déchets jeté au conteneur, projet pilote pour valider l'achat de l'équipement.
- Adhésion à l'organisme "La tablée des Chefs" pour effectuer la récupération alimentaire.

SERVICE - HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

- Mise à niveau des planchers des unités de la réadaptation
  - Début des travaux seulement à l'automne 2018 vu le manque de ressources et cela, pour une durée de 2 mois seulement, toujours en raison du manque d'effectifs.
- Main-d'œuvre

Beaucoup de difficulté au sein de la main-d'œuvre au cours de l'année 2018-2019, particulièrement à cause :

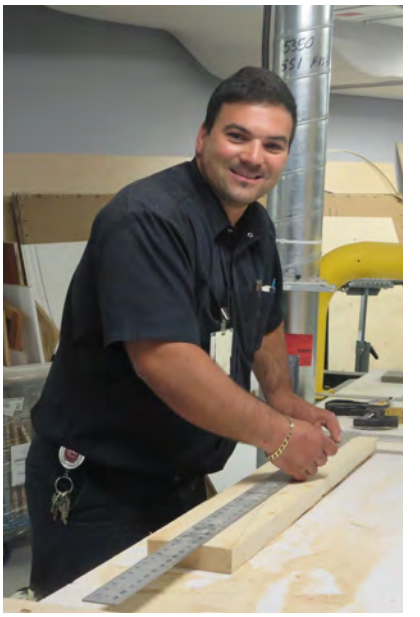
a) du nombre problématique d'arrêts de travail (environ 1/3 des temps complet durant le 2/3 de l'année);
b) de quelques départs en raison de démissions et/ou retraites;
c) de l'incapacité de recruter des nouveaux employés et/ou des employés appropriés.

SERVICE - BUANDERIE ET LINGERIE

- Retrait des deux sécheuses à vapeur pour l'installation d'une sécheuse au gaz dans le projet d'optimisation énergétique.
- Changement de méthode de rangement des uniformes des services techniques en optant pour un rangement sur cintres plutôt que de les plier et les empiler sur tablettes.
- Beaucoup de difficulté à conserver la lingerie/literie dans un état adéquat pour desservir les unités et les clientèles. Les quantités des différents items sont constamment à la baisse et les raisons peuvent être multiples (vols, dispositions aux déchets (non fait par la buanderie) etc.
  Poids souillé literie/lingerie envoyé à l'externe : 180 000 kg.
  Poids souillé nettoyé à l'interne (microfibre salubrité, linge/tablier service alimentaire, uniforme) : 52 000 kg.

SERVICE - ENTRETIEN ET FONCTIONNEMENT DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES

- 2 513 demandes de réparation ont été complétées cette année comparativement à l'an passé avec 2 375 demandes. Le délai de réalisation étant de 3,87 jours, alors que la cible était de 4.
- La proportion des demandes d'entretien préventif est de 39,19%, alors que l'an passé c'était de 34,74%.
- En novembre 2018, début de la mise en place d'un système d'étiquetage uniforme afin d'identifier tous les équipements médicaux ainsi que les valves pour la plomberie, la chaufferie et les salles mécaniques qui sont informatisé au niveau de la gestion de la maintenance.
- Un programme préventif est mis en oeuvre pour les contrats de maintenance externe afin d'en effectuer efficacement le suivi.
- Un programme d'économie d'énergie a été implanté. Il permettra d'éliminer la vapeur dans la chaufferie ainsi que l'eau de la ville pour les systèmes de refroidissement du pavillon Marie-Clarac.



TRAVAUX MAJEURS AU COURS DE L'ANNÉE

- Rénovation de l'entrée des marchandises	381 000 $
- Remplacement des automates ascenseurs #3 et #4	20 000 $
- Remplacement de la conduite alimentant les cabinets d'incendie	25 000 $
- Pompe de surpression pour l'alimentation en eau domestique du PMC	58 000 $
- Remplacement de la barrière coulissante du stationnement des autobus	30 000 $
- Rénovation des salles de bain et des chambres #105, 106, 108, 205, 206, 208	800 000 $
- Efficacité énergétique projet Énergère (projet autofinancé)	3 026 737 $
- Remplacement de l'unité de climatisation C24	15 000 $
- Ajout de 16 haut-parleurs aux unités 2A et 3A	4 000 $
TOTAL :	**4 359 737 $**

RENOUVELLEMENT D'ÉQUIPEMENTS MAJEURS (RÉVISÉ LE 21 MARS 2019)

- Remplacement de 6 lits électriques	33 000 $
- Chariots Burlodge	146 000 $
- Compacteur à déchets cuisine	37 704 $
- Autorécureuse	12 300 $
- Étagères pour les archives médicales	8 000 $
- Surface thérapeutique NIMBUS 4	4 995 $
TOTAL :	**241 999 $**

