Rapport annuel 2025-2026

Hôpital Marie-Clarac

des Sœurs de Charité de Sainte-Marie

Au cœur de vos besoins !

Table des matières

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

Déclaration de fiabilité des données 5

Présentation de l'Hôpital Marie-Clarac 6
- Historique de l'hôpital 6
- Mission - Vision - Valeurs – Objectifs 2025-2026 7
- Structure organisationnelle 8
- Planification stratégique 2021-2026 9

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 11
- Sécurité et qualité des soins et services 11
- Agrément 13
- Satisfaction de la clientèle – Bilan 2025-2026 13

Rapport sur les soins de fin de vie 15

Directions & services 16
- Direction générale 16
- Direction des soins infirmiers et d'assistance 18
- Direction des services multidisciplinaires 21
- Direction des services professionnels et hospitaliers 23
- Direction des ressources humaines 27
- Direction des services techniques 29
- Direction des ressources financières et informationnelles 32

Charges encourues par programmes-services 34

Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac 35

Liste des conseils et comités de l'établissement 37

Faits saillants de certains comités 38

Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 47

Annexe 2 : Engagement personnel des membres du conseil d'administration 50

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

Sœur Pierre Anne Mandato

Sœur Martine Côté

Rapport Annuel de la Direction Générale 2025-2026

Nous présentons le bilan de l'année 2025-2026 dans un contexte marqué à la fois par des avancées structurantes et par des chantiers en cours. Cette année a également été caractérisée par des changements importants au sein de l'équipe de direction. Le nouvel organigramme a été adopté et progressivement déployé. L'arrivée de nouveaux membres, dont la directrice des soins infirmiers et d'assistance officiellement en juin et la directrice des services multidisciplinaires en février, a contribué à instaurer une nouvelle dynamique de collaboration. Cette évolution a enrichi les pratiques de gestion, tout en nécessitant une période d'adaptation et d'alignement des rôles et des priorités. L'absence prolongée de la directrice des ressources financières et informationnelles en fin d'année a également représenté un défi supplémentaire.

Objectifs et Réalisations

Une organisation du travail en progression

Des efforts soutenus ont été déployés afin d'améliorer la gestion des ressources humaines et de stabiliser les équipes. Bien que l'objectif de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante ne soit pas entièrement atteint, une diminution significative de son utilisation a été observée.

Défis et Innovations

Une interdisciplinarité en développement

L'amélioration de l'interdisciplinarité s'est poursuivie à travers différentes initiatives structurantes. Des outils visant à favoriser la communication entre les intervenants ont été implantés, notamment dans les secteurs de réadaptation. L'intégration accrue de certains professionnels, dans les projets cliniques constitue une avancée importante, bien que des ajustements demeurent nécessaires pour optimiser la participation et la coordination. Les travaux entourant le développement des plans d'intervention individualisés (PII) ont progressé sous forme de projets pilotes. Ces initiatives permettent de mieux définir les processus, mais leur déploiement complet reste à venir.

Une qualité des soins en amélioration continue

Des actions ont été réalisées pour soutenir la qualité et la sécurité des soins, dont la révision des plans de contingence. La préparation à la visite d'agrément s'est également poursuivie de façon structurée, avec la mobilisation des équipes autour des autoévaluations et des plans d'amélioration.

Des infrastructures et des outils en transformation progressive

Des travaux importants ont été réalisés pour maintenir et moderniser certaines infrastructures, notamment le remplacement du réservoir de mazout et la planification de projets liés à la gestion des eaux pluviales. Différents travaux de peinture, de signalisation et de réfection ont été réalisés pour améliorer la qualité des locaux.

Collaboration et Partenariats

Des partenariats et une visibilité à consolider

Les activités de représentation et de communication ont permis de maintenir un lien actif avec plusieurs partenaires et d'améliorer certains outils d'information destinés aux usagers et à leurs proches.

Une gestion financière encadrée

Malgré un contexte complexe, les efforts de gestion de toute l'équipe des finances ont permis d'assurer un suivi rigoureux des engagements financiers, et de terminer l'année financière en équilibre.

Conclusion

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à tous ceux L'année 2025-2026 reflète une organisation en transformation, où plusieurs fondations ont été mises en place pour favoriser une amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Les efforts réalisés témoignent l'engagement constant du personnel, des gestionnaires, des médecins, des bénévoles et des partenaires, qui contribuent chaque jour à la qualité des soins et services offerts à la clientèle.

Soyons fiers du chemin parcouru et c'est ensemble que nous pourrons aller encore plus loin en assurant une évolution cohérente de l'établissement, en réponse aux besoins du réseau et de la population.

Un grand merci à tous !

Sr Pierre Anne Mandato
Présidente du conseil d'administration

Sr Martine Côté
Directrice générale

Déclaration de fiabilité des données

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

Juin 2026

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2025-2026 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 2026

Sœur Martine Côté
Directrice générale

Présentation de l'Hôpital Marie-Clarac

Historique de l'hôpital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lits dédiés pour la couronne de Montréal			
CIUSS partenaires	RFI	PA	Total
CIUSSS Est-de-l'île-de-Montréal	65	37	102
CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal	38	12	50
Total	92	60	152

Répartition des lits	
Programme RFI	126
Programme de soins postaigus	63
Programme de soins palliatifs	36
Total	228

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

Mission

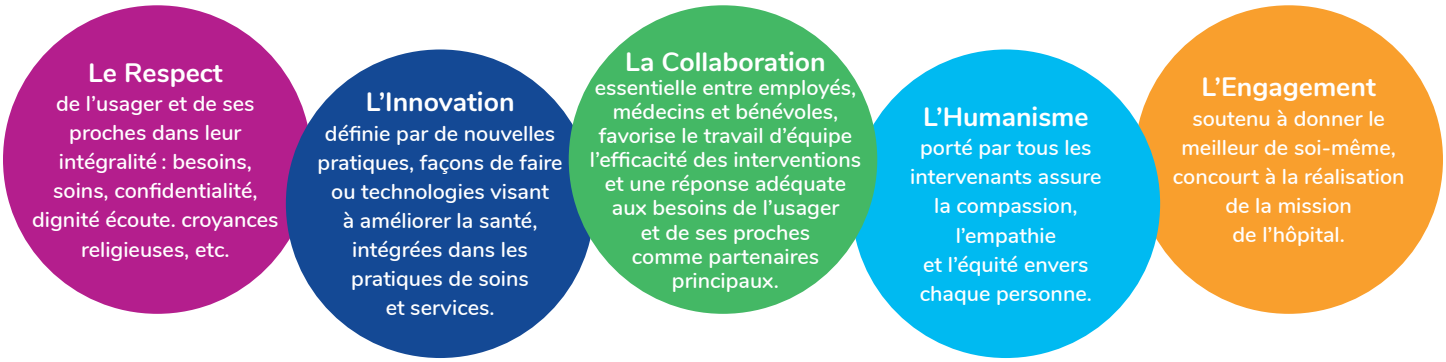
En réadaptation et en soins palliatifs, notre mission est d'offrir des soins et des services spécialisés de qualité, centrés sur la personne et ses proches, en collaboration avec nos partenaires.

Vision

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

Valeurs

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



Objectifs de la direction générale 2025-2026

1. S'assurer que soit mise en place une main-d'œuvre suffisante, qualifiée et mobilisée par une meilleure communication interne :

a. Mettre fin à l'utilisation de la MOI.
b. Réviser tous les documents de l'affichage de poste jusqu'au formulaire d'appréciation de la contribution.
c. Optimiser l'utilisation de nos ressources humaines.
d. Assurer le succès de la relance du comité SST.
e. Entreprendre la numérisation des dossiers du service de santé et sécurité au travail.
f. Mise à jour des descriptions de fonction pour le personnel d'encadrement.
g. Finaliser négociation dispositions locales APTS.
h. Actualiser et potentialiser les rôles et responsabilités des différents postes au sein de la structure DSIA.

2. Mettre en place une structure afin que soit développée l'interdisciplinarité dans l'ensemble des programmes en mettant l'expérience patient au cœur des processus :

a. Modifier la structure et présenter un nouvel organigramme afin de mieux répondre à la vision de l'établissement.
b. Redéfinir les programmes cliniques.
c. Favoriser les communications entre les divers intervenants provenant de diverses disciplines.
d. Mettre en place les meilleures pratiques de PII.

3. Avoir Développer des partenariats stratégiques :

a. Présenter les offres de service aux partenaires pour renforcer les collaborations.
b. Renégocier l'entente de radiologie.

4. S'assurer du renforcement des infrastructures et des technologies :

a. Moderniser les infrastructures et remplacer les équipements obsolètes.
b) Déployer et optimiser l'utilisation des nouvelles technologies de l'information (SISSS, tableau de bord).
c) Adapter les espaces et équipements pour répondre aux besoins évolutifs des usagers.

5. Promouvoir la visibilité pour un plus grand rayonnement de l'établissement :

a. Mettre en place des stratégies de communication pour augmenter la visibilité de l'établissement à l'aide du plan de communication.
b. Promouvoir la marque employeur.

6. S'assurer de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services :

a. Réviser les plans de contingence.
b. Optimiser et standardiser les pratiques internes cliniques et de soins.
c. Préparer la visite d'agrément et s'approprier les changements pour l'amélioration continue de la qualité dans l'établissement.
d. Redémarrer la démarche de cartographie des risques et suivre le registre des recommandations des différentes instances.
e. Maintenir et développer les compétences du personnel en soins infirmiers et d'assistance.
f. Avoir optimisé la gestion des opérations de l'organisation par la mise à jour et la mise en place de politiques et de procédures internes basées sur les meilleures pratiques.
g. Optimiser la sécurité de l'ensemble des déplacements des usagers.

7. Optimiser la gestion financière et budgétaire :

a. Finaliser les projets financiers en collaboration avec le MSSS.
b. Mettre à jour les recettes et coûts alimentaires.
c. Structurer et suivre les budgets, tout en rétablissant l'équilibre budgétaire.
d. Sensibiliser et structurer le processus de gestion des paies chez les gestionnaires.
e. Élaborer une stratégie pour les postes miroir et la documentation des processus.

Structure organisationnelle

Au cours de la dernière année, l'Hôpital Marie-Clarac a procédé à une révision de sa structure organisationnelle afin de mieux soutenir sa vision : être un chef de file en réadaptation et en soins palliatifs.