ENVIRONNEMENT – EFFICACITÉ ÉNERGÉTIQUE - SÉCURITÉ

- Lancé en juin 2018, le projet d'efficacité énergétique avec la firme Énergère est complété à 98% au 31 mars 2019.
- À compter de juin 2019, la phase d'ajustement des équipements et de récupération pour une période de trois ans sera amorcée.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIERES, HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

La poursuite de l'optimisation des ressources dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire, les représentations auprès du MSSS pour l'obtention du contrat d'exploitation et d'utilisation des installations de l'établissement et du financement y afférent, la mise à niveau informatique concernant les systèmes financiers d'immobilisations, de gestion de projets ainsi que de ressources humaines, la consolidation de l'équipe des ressources humaines suite à l'arrivée de plusieurs nouveaux employés incluant la chef de service, ont été des enjeux majeurs pour l'exercice 2018-2019.

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

SERVICE - RESSOURCES HUMAINES

Le service des ressources humaines regroupe les secteurs de la dotation, de la rémunération et des avantages sociaux, le développement du personnel, les relations de travail, la liste de rappel et la santé et sécurité au travail. Les faits saillants de l'exercice sont indiqués au niveau des différents volets.

PLAN PRÉVISIONNEL DES EFFECTIFS, PLAN DE MAIN-D'ŒUVRE ET PROGRAMME D'ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI

- Production et mise à jour du plan prévisionnel des effectifs et du plan de main-d'œuvre.
- Poursuite de la mise à jour et de l'application du programme d'accès à l'égalité en emploi.
- Revue de la procédure d'offre conditionnelle d'emploi.
- Légère baisse du pourcentage (4.65% et une cible visée de moins de 7.5%) des heures de main-d'œuvre indépendante par rapport à la masse salariale globale et cela malgré une légère augmentation au niveau du même ratio pour la main-d'œuvre indépendante infirmière (9.20%, tout en demeurant sous la cible visée de moins de 16%).

DOTATION

- Réalisation de 108 embauches d'employés et gestionnaires en raison de 116 départs.
- Poursuite dans les efforts de dotation interne, il y a eu 86 affichages internes.
- Élaboration et mise sur pied d'entrevue de groupe pour certaines catégories de titres d'emploi.

POLITIQUES

- Mise à jour et révision des politiques portant sur :
  - Promotion de la civilité et prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
  - Gestion des matières dangereuses (SIMDUT);
  - Évaluation de l'état de santé lors d'embauche et de mutation.

FORMATION ORGANISÉE PAR LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

- Pour les cadres :
  - Formation interne des gestionnaires en matière de Promotion de la civilité et prévention du harcèlement et de la violence et activités à réaliser dans leur équipe de travail;
  - Formation externe sur le leadership pour les gestionnaires;
  - Formation interne des cadres supérieurs en matière du programme de maternité sans danger.

- Pour les employés :
  - Formation SIMDUT 2015 pour les employés ciblés.

SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

- Information et sensibilisation aux employés et gestionnaires afin de favoriser l'assignation temporaire et le maintien du lien d'emploi en invalidité avec les employés.
- Revue des mécanismes de communication/transfert d'information avec la SST et à l'interne avec le service de la paie afin de maximiser l'efficience dans le traitement des dossiers d'employés.
- Relance du Comité paritaire en santé et sécurité du travail avec une présentation de l'ASSTSAS et tenue de rencontres récurrentes.
- Organisation de la formation premiers soins CNESST des employés ciblés.
- Rédaction d'articles touchant les ressources humaines ou la santé et la sécurité au travail pour chacune des parutions du journal "Le Contact".
- Tenue de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza, avec l'atteinte d'un taux de 41% de vaccination touchant directement le personnel de soins et support aux patients (excluant bénévoles, stagiaires et médecins).
- Prise d'inventaire complète des produits dangereux et informatisation des données pour l'accès à l'information des fiches de sécurité.

PROGRAMME DE RÉTENTION ET DE RECONNAISSANCE :

- Poursuite du Programme de reconnaissance, dont l'attribution de deux prix annuels : le Prix "Coup de cœur" et " Coup de génie".

PRÉSENCE À DIVERS COMITÉS DE GESTION

- Participations régulières sur plusieurs comités : Comité de gestion des risques, comité code-blanc, comité de gestion de l'information, comité des soins centrés sur les patients et leurs familles.
- Poursuite des efforts dans le maintien d'un bon climat de travail et de bonnes relations avec les différents syndicats, dont la tenue de rencontres régulières pour discuter de leurs préoccupations.

SYSTÈME D'INFORMATION EN GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Configuration et développement du logiciel Logibec afin de permettre une gestion WEB des dossiers d'employé.
  - Concernant Logibec-WEB/WEB-Vacances :
    a) Élaboration d'un plan de déploiement pour les employés et gestionnaires; formation des employés du service des ressources humaines; séances d'informations aux gestionnaires.

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
PERSONNEL CADRE : (EN DATE DU 31 MARS)		
TEMPS COMPLET, NOMBRE DE PERSONNES	18	17
TEMPS PARTIEL		
- NOMBRE DE PERSONNES	3	3
- ÉQUIVALENTS TEMPS COMPLET	2.17	2.17
PERSONNEL BÉNÉFICIANT DE MESURES DE STABILITÉ D'EMPLOI	0	1
PERSONNEL RÉGULIER : (EN DATE DU 31 MARS)		
TEMPS COMPLET, NOMBRE DE PERSONNES	195	197
TEMPS PARTIEL		
- NOMBRE DE PERSONNES	260	271
- ÉQUIVALENTS TEMPS COMPLET	139.45	141.28
PERSONNEL BÉNÉFICIANT DE MESURES DE SÉCURITÉ D'EMPLOI	0	0
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
NOMBRE D'HEURES RÉMUNÉRÉES	80 105	58 970
ÉQUIVALENTS TEMPS COMPLET	44.01	32.40

SERVICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

COMPTABILITÉ ET PAIE

- Réalisation du dossier d'audit de fin d'année, collaboration avec les auditeurs externes et présentation au comité de vérification.
- Suivis serrés et support aux gestionnaires de l'établissement pour l'optimisation de leurs budgets d'exploitation, afin de maintenir l'équilibre budgétaire.
- Représentations auprès du MSSS pour défendre certains dossiers, dont notre contrat d'exploitation et d'utilisation des installations, la modalité de financement de certains lits, ainsi que l'obtention de la récurrence de la composante immobilière additionnelle.
- Suivi financier de divers projets pour la poursuite de l'amélioration des infrastructures du Pavillon Marie-Clarac, afin de respecter les budgets alloués.
- Automatisation des signatures électroniques pour le paiement des fournisseurs.
- Suivi et amélioration continue du contrôle interne, en tenant compte du nombre restreint d'employés.
- Changement de logiciel informatique pour un meilleur suivi de la gestion des immobilisations.
- Implantation du logiciel de gestion de projets, qui permettra d'assurer un meilleur suivi des dépenses et budgets alloués des projets majeurs.

APPROVISIONNEMENT

- Poursuite du travail de recherche pour assurer à l'hôpital l'approvisionnement requis aux meilleurs prix.
- Suivis dans le module de gestion des ressources matérielles (GRM) des nouvelles méthodes de travail en lien avec l'implantation des deux nouvelles applications informatiques pour la gestion des projets et des immobilisations.
- Assurer la gestion des réceptions de marchandises pendant la rénovation de l'entrée des marchandises.

INFORMATIQUE

- Soutien informatique pour les nombreuses implantations de modules informatiques et logiciels réalisées durant l'année.
- Achat et préparation de 24 Ipad destinés aux patients.
- Mise sur pied d'un nouveau réseau sans-fils performant afin de mieux desservir la clientèle et les employés utilisant des appareils mobiles.
- Analyse de l'infrastructure réseau et de la plateforme du système de virtualisation des données, en vue d'un rehaussement qui s'inscrira dans un éventuel plan directeur informatique.

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 :

COMMUNICATIONS

- Dans le but de réduire les coûts reliés au rehaussement éventuel du système téléphonique, tous les équipements du système, secteur pavillon Marie-Clarac, ont été inventoriés et il y a eu par la suite remplacement d'appareils moins onéreux qui répondaient tout autant aux besoins des utilisateurs, principalement pour les secteurs de la réadaptation.
- En collaboration avec la direction des soins infirmiers, un travail important d'intégration, incluant la création de procédures, a été réalisé lors de l'implantation du nouveau logiciel de prise de rendez-vous (Progisan).

TRANSPORT

- Afin d'assurer aux usagers un maximum de sécurité, poursuite de la sensibilisation auprès des soins infirmiers à l'importance que tout fauteuil roulant soit muni de repose-pieds lors des sorties des usagers en transport adapté pour leurs rendez-vous médicaux.
- Création d'un registre de fauteuils roulants larges.

RAPPORT PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

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

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.

Les tableaux ci-dessous résument bien le nombre d'usagers en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs dans notre établissement depuis le 10 décembre 2017.