L'analyse de l'organigramme en place a permis d'identifier plusieurs enjeux, notamment une distance accrue entre les enjeux cliniques et la direction générale, des défis de communication, une répartition inégale des responsabilités ainsi qu'un besoin accru de soutien aux gestionnaires cliniques.

En réponse à ces constats, une nouvelle structure a été adoptée, reposant sur une gestion de proximité et une approche orientée par programme. Cette transformation vise à renforcer la cohésion clinique, favoriser l'interdisciplinarité et soutenir le développement des meilleures pratiques au bénéfice des usagers.

Les principaux ajustements apportés à l'organigramme comprennent :

- la transformation du poste de directeur général adjoint en direction des services multidisciplinaires (DSM);
- la transformation du poste de directeur des services cliniques en direction des soins infirmiers et d'assistance (DSIA), incluant la qualité et la gestion des risques;
- la création de gestionnaires de programme pour les soins palliatifs et la clientèle en réadaptation;
- un ajustement des responsabilités au sein des secteurs multidisciplinaires.

La structure repose désormais sur des directions de même niveau hiérarchique, relevant directement de la direction générale. Elle distingue clairement les directions cliniques et les directions de soutien, tout en assurant une collaboration étroite entre elles. Les directions cliniques contribuent transversalement aux programmes, afin de soutenir une prise en charge cohérente et centrée sur les besoins des usagers.

L'introduction de gestionnaires de programme permet de renforcer la coordination des services autour des trajectoires de soins. Ceux-ci portent la vision de leur programme, mobilisent les équipes et coordonnent les interventions requises. Ils travaillent en complémentarité avec les directeurs, qui demeurent responsables de la gestion des équipes, de la qualité des soins et des orientations stratégiques.

Cette évolution s'inscrit dans la continuité des efforts déjà amorcés pour favoriser le travail interdisciplinaire et améliorer l'expérience et les résultats pour la clientèle.

MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION, DE GAUCHE À DROITE :

Mme Christine Lanoix, directrice des soins infirmiers et d'assistance

M. Joël Champagne, directeur des services techniques

Dre Geneviève Desbiens, directrice des services professionnels et hospitaliers

Mme Mélanie Robinson, directrice des services multidisciplinaires

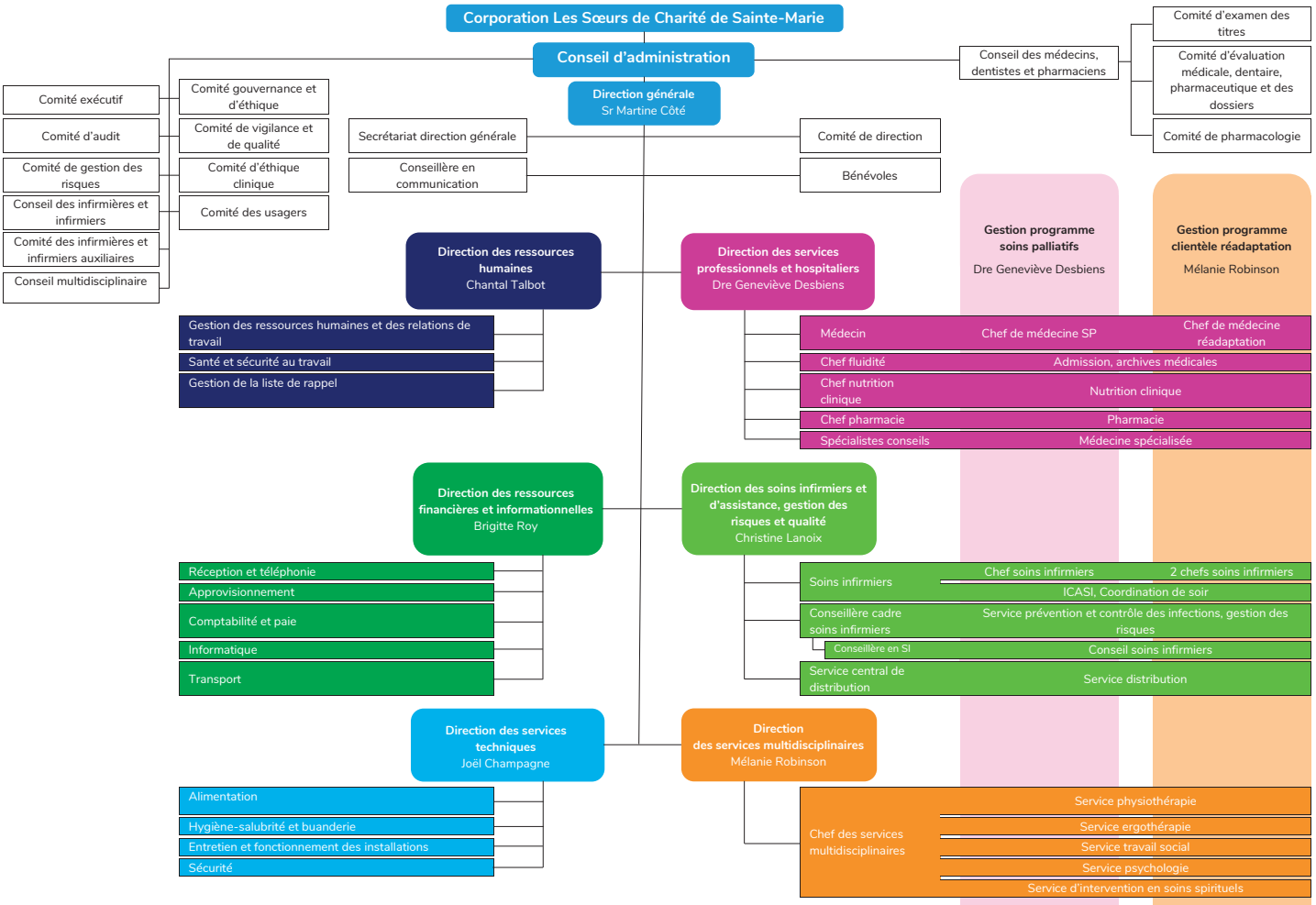
Sœur Martine Côté, directrice générale

Mme Chantal Talbot, directrice des ressources humaines

Mme Nhan Nguyen, directrice des ressources financières et informationnelles par intérim en l'absence de Mme Brigitte Roy (absente)

Mme Gracia Muadi, adjointe de direction à la direction générale (absente)

ORGANIGRAMME DES DIRECTIONS



Planification stratégique 2021-2026

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

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

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

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

1.1 Mettre en place des stratégies novatrices d'attraction de la main-d'œuvre visant notamment les expertises requises par la complexité des clientèles.

1.2 Intégrer le nouveau personnel au sein de l'établissement par des moyens de soutien qui perdurent dans le temps.

1.3 Actualiser le développement complet du programme de reconnaissance du personnel visant la consolidation du sentiment d'appartenance, la mobilisation et l'investissement au travail.

1.4 Veiller au développement des compétences du personnel notamment pour les clientèles complexes.

1.5 Réévaluer systématiquement le partage des tâches et favoriser l'utilisation optimale de la main-d'œuvre.

1.6 Définir des modes de communications internes efficaces et les mettre en œuvre afin de contribuer à la mobilisation du personnel.

1.7 Assurer la relève des cadres.

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

2.1 Inétgrer les médecins à l'ensemble des équipes.

2.2 Développer l'interdisciplinarité par la concertation des décisions cliniques.

2.3 Intégrer l'interdisciplinarité dans toutes les formations prévues au plan de développement des ressources humaines (PDRH) qui s'y prêtent.

2.4 Consolider l'approche adaptée à la personne âgée.

3. Un partenariat porteur pour la clientèle

3.1 Adapter les continuums de soins et de services en collaboration avec nos partenaires institutionnels, communautaires, bénévoles, usagers, et familles.

3.2 Développer des partenariats en appui au développement de compétences spécifiques.

3.3 Favoriser l'accès à des consultants notamment en psychogériatrie et en santé mentale.

3.4 Intégrer l'approche de l'usager partenaire et intensifier les communications avec l'usager et sa famille.

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

4.1 Adapter les espaces et équipements pour offrir de nouveaux services en réponse aux besoins et attentes évolutifs des usagers et de leurs proches.

4.2 Rehausser la sécurité des installations en y accentuant la prévention et le contrôle des infections.

4.3 Acquérir et déployer de nouvelles technologies de l'information en appui aux meilleures pratiques cliniques et administratives.

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

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

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

6.1 Promouvoir une culture de qualité et de sécurité dans les activités de l'établissement.

6.2 Rendre l'expérence-usager et celle de ses proches la plus sécuritaire et la plus agréable possible.

6.3 Favoriser l'utilisation des données probantes / meilleures pratiques.

6.4 Évaluer les pratiques cliniques et administratives et rendre compte de la qualité et de la gestion efficientes des ressources afin de répondre aux besoins évolutifs de la clientèle.

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Sécurité et qualité des soins et services

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

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, plusieurs actions ont été mises en œuvre afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents.

À cet égard, des activités de sensibilisation ont été réalisées auprès des équipes cliniques. La participation active des assistantes-infirmières-chefs ainsi que des infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat (ICASI) à l'analyse des événements a permis de renforcer l'identification des causes contributives et de soutenir la mise en place de mesures préventives visant à réduire les risques pour les usagers.

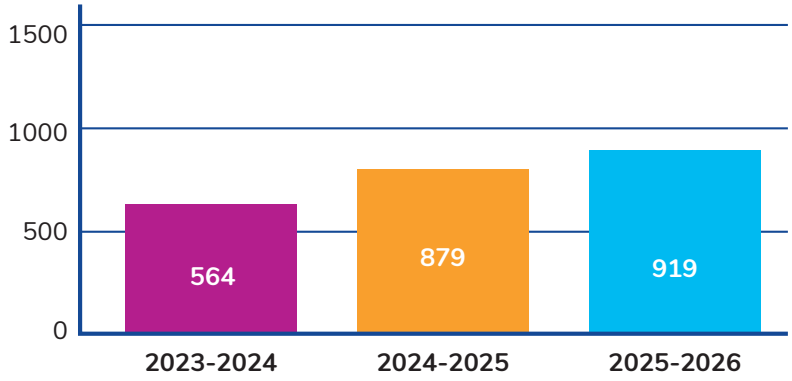
Par ailleurs, dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients, tenue du 27 au 31 octobre 2025, diverses initiatives ont été déployées. Celles-ci incluent la diffusion d'un affichage portant sur la déclaration et la divulgation des incidents et accidents, l'envoi de messages quotidiens de sensibilisation à l'ensemble du personnel, ainsi que l'organisation d'une activité interactive invitant les participants à repérer des défaillances de sécurité dans une chambre d'usager.

Ces actions ont contribué à renforcer la culture de sécurité et à soutenir l'engagement du personnel envers des pratiques sécuritaires.

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

Au cours de l'année, 919 déclarations d'incidents et d'accidents ont été saisies dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS).

NOMBRE DE DÉCLARATIONS SAISIES PAR EXERCICE FINANCIER

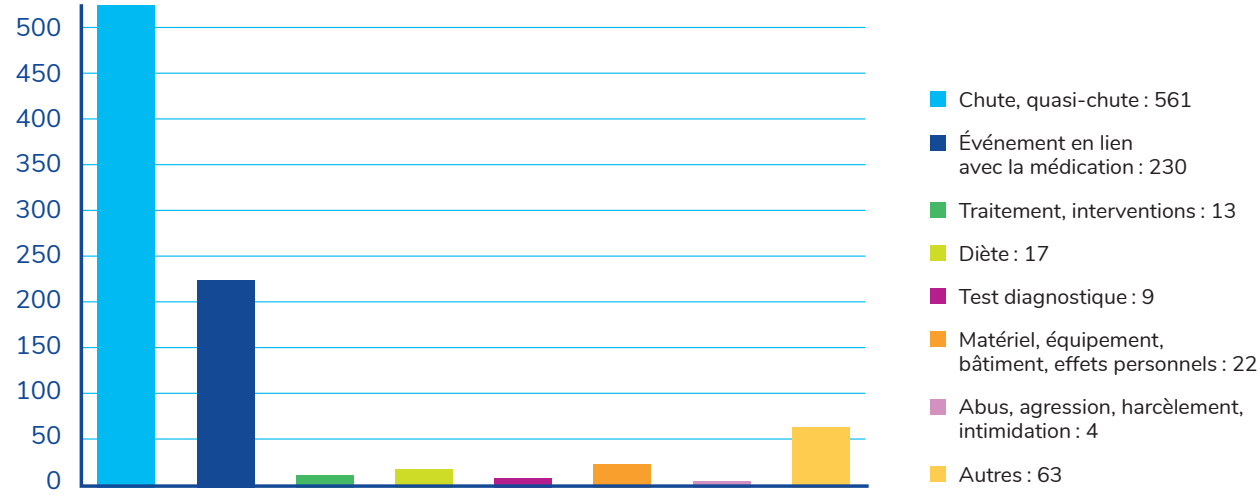


On note une hausse des déclarations des événements indésirables au cours de l'année, comparativement aux années précédentes. La sensibilisation à cet égard a donné des résultats satisfaisants et la promotion de la déclaration et de la divulgation des événements se poursuivra cette année.

NOMBRE ET POURCENTAGE D'INCIDENTS ET ACCIDENTS

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NOMBRE	%
Incident	96	10,4 %
Accident	823	89,6 %
Total	919	100 %

NOMBRE DE DÉCLARATIONS PAR TYPE D'ÉVÉNEMENT



Types d'incidents

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

INCIDENTS PAR GRAVITÉ A ET B (NOMBRE ET POURCENTAGE)

A	B	TOTAL
41	55	**96**
43 %	57 %	**100 %**

Types d'accidents

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

Les accidents de gravité C et D n'entrainent pas de conséquences sur l'usager. Ils comptent pour 80% des accidents déclarés. Les accidents de gravité E1 à I ont des conséquences sur l'usager (20%).

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

Les trois principaux types d'accidents sont les suivants :

PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (3)	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ACCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Chutes/quasi-chutes	551	67 %	60 %
Événements en lien avec la médication	178	22 %	19 %
Autres	42	5 %	4,5 %

Dans le but d'améliorer les pratiques et de réduire les incidents et les accidents, plusieurs actions ont été réalisées. De nombreux indicateurs de qualité ont fait l'objet de suivis en cours d'année et des ajustements ont été mis en œuvre en fonction des résultats. Entre autres, des audits au regard de l'application du programme de prévention des chutes ont été réalisés. Ils ont permis de faire ressortir les forces, les améliorations requises, l'importance du jugement clinique infirmier et de la communication pour prévenir les chutes. Par ailleurs, des activités de sensibilisation et de consolidation des pratiques sont menées sur une base hebdomadaire par les assistantes infirmières-chefs, particulièrement en matière de prévention des chutes et de gestion sécuritaire de la médication. Ces initiatives contribuent à rehausser la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers.

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

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

Recommandations du coroner

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

Agrément

À la suite de la visite de novembre 2022, l'établissement a obtenu un agrément avec mention. Depuis, il poursuit activement ses démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services. En prévision de la visite de novembre 2026, le sondage universel de HSO auprès de la main-d'œuvre a été complété, avec un taux de participation conforme aux exigences. Les autoévaluations des normes ont été réalisées par les équipes qualité, et les plans d'action qui en découlent soutiennent la poursuite de l'atteinte des standards d'Agrément Canada. L'ensemble de l'information relative au processus d'agrément et aux pratiques organisationnelles est diffusée auprès du personnel de façon continue.

Satisfaction de la clientèle – bilan 2025-2026

Au cours de la dernière année, 258 usagers en réadaptation et en soins palliatifs ont complété le questionnaire d'appréciation mis à leur disposition. Ce taux de participation témoigne d'un engagement croissant des usagers à partager leur expérience, permettant à l'établissement de mieux cibler ses forces ainsi que les pistes d'amélioration.

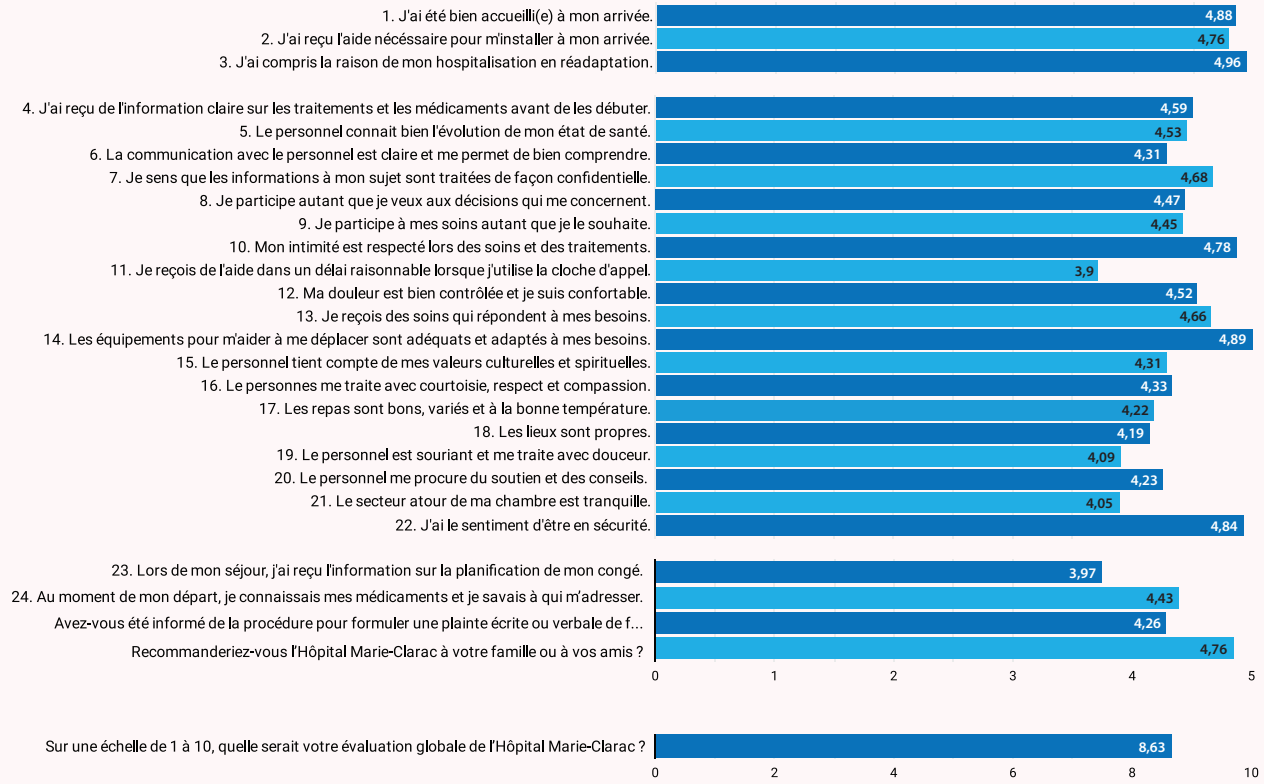
Ce succès repose notamment sur l'implication soutenue du comité des usagers, dont l'organisation et les trajectoires de collecte structurées favorisent une prise en charge globale, notamment grâce à l'utilisation d'outils technologiques facilitant la participation directement au chevet.

Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence des forces humaines et relationnelles solidement ancrées, tout en faisant ressortir des opportunités d'amélioration claires et ciblées, orientant les actions futures vers l'optimisation continue de l'expérience usager.