DU 10 DÉCEMBRE 2017 AU 31 MARS 2018	
Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	94
DU 10 DÉCEMBRE 2017 AU 31 MARS 2018	
Nombre de sédations palliatives continues administrées	2
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0
Nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs le justifiant	0

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

DU 1ER AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019	
Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	315
DU 1ER AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019	
Nombre de sédations palliatives continues administrées	11
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	4
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0
Nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs le justifiant	4

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

1) Patiente décédée avant la fin du processus d'admissibilité.
2) Patiente décédée avant la date prévue de l'aide médicale à mourir.
3) Patiente décédée avant la fin du processus d'admissibilité.
4) L'usager a changé d'idée.

FONDATION DE L'HÔPITAL MARIE-CLARAC

La Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac, grâce au soutien de ses généreux donateurs, contribue à l'achat d'importants équipements et soutient des projets novateurs afin d'améliorer constamment la qualité des soins offerts et le mieux-être des usagers.

Par son engagement auprès de l'Hôpital Marie-Clarac, la Fondation vise à redonner leur autonomie à des personnes qui l'ont perdue en leur offrant des soins de réadaptation adaptés à leurs besoins ainsi qu'à offrir un lieu serein à des personnes en fin de vie et à leur famille.

La Fondation organise diverses activités de financement afin d'amasser des fonds pour permettre à l'Hôpital Marie-Clarac d'acquérir des équipements à la fine pointe de la technologie, d'offrir un environnement chaleureux aux patients et à leur famille et d'améliorer sans cesse la qualité des soins et des services offerts aux usagers de l'établissement.

Cette année, la Fondation a tenu son traditionnel cocktail-bénéfice annuel qui a réuni plus de 350 personnes. Un grand concert de Noël mettant en vedette madame Marie Michèle Desrosiers a aussi été organisé. Une nouvelle campagne de financement a également vu le jour avec la vente d'anges de réconfort pour orner le grand sapin de l'entrée de l'hôpital.

Au cours de l'année financière 2018-2019, la Fondation est fière d'avoir remis un montant de plus de 325 000 $ à l'hôpital pour financer les services de massothérapie auprès des personnes en fin de vie et l'achat de divers équipements dont des chariots pour la distribution des repas. Ces nouveaux chariots conservent la chaleur des aliments chauds et la fraîcheur des aliments frais.

Le bien-être des usagers de l'hôpital est au cœur des priorités.

Plus de 350 personnes au cocktail-bénéfice 2018!

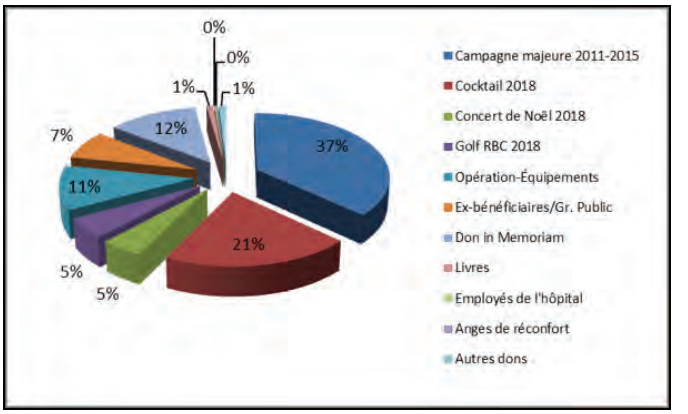
Fondation Hôpital Marie-Clarac

Sous la coprésidence d'honneur de M. Domenic Pilla, chef de la direction, McKesson Canada, et de M. Jean-Guy Goulet, chef de l'exploitation, Pharmascience, le cocktail-bénéfice 2018 a permis d'amasser plus de 170 000 $ net.

Le fondateur de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac, Raymond Paquin; Domenic Pilla, chef de la direction, McKesson Canada et coprésident d'honneur du cocktail; Sœur Martine Côté, directrice générale de l'Hôpital Marie-Clarac; Francyne Noël Trudeau, présidente du c.a. de la Fondation, et Jean-Guy Goulet, chef de l'exploitation, Pharmascience et coprésident d'honneur du cocktail.

CAMPAGNE DE FINANCEMENT 1ER AVRIL-2018 AU 31 MARS 2019

CATÉGORIES	TOTAUX	POURCENTAGE
Campagne majeure 2011-2015	308 440,00 $	36,92%
Cocktail 2018	171 270,00 $	20,50%
Concert de Noël 2018	38 069,00 $	4,56%
Golf RBC 2018	43 220,00 $	5,17%
Opération-Équipements	92 575,00 $	11,08%
Ex-bénéficiaires/Gr. Public	60 543,00 $	7,25%
Don in Memoriam	102 441,00 $	12,26%
Livres	7 721,00 $	0,92%
Employés de l'hôpital	1 870,00 $	0,22%
Anges de réconfort	1 293,00 $	0,15%
Autres activités	8 093,00 $	0,97%
TOTAL :	**835 535,00 $**	**100,00%**