Hôpital Marie-Clarac

Répondants, Oasis de paix : 9 | Répondants, Réadaptation : 249 | 1 avr. 2025 - 31 mars 2026

Usager et ses proches, Réadaptation

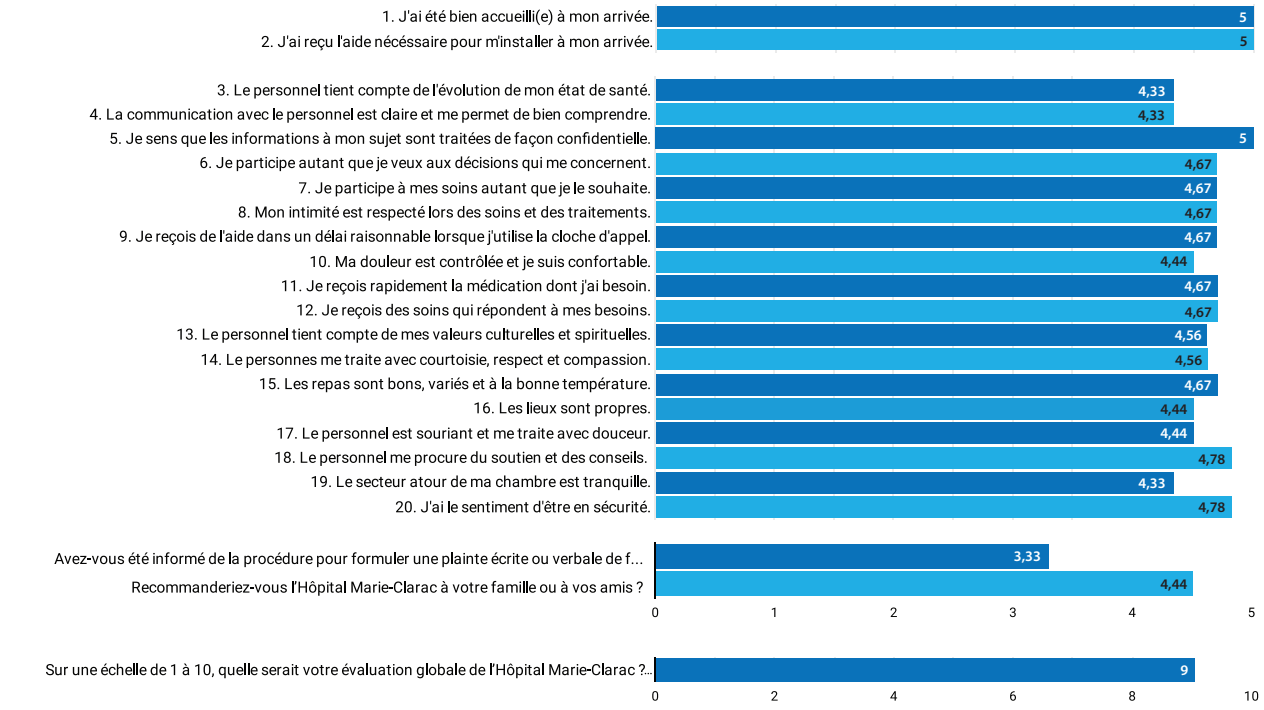


Hôpital Marie-Clarac

Répondants, Oasis de paix : 9 | Répondants, Réadaptation : 249 | 1 avr. 2025 - 31 mars 2026

Oasis de paix, soins palliatifs

Formulaire mis à jour le 23/05/2024



Rapport sur les soins de fin de vie

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

a) bien définir chacun des concepts particuliers aux soins de fin de vie;

b) clarifier les rôles et responsabilités de l'établissement;

c) clarifier les modalités d'application pour la sédation palliative continue, l'aide médicale à mourir, les directives médicales anticipées et les dispositions finales.

Le tableau ci-dessous traduit bien le nombre d'usagers en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs dans notre établissement couvrant la période du 1er avril 2025 au 31 mars 2026.

1ER AVR. 2025 AU 31 MARS 2026	GLOBAL
NOMBRE DE PERSONNES EN FIN DE VIE AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS	454
NOMBRE DE SÉDATIONS PALLIATIVES CONTINUES ADMINISTRÉES	31
NOMBRE DE DEMANDES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR FORMULÉES	36
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES À MARIE-CLARAC	16
NOMBRE D'AIDES MÉDICALES À MOURIR QUI N'ONT PAS ÉTÉ ADMINISTRÉES ET LES MOTIFS LE JUSTIFIANT	20
NOMBRE D'USAGER TRANSFÉRÉ POUR AIDE MÉDICALE À MOURIR	0

Directions & services

Direction générale

COMMUNICATION

Au cours de la dernière année, le service des communications a poursuivi son mandat de soutien stratégique auprès de l'ensemble des directions de l'Hôpital Marie-Clarac afin de favoriser une circulation efficace, cohérente et mobilisatrice de l'information. Les efforts ont principalement porté sur l'accompagnement des projets organisationnels prioritaires, le renforcement des communications internes, l'amélioration continue des outils d'information destinés aux usagers et aux équipes, ainsi que le soutien aux démarches de qualité, de sécurité et de préparation à Agrément Canada.

En plus de plusieurs projets marquants, les communications ont également contribué à l'optimisation de différents outils numériques soutenant les opérations quotidiennes, notamment par l'amélioration continue du formulaire d'ajout de disponibilités destiné au personnel. Par ailleurs, diverses initiatives de communication ont permis de promouvoir les programmes organisationnels favorisant le bien-être du personnel, dont le Programme d'aide aux employés (PAE), afin d'en accroître la visibilité et l'utilisation.

Projets marquants

Préparation à Agrément Canada

Dans le cadre de la préparation à la visite d'Agrément Canada, un plan de communication organisationnel a été élaboré et déployé afin de soutenir la mobilisation des équipes et de renforcer la culture d'amélioration continue déjà bien implantée au sein de l'établissement. Cette démarche visait à mettre en valeur les pratiques existantes tout en favorisant une meilleure compréhension des exigences d'agrément. Plusieurs outils ont été développés, notamment une infolettre dédiée aux pratiques organisationnelles requises (POR), des visuels destinés aux équipes ainsi que divers mécanismes de rétroaction permettant de mesurer la compréhension des enjeux et de maintenir l'engagement du personnel.

Optimisation des communications liées à la qualité et à la sécurité

En étroite collaboration avec la Direction des soins infirmiers et d'assistance, un travail soutenu a été réalisé afin de promouvoir les initiatives liées à la qualité et à la sécurité des soins. Parmi les réalisations marquantes figurent la création de l'infolettre Info-CGRQ, destinée à l'ensemble du personnel, la diffusion de contenus de sensibilisation portant sur les meilleures pratiques cliniques ainsi que le soutien aux projets d'amélioration continue. De nouveaux outils visuels ont également été conçus afin de renforcer la connaissance des procédures d'urgence, notamment celles liées aux codes bleu et mauve. Plusieurs campagnes de sensibilisation ont également été déployées, notamment sur l'hygiène des mains et la sécurité des usagers.

Soutien au programme de soins palliatifs

Le service des communications a poursuivi son soutien au développement et à la valorisation du programme de soins palliatifs. Les principales réalisations incluent la mise en place d'une station de ressources destinée aux usagers, aux proches et aux équipes, l'élaboration d'un calendrier mensuel d'activités, la production de matériel éducatif ainsi que la promotion de diverses initiatives visant à améliorer l'accompagnement et l'expérience des personnes recevant des soins palliatifs.

Révision des outils destinés aux usagers

Dans une perspective d'amélioration de l'expérience usager et d'accessibilité de l'information, plusieurs documents ont été révisés ou développés au cours de l'année. Ces travaux comprennent notamment la refonte du feuillet *accompagner une personne en soins palliatifs : s'alimenter et s'hydrater*, la création d'un feuillet d'information sur la maltraitance, l'ajout de codes QR aux guides d'accueil permettant un accès simplifié à l'information, ainsi que diverses adaptations visant à faciliter la compréhension des renseignements transmis aux usagers et à leurs proches.

SERVICE DE BÉNÉVOLAT

Faits saillants

Direction générale – bénévolat

L'Hôpital Marie-Clarac tient à souligner avec gratitude l'engagement remarquable de ses 59 bénévoles œuvrant dans tous les secteurs, dont la présence bienveillante fait une réelle différence auprès des usagers, notamment en soins palliatifs et en réadaptation. L'établissement a le privilège de compter sur une équipe de bénévoles dévoués, compétents et engagés, qui contribuent à répondre aux différents besoins des usagers.

Leur présence favorise un environnement chaleureux, accueillant et empreint d'une ambiance familiale, propice au bien-être, au réconfort et à la qualité de vie des personnes accompagnées.

Soins palliatifs

L'équipe de bénévoles dédiée à l'accompagnement compte vingt-quatre (24) personnes, incluant de nouveaux membres en formation, ils consacrent soixante-dix (70) heures de bénévolat par semaine à leur engagement, qui œuvrent dans une atmosphère chaleureuse, familiale et accueillante. Leur rôle est fondamental : ils offrent une écoute attentive et un soutien moral précieux aux usagers, tout en créant un milieu empreint de douceur et d'humanité.

Par leur présence bienveillante, les bénévoles favorisent un climat de confiance, de respect et de proximité, où chacun se sent reconnu et soutenu. Leur engagement soutient une approche globale centrée sur l'humain, tout en renforçant ce sentiment de « comme à la maison » si précieux pour les usagers et leurs proches.

Boutique cadeaux

Espace d'accueil et boutique

La boutique de l'établissement prend vie grâce à une équipe de dix-sept (17) bénévoles engagés, qui offrent en moyenne soixante-dix-neuf (79) heures de leur temps chaque semaine, dans une ambiance chaleureux et familiale. Leur disponibilité, leur présence attentionnée et leur générosité créent un lieu réconfortant et accueillant pour les usagers, les visiteurs ainsi que le personnel. Au-delà de leur rôle d'accueil, ces bénévoles participent activement au financement de diverses initiatives, contribuant ainsi à soutenir et à améliorer les services offerts au sein de l'établissement.

Activités et animation

L'équipe dédiée aux activités et à l'animation est composée de onze (11) bénévoles engagés, qui consacrent collectivement vingt (20) heures de bénévolat par semaine à leur implication. Reconnus pour leur créativité, leur sens de l'écoute, leur bienveillance et leur capacité d'adaptation, ces bénévoles organisent diverses activités visant à stimuler la participation et à favoriser les échanges. Parmi celles-ci, on retrouve des ateliers artistiques, des activités récréatives, des activités musicales ainsi que des événements spéciaux, ils proposent également des moments de prière et de recueillement, offrant aux usagers des occasions de réconfort spirituel et de sérénité.

Par ailleurs, ils s'impliquent dans la réalisation de petits gestes significatifs et de projets simples, qui contribuent à égayer le quotidien et à remonter le moral des usagers.

L'ensemble de ces initiatives favorise un milieu de vie dynamique, convivial et apaisant, tout en contribuant au développement de liens sociaux significatifs entre les usagers.

Comité des usagers

Le comité des usagers est composé de sept (7) bénévoles engagés qui veillent au respect des droits et à la dignité des personnes. Ensemble, ils consacrent en moyenne vingt-trois (23) heures de bénévolat par semaine à la réalisation de leur mandat. Animés par un profond sens de l'écoute, de l'empathie et du respect, ils recueillent les commentaires et les suggestions des usagers dans une perspective d'amélioration continue des services. Grâce à l'utilisation d'outils structurés, tels que les sondages de satisfaction, ils contribuent à une meilleure compréhension des besoins exprimés ainsi qu'au rehaussement constant de la qualité des pratiques. Au cours de la dernière année, les activités de collecte ont permis de recueillir un total de 258 questionnaires. Leur implication favorise un environnement respectueux et inclusif.

Conclusion

Les bénévoles de l'Hôpital Marie-Clarac occupent une place essentielle au sein de l'établissement. Par leur présence constante, leur générosité et leur écoute attentive, ils offrent chaque jour réconfort, soutien et humanité aux usagers ainsi qu'à leurs proches, tout en contribuant de manière significative à la réalisation de la mission de l'établissement. Par leur engagement soutenu dans l'accompagnement, l'accueil, les activités et la représentation des usagers, ils participent activement à créer un milieu de vie chaleureux, dynamique et profondément centré sur la personne. Leur présence bienveillante fait une réelle différence, en insufflant au quotidien ce précieux sentiment de « comme à la maison », si important pour le mieux-être de tous.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET D'ASSISTANCE (DSIA)

L'année 2025-2026 a été une période de consolidation et de transformation pour la Direction des soins infirmiers et d'assistance (DSIA). Dans un contexte marqué par des changements organisationnels importants, cette année a permis de stabiliser l'équipe de gestionnaires, de renforcer la gouvernance clinique et de maintenir l'élan des projets structurants de la direction.

Portée par une vision axée sur la qualité, la sécurité des soins et l'expérience patient, la DSIA a poursuivi la préparation de déploiement de projets cliniques et organisationnels et soutenu le développement des compétences des équipes. Une collaboration étroite avec l'ensemble des directions a également été déterminante, notamment dans la gestion des effectifs, les projets interdirectionnels et la préparation à la visite d'Agrément.

Le présent bilan met en lumière les principaux faits saillants de l'année, tout en présentant les orientations qui guideront les travaux de la DSIA pour 2026-2027, dans une perspective d'amélioration continue et de soins sécuritaires et humains.

1) Faits saillants – projets réalisés

À la suite d'une période de changements marquée par des départs, des arrivées et une réorganisation de la structure, incluant l'entrée en fonction de la directrice des soins, la dernière année a permis de consolider l'équipe de gestionnaires de la DSIA. Nous sommes fiers de souligner que cette équipe est demeurée stable et engagée depuis près d'un an, ce qui a favorisé la continuité et la cohésion.

Dans une perspective d'optimisation des processus et de renforcement du soutien à l'encadrement, la gouvernance clinique a été consolidée par la création d'un poste en projet pilote d'adjointe à la direction des soins infirmiers et d'assistance au sein de la DSIA.

Il s'agit d'un rôle transversal stratégique visant à :

- Soutenir l'opérationnalisation des projets cliniques et organisationnels,
- Contribuer à la structuration des activités de la direction,
- Offrir un soutien direct aux chefs d'unités dans leurs responsabilités quotidiennes.

Ce poste constitue un levier important de leadership clinique et organisationnel, particulièrement dans un contexte de transformation et de préparation à l'Agrément

Les plans de contingence en réadaptation et en soins palliatifs ont été révisés. Cette révision a permis de clarifier les modalités opérationnelles en fonction des capacités existantes et d'assurer une meilleure prévisibilité des ressources.

Un travail supplémentaire est toutefois planifié afin d'ajuster ces plans en fonction :

- Des taux d'occupation maximum possibles sur les unités
- De la structure physique réelle des unités
- De la lourdeur clinique
- D'un objectif d'équité et de cohérence organisationnelle.

Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité tenue en octobre 2025. Cette initiative, déployée à l'échelle nationale, vise à sensibiliser le personnel et à promouvoir l'amélioration continue de la sécurité ainsi que de la qualité des soins et des services.

Dans ce contexte, un calendrier d'activités a été élaboré afin de mobiliser les équipes et de soutenir concrètement l'atteinte des objectifs visés.

Le programme d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires a été entièrement révisé. Ce programme a été testé sur le terrain, permettant d'en valider la pertinence, la cohérence et l'efficacité avant son déploiement élargi.

2) Projets réalisés en collaboration avec les autres directions

En collaboration avec les autres directions cliniques, la DSPH et la DSM :

Mise en place de divers projets cliniques pilotes la notamment :

- L'implantation de l'OSC – Outil de sécurité au chevet,
- Tableau des interactions entre les divers intervenants
- La révision de la formule de plan d'intervention interdisciplinaire (PII) incluant l'ensemble des outils et formulaires
- Projet PAB accompagnateurs

Ces projets visent à renforcer la sécurité des soins, améliorer la communication interdisciplinaire et optimiser l'expérience patient dans une approche centrée sur les besoins cliniques réels.

En collaboration avec la DRH :

Tout au long de l'année, un travail étroit a été réalisé en collaboration avec la DRH dans une perspective de gestion saine, rigoureuse et humaine des effectifs. Cette collaboration a permis de conjuguer les dimensions cliniques, professionnelles et humaines, notamment dans des contextes de retour au travail, de gestion du climat et d'encadrement des pratiques.

De plus, une rencontre de l'ensemble du personnel de la DSIA, réalisée conjointement avec la DRH, a permis de faire un rappel clair et structuré des attentes organisationnelles, portant notamment sur :

- L'approche relationnelle,
- Le respect et la civilité en milieu de travail,
- Les comportements attendus et inacceptables,
- Des exemples concrets en lien avec la maltraitance, dans une visée de prévention, de sensibilisation et de responsabilisation collective.

Cette démarche s'inscrit dans une volonté de promouvoir un climat de travail sain et sécuritaire, tant pour les usagers que pour les équipes.

En collaboration étroite avec l'ensemble des directions :

DSIA a joué un rôle clé dans la préparation et la coordination de la visite d'Agrément prévue en novembre. Cette mobilisation collective a permis d'assurer l'arrimage des pratiques aux normes, une participation active aux rencontres de suivi et d'attestation, ainsi que la structuration rigoureuse des plans d'action requis. Ces travaux soutiennent une démarche d'amélioration continue et témoignent de l'engagement des équipes envers la qualité et la sécurité des soins.

3) Formations

Développement des compétences, qualité et sécurité des soins

Au cours de l'année 2025-2026, la DSIA a poursuivi activement son rôle de développement des compétences cliniques, en offrant plusieurs formations destinées à l'ensemble du personnel de soins infirmiers et d'assistance (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires).

Ces formations, visaient à consolider les pratiques professionnelles, assurer la sécurité et la qualité des soins, et soutenir l'actualisation des rôles dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

Infirmières et infirmières auxiliaires :

- Intervenir en lien avec les symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD)
- Code bleu et réanimation cardiorespiratoire (RCR)
- Évaluation des plaies
- Évaluation de la douleur et surveillance des opioïdes
- Plan de qualité : chutes
- AIC : Ajout de développement de leadership

PAB :

- Approche relationnelle- comprendre pour mieux accompagner
- Mobilisation des usagers/PCI/RCR
- Lits umano
- Soins de bouche
- Double identification

De plus, les assistantes infirmières chefs contribuent activement au suivi de la qualité et de la sécurité des soins par la réalisation régulière d'audits et de suivis des pratiques.

La DSIA a accueilli, au cours de l'année 2025-2026, un total de 501 stagiaires issus de différents milieux d'enseignement, soulignant ainsi l'importance de la visibilité de notre milieu clinique. Cette implication témoigne également du rôle essentiel que nous jouons dans l'intégration et la formation des futurs intervenants en santé, contribuant activement à la relève et à l'attractivité de notre organisation.

CATÉGORIE	PROVENANCE	#
Infirmière	Collège Bois de Bologne	**6**
Infirmière auxiliaire	École des métiers spécialisées de Laval _ EMS	**407**
	École des métiers des Faubourgs de Montréal	**11**
	Centre des formations professionnelles des métiers de la santé Marguerite-Bourgeoy	**60**
	Collège CDI de Laval	**-**
PAB	École des métiers spécialisées de Laval _ EMS	**17**
	École des métiers des Faubourgs de Montréal	**-**
	Collège CDI de Laval	**-**
	TOTAL	**501**

4) Objectifs 2026-2027

1) Clarifier et opérationnaliser les rôles et les contributions des intervenants des équipes de soins infirmiers et d'assistance afin de soutenir l'exercice optimal des champs de pratique, d'améliorer l'organisation du travail et de favoriser un climat de collaboration harmonieux.

2) Assurer la poursuite et le déploiement des projets cliniques portés par la DSIA, de même que des projets interdirectionnels avec les directions cliniques, en veillant à un déploiement harmonisé, sécuritaire et axé sur l'expérience patient.

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

Faits Saillants 2025-2026

Introduction

Au cours de l'année financière 2025-2026, la Direction des services multidisciplinaires a poursuivi sa contribution essentielle à la mission de l'Hôpital Marie-Clarac en offrant des soins et services spécialisés, sécuritaires et centrés sur l'usager. Cette année a été marquée par un contexte de transition organisationnelle, de mouvements de personnel et par la poursuite de projets cliniques structurants réalisés en étroite collaboration avec les autres directions cliniques. Malgré ces défis, les équipes ont fait preuve d'un engagement soutenu et d'une grande capacité d'adaptation, permettant de consolider les pratiques et d'améliorer l'expérience de soins.

Faits saillants – projets réalisés

Ressources humaines et organisation du travail

- Nomination et entrée en fonction de la directrice des services multidisciplinaires le 2 février 2026.
- Arrivée et départ d'une cheffe de secteur au cours de l'année.
- Au sein de la direction des services multidisciplinaires, gestion de plusieurs mouvements de personnel, incluant un congé de paternité, un congé pour enseignement, une démission et trois absences prolongées de plus de quatre mois.
- Service de la physiothérapie : embauche d'une physiothérapeute ainsi que le recrutement d'un technologue en physiothérapie pour les remplacements de fin de semaine.
- Service psychosocial : départ d'une travailleuse sociale et embauche de deux nouvelles travailleuses sociales afin d'assurer la continuité des services.
- Service psychosocial : attribution du poste de psychologue à une ressource déjà en fonction ayant obtenu ses équivalences auprès de l'Ordre des psychologues du Québec.