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente
Francyne Noël Trudeau
Vice-présidente Affaires publiques
Laboratoires Choisy ltée

Vice-président
Ivano Scattolin
Président
Gestion Ferenzo

Secrétaire-trésorier
Gabriel Groulx
FCPA, FCA, ASC
Consultant en gouvernance et finances

Adjoint au secrétaire-trésorier
Raymond Paquin
Fondateur de la Fondation

Sr Pierre Anne Mandato
Présidente du conseil d'administration Hôpital Marie-Clarac

ADMINISTRATEURS

Adriana Alfano
Ingénieure
Gestion Anco inc

Sr Claire L. Croteau
Directrice générale
Résidence Angélica

Michael Di Grappa
Vice-président principal, gestion immobilière
Canderel

Nancy Forlini
Présidente et courtier immobilier agréé
Re/Max Solutions

Michael Fratianni
Chef de la direction
Société Terminaux Montréal

Vincent Giangaspero
Consultant
Gateway

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

Jacques Poirier
Président et chef de la direction
Magnus Poirier

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

Claudie Bouchard
Traductrice, réviseure et entrepreneure

Sr Martine Côté
Directrice générale
Hôpital Marie-Clarac

Nathalie Martin
Pharmacienne
Membre affiliée du Groupe Proxim

LISTE DES CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

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

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.A.
- Sr Pierre Anne Mandato, présidente
- Samir Naoum, vice-président
- Sr Martine Côté, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE
- Sr Martine Côté
- Sr Claire Croteau
- Marie-Hélène Desrosiers

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

COMITÉ DE RÉGIE
- Sr Martine Côté, DG
- Dr Georges Dadour, DSPH
- Isabelle Bélisle, DSI
- Valérie Vermette, DSR
- Pierre Pellerin, DST
- Brigitte Roy, DRFHI

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.M.D.P.
- Dr Messaoud Tlili, président
- Dre Sarah Adolphe, vice-présidente
- Diane Cusson, secrétaire
- Dr Georges Dadour, DSPH
- Sr Martine Côté, DG
- Dr Mamadou-Saliou Seck, membre
- Dre Katherine-Ann Dupuis, membre

COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE, PHARMACEUTIQUE ET DES DOSSIERS
- Francine Bélanger, présidente
- Dr Georges Dadour, DSPH
- Dr Mamadou Saliou-Seck
- Dre Katherine-Ann Dupuis
- Josée Théroux, archiviste

COMITÉ D'ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE
- Marie-Line De Champlain, présidente
- Dr Pierre Granger
- Dr Messaoud Tlili
- Dr Georges Dadour, DSPH

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

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES
- Dr Messaoud Tlili, président
- Dre Fadila Saoud
- Dr Georges Dadour, DSPH
- Dre Sarah Adolphe

COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL
- Nicole Jacques, chef du service alimentaire
- Christina Johnston, physiothérapeute
- Maxime Goulet, chef hygiène-salubrité & buanderie-lingerie
- Éric Marleau, représentant SQEES
- Dominique Gaudreau, représentante SIIA-HMC
- Jean-Alain Nadeau, conseiller en ressources humaines

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS
- Dre Sarah Adolphe, représentante du CMDP
- Francine Bélanger, pharmacienne, représentante du CMDP
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne en soins infirmiers
- Sr Martine Côté, DG
- Dr Georges Dadour, DSPH
- Maxime Goulet, chef hygiène-salubrité & buanderie-lingerie
- Dre Jessica St-Pierre, microbiologiste-infectiologue consultante

COMITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER
- Ève Prévost-Lebeuf, chef du service en physiothérapie
- Jacqueline Vachon, conseillère en soins infirmiers
- Josée Théroux, responsable du service des archives
- Dr Georges Dadour, DSPH

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

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ
- Sylvie Pagé, présidente
- Claude Shedleur, vice-président
- Michèle Héroux, secrétaire
- Sr Martine Côté, DG
- Marielle Dion, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
- Nancy Cloutier, présidente
- Jacqueline Vachon, conseillère soins infirmiers
- Sr Martine Côté, DG
- Isabelle Bélisle, DSI
- Marie-Ange Lafleur, inf. clinicienne
- Simona Béatrice Trif, inf. clinicienne
- Manon Bourassa, présidente du CIIA
- Marie-Medgeen Coutard, membre désignée du CIIA

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES
- Manon Bourassa, présidente
- Antonietta Mucci, vice-présidente
- Lina Leclerc, secrétaire
- Isabelle Bélisle, DSI
- Dominique Gaudreau, conseillère
- Christine Landry, conseillère
- Marie-Medgeen Coutard, conseillère
- Nancy Cloutier, présidente du CECII