Projets réalisés en collaboration avec les autres directions

- Accueil de quatre assistants en physiothérapie à l'été 2025, ayant contribué à la tenue de plusieurs classes d'exercices, au soutien clinique des physiothérapeutes, à la supervision de programmes d'exercices et à la réalisation d'audits.
- Accueil de 16 stagiaires en physiothérapie (niveau débutant et maîtrise) provenant de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke.
- Accueil de quatre étudiantes en ergothérapie au cours de l'été 2025.

Projets cliniques et organisationnels

- Réaménagement complété du bureau des ergothérapeutes avec l'ajout de huit postes informatiques fixes afin de soutenir l'efficacité de la documentation clinique.
- Élaboration, par les assistantes en ergothérapie et en collaboration avec une conseillère en soins, d'un guide portant sur les plaies et les surfaces thérapeutiques afin d'optimiser la gestion et le suivi des plaies.
- Achat de sept nouvelles tables de traitement en physiothérapie visant le renouvellement progressif des équipements, en soutien à la qualité et à la sécurité des soins offerts.
- Fin de la clinique de réadaptation pulmonaire en juin 2025 à la suite de la fin du financement ministériel et de l'institut de pertinence des actes médicaux (IPAM).
- Fin de la requête systématique en ergothérapie, les interventions se faisant désormais sur demande et selon les besoins cliniques évalués par l'équipe.
- Début du réaménagement du bureau principal de la physiothérapie à la fin mars 2026, incluant la mise à jour des espaces et du mobilier, avec une livraison au printemps 2026.

Projets réalisés en collaboration avec les autres directions

- Participation active au développement et au déploiement de l'Outil de sécurité au chevet (OSC) en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et de l'assistance (DSIA).
- Implication dans le projet du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en collaboration avec la DSIA et la Direction des services professionnels et hospitaliers (DSPH), dont le déploiement s'effectuera à l'automne 2026.
- Participation aux travaux de pilotage et aux activités de formation liées au projet DSIE – Repère, en vue de son déploiement au printemps 2026.
- Réflexion amorcée, en collaboration avec les directions partenaires, sur la réorganisation du travail des professionnels afin d'optimiser la trajectoire de soins, la durée de séjour et la planification du congé des usagers, notamment pour les clientèles à besoins complexes.

Formations

- Formation de trois heures offerte à l'hiver 2026 par une ergothérapeute et une physiothérapeute à près de 80 préposés aux bénéficiaires, portant sur l'amélioration des pratiques cliniques et la sécurité des usagers.
- Contribution des professionnels de la DSM à diverses activités de formation liées aux projets institutionnels, notamment l'OSC et DSIE – Repère.

Objectifs 2026-2027

- Poursuivre, en collaboration avec la DSPH et la DSIA, le déploiement et la consolidation des pratiques interdisciplinaires, incluant le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII), afin d'assurer des soins sécuritaires, de qualité et conformes aux normes de pratiques et d'agrément.
- Contribuer à l'optimisation de la trajectoire de l'usager, de l'admission à la planification du congé, par une meilleure coordination des interventions professionnelles et interdisciplinaires, en portant une attention particulière aux clientèles à besoins complexes, aux usagers en fin de réadaptation active (FRA) et aux séjours prolongés.
- Participer à la révision et à la consolidation des offres de service en réadaptation et en soins palliatifs, en collaboration avec la DSPH et la DSIA, incluant les critères de priorisation des services professionnels et l'analyse des besoins en ressources, en cohérence avec la mission et les réalités organisationnelles.
- Soutenir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par la contribution active des professionnels de la DSM aux initiatives institutionnelles, notamment en lien avec les outils cliniques, les audits et la standardisation des pratiques.
- Poursuivre le développement des compétences professionnelles et l'encadrement de la relève, notamment par des activités de formation, l'accueil de stagiaires et l'intégration des assistants en réadaptation, dans une perspective interdisciplinaire.

Direction des services professionnels et hospitaliers

La direction des services professionnels gère le département de médecine générale, la pharmacie, l'admission, les archives, la nutrition clinique, la radiologie et les laboratoires. Les objectifs de 2025-2026 étaient de :

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

L'absence de gestionnaires et directeurs dans des postes-clés de l'organisation a ralenti la réalisation de nos objectifs. Ainsi, nous avons mis l'emphase sur le soutien des équipes de réadaptation et de soins palliatifs dans le développement des meilleures pratiques en interdisciplinarité. L'intégration des nutritionnistes pharmaciens et médecins de notre direction a permis de renforcer la cohésion clinique des autres professionnels et de soutenir nos gestionnaires de première ligne. Depuis l'arrivée des directrices des soins infirmiers et d'assistance et des services multidisciplinaires, nous avons également débuté nos travaux pour réévaluer les programmes offerts dans notre établissement. Les défis en lien avec le manque de personnel en pharmacie et le départ de notre chef de pharmacie ont également retardés certains de nos objectifs de développement.

Faits saillants :

- Maintien des 168 lits ouverts en réadaptation. Réouverture des 192 lits au printemps 2026 (projet-pilote) avec comme objectif de valider la capacité physique maximale considérant les lits non disponibles (bris et rénovations à court terme, enjeux de qualité et de sécurité, complexité de l'isolement des usagers avec souches multiples, facteurs cliniques). La capacité réelle maximale se situe autour de 176 lits.
- Taux d'occupation en réadaptation de 80,5% comparativement à 77,7% en 2024-2025
- Taux d'occupation aux soins palliatifs de 82,1% comparativement à 63,7% en 2024-2025
- Durée moyenne de séjour en réadaptation de 41 jours soit, 49,39 jours pour les soins post-aigus et de 37,58 jours pour la RFI comparativement à 41,54 jours en 2024-2025
- Durée moyenne de séjour en soins palliatifs de 22,1 jours comparativement à 20.8 en 2024-2025
- Départ de 3 médecins en réadaptation (temporaire et partiel)
- Mise en place d'outils de suivi mensuels pour les gestionnaires de la DSPH et les rencontres des directions cliniques
- Validation de la vision de la direction générale pour l'offre de service de soins palliatifs
- Recueil des rôles de chaque intervenant des soins palliatifs auprès des usagers, surtout au niveau de la relation d'aide et mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire afin d'identifier les besoins selon les problématiques vécues par les usagers et les équipes
- Gestion de la phase 1 afin de mettre en place les meilleures pratiques en interdisciplinarité en collaboration avec les équipes de soins infirmiers et de réadaptation. Le déploiement des tableaux d'interaction dans les postes infirmiers a permis d'augmenter significativement les interactions entre les intervenants.
- Intégration des pharmaciens, nutritionnistes et médecins aux projets-pilotes et aux PII
- Fermeture temporaire de la radiologie locale
- Entente de service avec Radiologix Montréal-Nord et Concorde pour la réalisation des examens de radiographie conventionnelle du lundi au vendredi de 8h à 20h et fin de semaines de 9h à 16h.

- Révision de plusieurs politiques et procédures dont celles sur l'évaluation et la gestion de l'inaptitude
- En collaboration avec le responsable de la sécurité des actifs informationnels : Planification de la gestion des renseignements personnels sensibles; Création du comité de gouvernance des renseignements personnels sensibles et définition de son mandat; Révision des politiques et procédure de gouvernance des renseignements personnels, informatique et de gestion des dossiers des usagers, de l'engagement de confidentialité des employés et du consentement des usagers
- Révision de l'outil local de gestion des lits de manière cohérente avec les indicateurs de mesures de la table RFIM et de Santé-Québec (GESTRED)
- Fermeture du dossier d'inspection avec le Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Accueil de 3 résidents en gériatrie et de 11 externes
- Accueil de 10 résidents en soins palliatifs et de 53 externes

PHARMACIE

Faits saillants :

- Départ de la chef de pharmacie le 27 février 2026 et fermeture du dossier de l'Ordre des pharmaciens, pharmaciennes du Québec (OPQ)
- Mouvement de personnel pharmacien : Départ à la retraite d'une pharmacienne à temps complet. Fin d'un remplacement d'un an.
- Mouvement du personnel technique : Congé de maternité d'un ATP temps plein. Congé sans solde partiel.
- Au 31 mars 2026, le poste vacant de pharmacien temps plein et le nouveau créé de technicien en pharmacie sont dépourvus de titulaire.
- Recherche de grossiste de médicaments prêts à injecter pour remplacer les médicaments injectables en fioles ou en ampoule
- Modification de la couverture les fins de semaine (validation des ordonnances en max 24h grâce à la connexion à distance par les pharmaciens)
- Planification de l'implantation des cabinets médicamenteux
- Élaboration du plan d'action suite à l'autoévaluation sur la norme Gestion des médicaments pour Agrément Canada
- Révision partielle des politiques et procédures de la pharmacie suite à l'implantation de Panda
- Mise à jour du règlement sur l'exécution et l'émission des ordonnances
- Mise à jour de la liste des ententes et contrats de la pharmacie
- Identification des enjeux en lien avec le fonctionnement de l'ensacheuse et de la valideuse et prévision de son remplacement
- Participation aux projets pilotes PII
- Les dépenses en médicaments ont dépassé les limites du budget prévu, avec un écart de 170 635 $ (Budget : 700 943$ vs Réél : 1 133 761$). Le réel de 2024-2025 était de 1 113 712 $. L'augmentation des dépenses est donc de 1,8%
- Les heures travaillées du personnel régulier (période 1 à 11) sont inférieures au budget alloué (Budgétées : 16 186 h vs Réelles : 14 746 h). Le réel de 2024-2025 à la fin de la même période était similaire (14 240 heures travaillées). Ce surplus d'heures cliniques s'explique principalement par les postes non comblés.

ADMISSION

Faits saillants :

- DSIE REÇUES : 1614 COMPARATIVEMENT À 1049 EN 2024-2025.
- DSIE ENVOYÉES : 1184 COMPARATIVEMENT À 1082 EN 2024-2025.

ARCHIVES

Faits saillants :

- Épuration de dossiers : 1937 dossiers en 2025-2026 comparativement à 694 dossiers en 2024-2025
- Demandes de documents : 206 dossiers traités
- Dictées des histoires de cas par secrétaire : 522 minutes (période 1 à 7 seulement). Fin des dictées par la suite.
- Études réalisées :
    - Relocalisation soins palliatifs 2020-2024 (37 dossiers étudiés)
    - Séjours de plus de 180 jours soins palliatifs 2020-2025 (25 dossiers étudiés)
    - Séjours entre 90 et 180 jours 2020-2025 (63 dossiers étudiés)
    - Nombre de décès et DMS soins palliatifs 2020-2025
    - % occupation soins palliatifs 2019-2025
    - Transferts aux urgences avec retour en réadaptation (135 dossiers étudiés)
    - Diagnostic les plus courants feuille sommaire
    - Raison de transfert aux urgences (20 dossiers étudiés)
    - Chutes (60 dossiers étudiés)
    - Présence de FADM au dossier papier lors d'une panne électrique (70 dossiers étudiés)

NUTRITION CLINIQUE

Faits saillants :

- 44% des admissions en réadaptation (599 patients) ont été vus en nutrition clinique en 2025-2026 comparativement à 39% (487 patients) en 2024-2025. 37% des demandes concernaient une dysphagie en 2025-2026 comparativement à 32% en 2024-2025.
- 57% des admissions en soins palliatifs (261 patients) ont été vus en nutrition clinique en 2025-2026 comparativement à 37% (156 patients) en 2024-2025. 84% des demandes concernaient une dysphagie en 2025-2026 comparativement à 81% en 2024-2025.
- Recrutement d'une étudiante durant l'été 2025 pour contribuer à la standardisation des suppléments alimentaires épaissis, faire des panels de dégustation des repas du menu cyclique et identifier es valeurs erronées ou peu crédibles au niveau de l'entrée de données des valeurs nutritives.
- Supervision de 2 stagiaires de l'université McGill
- Formation des techniciennes sur les allergies alimentaires, le gluten, la végétalisation du menu et le gaspillage alimentaire (ITHQ)
- Formation des nutritionnistes sur le code de déontologie, la tenue de notes au dossier, le micro-biote et le lien avec la dysphagie et la digestion en lien avec les électrolytes dans la nutrition.
- Pour le mois de la nutrition, le thème choisi était : « Célébrons la diversité culturelle et l'alimentation ». Ainsi, l'équipe de nutrition clinique a diffusé des recettes hebdomadaires mettant en valeur la diversité culinaire.
- Des rencontres soutenues ont été tenues avec le service alimentaire afin de travailler la standardisation des recettes, la gestion de problématiques récurrentes liées à la courroie, les changements de fournisseurs et les compilations.
- Deux présentations ont été réalisées afin de souligner l'importance du rôle du personnel du service alimentaire auprès des usagers de l'Hôpital Marie-Clarac et de renforcer la collaboration avec la nutrition clinique.
- Des démarches ont été entreprises pour intégrer plus systématiquement la nutrition clinique aux décisions ayant un impact sur la sécurité et la qualité des repas.

RADIOLOGIE

Faits saillants :

- Nous avons réalisé 500 examens de radiologie sur place en 2025-2026 comparativement à 568 en 2024-2025
- Les procédures réalisées se répartissent en 48% pour le thorax et l'abdomen, 38% membres supérieurs et inférieurs et 14% colonne et bassin en 2025-2026 comparativement à 51% pour le thorax et l'abdomen, 36% membres supérieurs et inférieurs et 12% colonne et bassin en 2024-2025

Les objectifs principaux de la prochaine année (2026-2027) seront de :

- Continuer de participer au développement des meilleures pratiques cliniques en intégrant la vision de la DSPH à celles de la DSIA et de la DSM afin d'assurer la qualité et la sécurité permettant d'atteindre les plus hautes normes de pratiques, dont celles de l'Agrément.
- Participer à l'atteinte de l'équilibre budgétaire en redéfinissant les programmes cliniques et les offres de service adaptés à la mission de réadaptation et de soins palliatifs et mettre de l'avant notre vision de la réadaptation auprès des partenaires et promouvoir les soins palliatifs en leur présentant notre offre de service en réponse aux besoins du réseau.

Direction des ressources humaines

Je tiens à souligner tous les efforts et le travail réalisé par les membres de l'équipe, et ce, malgré les nombreuses contraintes. Le bilan dont vous prendrez connaissance ne représente qu'une infime partie de la somme du travail réalisé jour après jour. Je les remercie c'est la synergie développée, leur engagement, leur rigueur, leur persévérance qui ont permis les réalisations de l'année. Joignez-vous à moi pour les remercier de leur contribution unique à la réussite des objectifs de l'ensemble de l'organisation.

L'année 2025-2026 fût vraiment fructueuse pour la dotation puisque nous avons embauché davantage que le nombre de départ, fait plutôt rarissime au cours des dernières années. Nous avons également réussi à cesser l'utilisation de la MOI entre 1er octobre 2025 et le 6 février 2026. Depuis février, nous avons dû utiliser la dérogation obtenue auprès du CPNSSS pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires. Pour ce faire tous les membres de l'équipe ainsi que tous les gestionnaires de la DSIA ont été mis à contribution afin de réaliser cet énorme défi.

Faits saillants – projets réalisés

- Réalisation de 93 embauches d'employés en raison de 71 départs (dont 30 départs de ceux embauchés cette année), dont 7 départs à la retraite
- Signature des dispositions locales de l'APTS;
- Informatisation des demandes de congés et uniformisation de leur traitement par le déploiement d'un formulaire électronique permettant de recenser les demandes de congés à court et long terme ainsi que la mise en place d'un suivi centralisé permettant à chaque intervenant de connaître en temps réel l'état d'avancement du traitement des demandes.
- Augmentation de la fréquence des suivis de la présence au travail par la mise en place de rencontres hebdomadaires dédiées au suivi des dossiers et le développement d'un outil de travail permettant de suivre l'évolution de chaque dossier d'absentéisme chronique.
- Amélioration de la gestion de la disponibilité du personnel syndiqué par des visites sur les étages afin de répondre aux questions des employés en collaboration avec leur syndicat permettant une application rigoureuse des dispositions des conventions collectives relatives à la disponibilité TS et au nombre de refus permis.
- Transformation du projet pilote en trois (3) postes de « PAB accompagnateurs » afin de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante et ajout de deux (2) nouvelles assignations en projet pilote;
- Gestion de l'entente du processus de recinnaissance de l'ancienneté relative à l'opérationnalisation de ce processus (PURA), et ce, dans des délais très court sans le support des établissements de Santé Québec;
- Tenue de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza avec l'attente d'un taux de vaccination de 34.91 % pour les employés. Une belle amélioration de 8%;
- Reprise des activités du comité santé et sécurité au travail afin de mettre en application les nouvelles exigences découlant de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurtité du travail (LMRSST) de la CNESST. Un kiosque a été organisé par les 4 co-présidents du comité afin de sensibiliser le personnel à l'importance de déclarer les événements et situations dangereuses. Nous avons également présenté le programme d'aide aux employés pour rappeler les ressources de soutien disponibles.

- Le premier volet de la mise en œuvre, d'un guichet formation avec pour objectifs de faciliter la planification des activités de formation, de centraliser l'information ainsi que nous permettre un meilleur contrôle du respect des budgets, est maintenant complété;
- Mise à jour de l'ensemble des descriptions de fonction du personnel des cadres intermédiaires par l'ajout de sections « Devoirs et responsabilités relatives à la sécurité », « Promotion de la santé et sécurité au travail » ainsi que l'intégration de nos valeurs dans les « Habilités et compétences recherchées »;
- Accompagnement auprès de plusieurs gestionnaires avec les habiletés de leadership mobilisateur;

Projets réalisés en collaboration avec les autres directions

- Déployer le deuxième volet du plan de formation pour les gestionnaires selon les besoins de développement. (Comment mieux gérer et adresser les conflits au travail, Gestion d'équipes diversifiées, Intelligence émotionnelle);

Formation

- Tournée de présentation de la politique de la promotion de la civilité en milieu de travail au sein de l'ensemble des services en continu;
- Plusieurs formations à propos de Logibec ont été suivies par les membres de l'équipe RH;
- Formations aux agents de gestion du personnel Gestion d'équipes diversifiées et intelligence émotionnelle;

Objectifs 2025-2027

- Mettre fin à l'utilisation définitive de la MOI 2025 pour respecter la Loi 10 mais davantage pour stabiliser les équipes et être en mesure de développer le sentiment d'appartenance;
- Finaliser l'informatisation des demandes de congés et uniformiser le traitement de ceux-ci pour l'ensemble des secteurs;
- Améliorer la présence au travail;
- Révision de tous les documents du processus d'entrevue jusqu'au formulaire d'appréciation de la contribution;
- Entreprendre la numérisation des dossiers du service de santé et sécurité au travail;

Direction des services techniques

SERVICE ALIMENTAIRE

Faits saillants

Nombre de repas servis à la cafétéria et aux usagers :

- À la cafétéria : 40 796 repas et 1556 repas sans charge.
- Aux usagers : 201 753 repas.
- Amélioration des processus d'approvisionnement (moins de commandes téléphoniques, plus par le web);
- Formation sur l'utilisation sécuritaire des produits chimiques en cuisine;
- Formation en hygiène et salubrité alimentaire MAPAQ 12h complétée par deux assistantes-cheffes en technique de diététique;
- Affichage du menu sur un écran à l'entrée de la cafétéria;
- Entreposage pour le service alimentaire regroupé dans un local dédié au sous-sol;
- Amélioration de l'entretien quotidien des chariots Burlodge;
- Ajustement des prix à la cafétéria afin de mieux représenter le coût réel et s'assurer de couvrir les dépenses.

Objectifs 2026-2027

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

SERVICE DE L'ENTRETIEN ET DU FONCTIONNEMENT DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES

Faits saillants

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

Objectifs 2026-2027

- Poursuite de la normalisation des recettes;
- Amélioration du menu pour les différentes clientèles;
- Ajustement des prix pour le service offert à l'école et la Communauté;
- Implantation de la récupération des matières composables à la cuisine.