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

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE
- Mélissa Russello, présidente
- Johanne Sauvé, vice-présidente
- Cindy Hector, secrétaire
- Dr Georges Dadour, DSPH
- Marie Sylvie Bertin, psychologue
- Maryse Coulombe, travailleuse sociale
- Josée Lemoignan, conseillère en éthique clinique
- Père Jean-Marc Barreau, intervenant spirituel
- Sr Martine Côté, DG
- Dre Maria Karas

COMITÉ DES CHEFS ET RESPONSABLES DE SERVICE
- Maxime Goulet, président
- Sylvie Delorme, pharmacienne
- Anne-Marie Côté, chef du service des ressources humaines
- Stéphanie Marcil, chef unité 2B
- Jocelyne DeGuire, responsable de la nutrition clinique
- Chantal Hamelin, chef du service d'ergothérapie et psychosocial
- Sonya Perron, chef du service d'admission
- Martine Chalifoux, chef du service des ressources financières
- Chantal Poirier, responsable des communications et du transport
- Nicole Jacques, chef du service alimentaire
- Josée Théroux, responsable du service des archives
- Mireille Rocher, chef unité 2C
- Nicole Soulard, chef unité 2A & 3A
- Vicky Roy, chef unité 1B
- Johanne Sauvé, coordonnatrice agrément
- Nancy Cloutier, chef intérimaire unité 1C
- Alain Bourassa, chef installations matérielles
- Ève Prévost-Lebeuf, chef en physiothérapie

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES
- Francine Bélanger, présidente
- Mireille Rocher, vice-présidente
- Johanne Sauvé, secrétaire
- Sr Martine Côté, DG
- Isabelle Bélisle, DSI
- Jocelyn Bergeron, représentant des usagers
- Alain Bourassa, chef des installations matérielles
- Anne-Marie Côté, chef du service des ressources humaines
- Jacqueline Vachon, conseillère en soins infirmiers
- Catherine Bodrique-Boisvert, physiothérapeute
- Valérie Vermette, DSR

COMITÉ D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ
- Isabelle Bélisle, DSI
- Sr Martine Côté, DG
- Johanne Sauvé, coordonnatrice de l'agrément
- Sylvie Delorme, chef du département de pharmacie
- Catherine Brodrique-Boisvert, chef en physiothérapie
- Nicole Soulard, chef de l'unité Oasis de Paix

COMITÉ DES SOINS CENTRÉS SUR L'USAGER ET SA FAMILLE
- Isabelle Bélisle, DSI
- Sr Martine Côté, DGA
- Carole Chouinard, infirmière
- Cindy Janette-Hector, nutritionniste
- Stéphanie Marcil, chef d'unité
- Diane Piché, membre comité des usagers
- Nicole Soulard, chef de l'Oasis de Paix
- Johanne Sauvé, coordonnatrice de l'agrément
- Valérie Vermette, DSR intérimaire
- Anne-Marie Côté, chef des ressources humaines
- Réjean Léveillé, président comité des usagers
- Alain Bourassa, chef des installations matérielles

FAITS SAILLANTS DE CERTAINS COMITÉS

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le comité a tenu 4 rencontres régulières. Les travaux ont porté sur les sujets suivants :

1) Consultation sur des enjeux éthiques : le comité a répondu à des demandes portant sur divers sujets.

2) Éducation et formation à l'éthique des membres du comité et du personnel : le comité s'est penché sur des activités qui visent l'acquisition de connaissances et une meilleure visibilité du comité.

3) Examen des politiques de l'établissement au regard des aspects éthiques : le comité a contribué à la révision du nouveau feuillet du code d'éthique de l'établissement, à l'actualisation du règlement sur les règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et aux réflexions sur les conduites éthiques du personnel.

COMITÉ GESTION DES RISQUES

Au cours des six rencontres qui ont eu lieu cette année, les membres du comité ont abordé plusieurs sujets, notamment :

1) Les présentations statutaires suivantes :
   - Les incidents et les accidents, en particulier les résultats du tableau de bord, les événements avec conséquence majeure et la divulgation des accidents.
   - Les faits saillants des comités partenaires (comité des mesures d'urgence, comité de santé et sécurité au travail, comité de prévention des infections).
   - Les infections nosocomiales (Clostridium difficile, bactéries multirésistantes, éclosions) et les résultats des audits, notamment ceux sur l'hygiène des mains.
   - Les alertes, les avis et les rappels reçus et traités dans l'établissement.

2) Le suivi de plusieurs dossiers relatifs à la sécurité des usagers, dont le protocole des mesures de contrôle, le Plan d'action relatif aux événements liés à la médication aux soins palliatifs et la prévention des chutes.

3) L'analyse prospective relative à l'attribution des fauteuils roulants aux usagers.

4) Les activités de la Semaine nationale de la sécurité des patients, au cours de laquelle plusieurs kiosques d'information ont été tenus, de même qu'une campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains.

Le CGR a émis et effectué le suivi de recommandations qui visent à améliorer la sécurité des usagers, en particulier la prévention des chutes et des événements liés à la médication.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Les activités suivantes ont été réalisées au cours de l'année

1) Maintenir les compétences du personnel au regard du programme de prévention des infections, en particulier l'hygiène des mains.

   Diverses formations ont été données au personnel et aux bénévoles.

2) Réviser le programme de prévention et contrôle des infections.

   Une révision complète du programme a été commencée. Des ajustements concernant les mesures de prévention des entérobactéries productrices de carbapénémases ont été effectuées et des ordonnances collectives ont été révisées et mises en œuvre.

3) Effectuer la surveillance des agents infectieux (Clostridium difficile, bactéries multirésistantes, grippe, gastroentérite infectieuse d'allure virale) et analyser les données de surveillance.

   La surveillance et l'analyse des données ont été effectuées comme prévu au programme de l'établissement.

4) Effectuer les suivis relatifs à la Campagne québécoise des soins sécuritaires - prévention des infections.

   L'établissement participe aux volets sur la prévention des bactéries multirésistantes et la prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters. Plusieurs audits ont été réalisés en conformité avec la campagne.

5) Informer le personnel des taux d'infection du Clostridium difficile et des résultats des audits d'hygiène des mains. Les résultats ont été diffusés par divers moyens : communiqués, affiches sur les unités de soins, moniteurs.

COMITÉ DES SOINS CENTRÉS SUR L'USAGER ET SA FAMILLE

1) Une politique a été élaborée décrivant les droits et les responsabilités des usagers et leur famille ainsi que ceux des employés. Le code d'éthique a été revu entièrement. Il a été distribué à tous les employés et il est remis à tous les nouveaux usagers. Également, il est affiché à l'interne et sur le site internet de l'hôpital.

2) Le sondage Expérience patient est en vigueur depuis le 1er avril 2018 et un portrait intégré a été élaboré afin de compiler et analyser les résultats de ce sondage. Ces derniers sont diffusés à l'ensemble du personnel.

3) Toutes les descriptions de fonctions de la direction des soins infirmiers ont été actualisées selon cette approche.

4) Plusieurs politiques, procédures et documents ont été élaborés ou actualisés en consultant des usagers et leurs proches.

5) Une politique sur les heures de visite illimitées pour les familles ainsi que leurs participations aux soins a été produite. Un dépliant d'information est remis à tous les nouveaux usagers admis. Il est disponible dans les présentoirs aux entrées de l'hôpital et il est affiché à l'interne. Un kiosque d'information sur le sujet a été présenté lors de la Semaine nationale sur la sécurité des patients.

6) Les recommandations sur l'affichage ont été acceptées par la direction générale et les travaux sont en cours.

7) Une rubrique sur le sujet figure dans chaque parution du journal interne Le Contact.

8) Le comité de pilotage a procédé à une réévaluation des pratiques en matière de soins centrés sur l'usager et sa famille et ce comité a déterminé les prochaines priorités d'action.

CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMMES-SERVICES
Excercice 2018-2019

	2018-2019	%	2017-2018	%
SANTÉ PHYSIQUE				
6606 - Centre de prélèvements	25,086 $		24,373 $	
6830 - Imagerie médicale	66,551 $		75,862 $	
7400 - Déplacement des usagers	464,831 $		414,294 $	
7553 - Nutrition clinique	620,927 $		599,393 $	
6051- Médecine	16,676,002 $		16,321,788 $	
6390 - Pastorale	145,851 $		149,939 $	
6564 - Psychologie	222,380 $		251,970 $	
6565 - Services Sociaux	476,847 $		501,303 $	
6804 - Pharmacie - Usag.hospitalisés	2,063,160 $		1,802,309 $	
6870 - Physiothérapie	3,014,026 $		2,805,050 $	
6880 - Ergothérapie	1,184,447 $		1,168,988 $	
Charges non réparties par programmes-services	73,798 $		(6,865) $	
Total Santé Physique	**25,033,906 $**	***67%***	**24,108,404 $**	***68%***
ADMINISTRATION				
7300 - Administration générale	2,394,714 $		2,265,074 $	
7320 - Administration des services techniques	179,442 $		168,846 $	
7340 - Informatique	202,457 $		214,584 $	
7900 - Sécuritaires	- $		- $	
Charges non réparties par programmes-services	11,048 $		2,297 $	
Transfert des frais généraux	(23,661) $		(20,399) $	
Total Administration	**2,764,000 $**	***7%***	**2,630,402 $**	***7%***
SOUTIEN AUX SERVICES				
6000 - Administration des soins	531,551 $		426,173 $	
7530 - Réception /Archives/ Télécommunications	593,403 $		555,842 $	
7554 - Alimentation - Autres	3,274,792 $		3,235,935 $	
7600 - Buanderie et lingerie	374,314 $		338,165 $	
Charges non réparties par programmes-services	10,593 $		10,022 $	
TOTAL Soutien aux services	**4,784,653 $**	***13%***	**4,566,137 $**	***13%***
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES EQUIPEMENTS				
7640 - Hygiène et salubrité	1,310,486 $		1,216,439 $	
7650 - Gestion des déchets biomédicaux	2,579 $		2,099 $	
7700 - Fonctionnement des installations	1,107,912 $		1,035,900 $	
7710 - Sécurité	366,095 $		362,338 $	
7800 - Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier /Équipements	2,316,501 $		1,682,267 $	
Transfert des frais généraux	(90,968) $		(93,473) $	
TOTAL Gestion des bâtiments et des équipements	**5,012,605 $**	***13%***	**4,205,570 $**	***12%***
TOTAL -Charge encourues par programme- services	**37,595,164 $**	***100%***	**35,510,513 $**	***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 2019 se solde par un équilibre budgétaire.

Contrats services
Selon la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement n'a conclu aucun contrat de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus au cours de l'exercice financier 2018-2019.

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

DROITS ET OBLIGATIONS GÉNÉRALES

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

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

MESURES PRÉVENTIVES

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

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

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

SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Le membre du conseil d'administration doit :
  - Éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
  - Prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
  - S'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
  - Sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts.

- Lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, il doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
- Un membre du conseil d'administration est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés.
- Un membre n'est pas indépendant comme membre du conseil d'administration pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- Le membre du conseil d'administration ne doit pas :
    - Tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
    - Accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
    - Faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement avantage pour lui-même ou pour autrui.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

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

RÉGIME DE SANCTIONS

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

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

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

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

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

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

- 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 2018-2019.

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.

ENGAGEMENT PERSONNEL DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

27 JUIN 2019

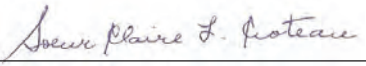
Sœur Pierre Anne Mandato, présidente — DATE

27 JUIN 2019

M. Samir Naoum, vice-président — DATE

27 JUIN 2019

Sœur Martine Côté, secrétaire-trésorière — DATE

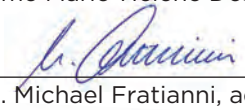


27 JUIN 2019

Sœur Claire L. Croteau, administratrice — DATE

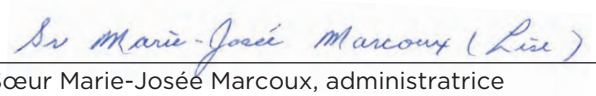
27 JUIN 2019

Mme Marie-Hélène Desrosiers, administratrice — DATE



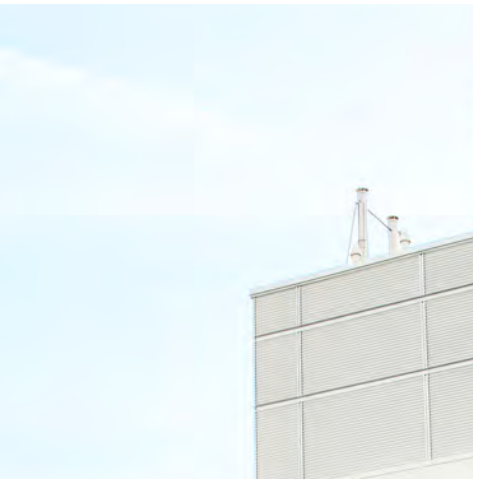
27 JUIN 2019

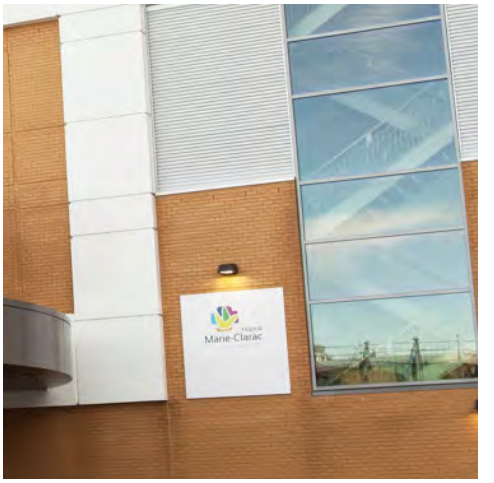
M. Michael Fratianni, administrateur — DATE



27 JUIN 2019

Sœur Marie-Josée Marcoux, administratrice — DATE





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

RAPPORT ANNUEL
2018-2019