SERVICE DE L'HYGIÈNE/SALUBRITÉ

Faits saillants

- Probation réussie du nouveau chef de service;
- 23 132 kg de papiers confidentiels, papiers et cartons ont été envoyés au recyclage, l'an dernier était 20 308 kg;
- 169 950 kg de déchets ont été ramassés, l'an dernier était 145 50 kg;
- 2 888 kg de déchets biomédicaux ont été ramassés, l'an dernier était 2 689 kg;
- 1 617 heures ont été effectuées pour les transferts et désinfections des chambres et toilettes, l'an dernier était de 1 521 heures.

Objectifs 2026-2027

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

SERVICE DE LA BUANDERIE/LINGERIE

Faits saillants

Production

- Buanderie externe : 164 908 kg l'an dernier était de 142 098 kg.
- Buanderie interne : 57 975 kg l'an dernier était de 61 714 kg.

Objectifs 2026-2027

Continuer le projet des rideaux (remplacement et nettoyage).

SERVICE DE LA SÉCURITÉ

Faits saillants

Événements :

Nous avons utilisé 151 permis à chaud.
Nous avons eu 33 rapports d'intervention :

- 3 codes rouges, 2 codes bleus, 15 codes mauves;
- 2 situations de personnes prises dans l'ascenseur;
- 3 vols mineurs;
- 8 autres (codes blancs, altercations verbales, expulsion, vandalisme).

Réalisations :

- Mise à jour des directives et procédures de la sécurité;
- Ajustement au cahier de formation des agents de sécurité;
- Ajout de caméras de sécurité;
- Formation donnée aux agents pour méthodes de travail sécurité.

Objectifs 2026-2027

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

TRAVAUX D'AMÉLIORATION COMPLÉTÉS	
Remplacement réservoir huile souterrain 25 000 litres	450 000 $
Remplacement des portes motorisées dans trois salons	30 000 $

TRAVAUX D'AMÉLIORATION PLANIFIÉS	
Infrastructure de rétention des eaux pluviales	402 000 $
Modernisation d'un ascenseur hydraulique	300 000 $
Remplacement de fenêtres ouvrantes (projet pilote)	87 100 $
Mise aux normes - ventilation (projet MSSS)	
Mise aux normes - salles de bain (projet MSSS)	
Ajout de lavabos (projet MSSS)	

Direction des ressources financières et informationnelles

L'exercice 2025-2026 a été marqué par une stabilisation des activités hospitalières dans un contexte postpandémique. Le taux d'occupation a poursuivi sa progression tout au long de l'année pour atteindre près de 80 %. Bien que la crise sanitaire soit désormais derrière nous, les impacts financiers associés au taux d'occupation continuent d'influencer l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Le suivi rigoureux des rectificatifs post-budgétaires a nécessité une vigie constante tout au long de l'année. Ainsi, grâce à une gestion financière rigoureuse et à un contrôle budgétaire serré, l'établissement a néanmoins terminé l'exercice financier 2025-2026 avec un surplus budgétaire.

La direction tient à remercier chaleureusement chaque membre de l'équipe. Malgré les défis de taille, vous avez su réagir avec brio ! Bien que notre structure à poste unique apporte son lot de complexité, votre travail a permis d'atteindre pleinement nos objectifs et de respecter nos cibles.

SERVICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le service des ressources financières regroupe les secteurs de la comptabilité, de la paie, des approvisionnements et de l'informatique. Les faits saillants de l'exercice sont les suivants :

Comptabilité et paie

- **Application des nouvelles mesures salariales :** Versement des primes d'inconvénients, ajustement de la rémunération des cadres et application des dispositions des conventions collectives nationales 2023-2026, incluant le traitement complexe de l'ensemble des rétroactivités.
- **Renforcement stratégique de l'équipe :** Intégration d'une agente de gestion financière aux compétences élargies. Son expertise a permis de:
- Optimiser la collaboration avec les partenaires internes.
- Alléger la charge de travail de l'équipe de la paie (traitements réguliers et demandes ponctuelles).
- Assurer la production des états financiers 2025-2026 durant l'absence de la directrice financière.

Approvisionnement

- Optimisation et virage numérique
- Optimisation de l'espace de travail : Réalisation d'un chantier d'épuration, de tri et d'archivage des dossiers des années antérieures afin de libérer l'espace de bureau.
- Modernisation des processus (Virage numérique) : Lancement du projet de numérisation et d'intégration des pièces justificatives directement dans le système comptable (GRF), permettant désormais la consultation des documents à distance et en mode hybride.

Informatique

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

- Partenariats stratégiques et innovations cliniques
    - **Établissement démonstrateur :** Intégration de la DSIE REPÈRE (en collaboration avec le CHUM), faisant de l'Hôpital Marie-Clarac le premier établissement privé conventionné à l'implanter.
    - **Collaboration avec Santé Québec :** Participation active aux comités des EPC sur les enjeux TI stratégiques et collaboration pour l'implantation de serveurs en zone démilitarisée (DMZ), et d'autres projets.
    - **Innovation technologique :** Déploiement d'un projet pilote de dictée médicale propulsé par l'intelligence artificielle (IA).

- Gouvernance, sécurité et continuité des affaires
    - **Conformité et cybersécurité :** Mise à jour des politiques liées à la Loi 25 (protection des renseignements personnels), gestion rigoureuse des incidents TI et cartographie complète des technologies de l'information.
    - **Modernisation des infrastructures serveurs :** Déploiement de nouveaux serveurs pour assurer la pérennité du système Progisan et optimisation de la performance et de la résilience du système de géolocalisation.
    - **Écoresponsabilité :** Amélioration d'un programme de recyclage du matériel informatique obsolète en partenariat avec une firme spécialisée.
- Infrastructures réseau et optimisation des installations
    - **Connectivité inter-bâtiments :** Raccordement par fibre optique de l'annexe et de la salle de physiothérapie aux installations principales, et préparation des infrastructures réseau pour les besoins futurs.
    - **Amélioration de la couverture sans fil et de la sécurité :** Optimisation de la géolocalisation (secteur buanderie), extension de la couverture Wi-Fi (service central) et ajout de caméras au système de surveillance.
    - **Mise à niveau de la flotte et des espaces de travail :** Remplacement et uniformisation du parc informatique (plus de 30 ordinateurs de dernière génération déployés, notamment en salle de formation et d'ergothérapie), optimisation des accès réseau (câblage) et modernisation de la téléphonie sectorielle.

SERVICE DES COMMUNICATIONS ET DU TRANSPORT

Le service des communications et du transport regroupe l'accueil des visiteurs, le service de la téléphonie et le transport des usagers. Les faits saillants de l'exercice sont les suivants :

Service des communications

- **Mesures d'urgence :** Réalisation de l'exercice annuel de rappel du personnel par SMS groupés (compilation et analyse des résultats) et participation active à la révision du cartable des mesures d'urgence.
- **Gestion technologique :** Poursuite de la rédaction d'un guide de procédures pour les administrateurs du système téléphonique GrandStream.

Service des transports

- Encadrement des PAB accompagnateurs : Élaboration d'une procédure interne, d'un aide-mémoire des rôles et d'une structure de gestion des horaires, en collaboration avec la DRH et la DSIA. Ajout de trois PAB au projet pilote.
- Qualité des services : Réalisation d'un sondage de satisfaction auprès des usagers concernant le fournisseur principal de transport adapté, et suivi rigoureux des plaintes.

Charges encourues par programmes-services
Excercice 2025-2026

	2025-2026	%	2024-2025	%
SANTÉ PHYSIQUE				
6051- Médecine	25 176 419 $		22 180 047 $	
6390 - Pastorale	163 669 $		151 308 $	
6564 - Psychologie	160 851 $		146 929 $	
6565 - Services Sociaux	653 351 $		646 274 $	
6630 - Centre de prélèvements	58 180 $		67 732 $	
6804 - Pharmacie - Usag.hospitalisés	2 242 638 $		2 242 834 $	
6805 - Pharmacie - Usag.hébergés	- $		- $	
6830 - Imagerie medicale	97 329 $		96 212 $	
6870 - Physiothérapie	3 409 187 $		3 641 467 $	
6880 - Ergothérapie	1 410 586 $		1 371 193 $	
7400 - Déplacement des usagers	557 615 $		500 156 $	
7553 - Nutrition clinique	736 074 $		744 617 $ $	
7930-Personnel en prêt de serv.	- $		57 487 $	
Charges non réparties par programmes-services	232 199 $		558 209 $	
Total Santé Physique	**34 898 098 $**	**69%**	**32 404 566 $**	**68%**
ADMINISTRATION				
7300 - Administration générale	3 381 654 $		3 286 950 $	
7320 - Administration des services techniques	230 687 $		260 658 $	
7340 - Informatique	392 957 $		349 147 $	
Charges non réparties par programmes-services	20 550 $		14 786 $	
Transfert des frais généraux	(19 313) $		(20 308) $	
Total Administration	**4 006 535 $**	**8%**	**3 891 233 $**	**8%**
SOUTIEN AUX SERVICES				
6000 - Administration des soins	571 282 $		662 114 $	
7200 - Enseignement	- $		- $	
7530 - Réception /Archives/ Télécommunications	776 965 $		661 796 $	
7554 - Alimentation - Autres	4 204 597 $		4 063 294 $	
7600 - Buanderie et lingerie	627 645 $		501 502 $	
Charges non réparties par programmes-services	10 651 $		10 650 $	
TOTAL Soutien aux services	**6 191 140 $**	**12%**	**5 899 356 $**	**12%**
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7640 - Hygiène et salubrité	1 464 943 $		1 394 481 $	
7650 - Gestion des déchets biomédicaux	2 726 $		1 999 $	
7700 - Fonctionnement des installations	1 104 284 $		1 080 085 $	
7710 - Sécurité	523 880 $		518 767 $	
7800 - Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier /Équipements	2 103 504 $		2 249 228 $	
Transfert des frais généraux	(68 032) $		(65 893) $	
TOTAL Gestion des bâtiments et des équipements	**5 131 305 $**	**10%**	**5 178 667 $**	**10%**
TOTAL Charge encourues par programme - services	**50 227 078 $**	**100%**	**47 373 822 $**	**100%**

Pour plus de renseignements sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport annuel AS-425 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 2026 se solde par un excédent des revenus sur les charges de 180 030 $.

CONTRATS DE SERVICES

Selon la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement n'a conclu aucun contrat de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus au cours de l'exercice financier 2025-2026

Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac

Cette année marque le 30e anniversaire de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac, un jalon qui témoigne de la force de sa mission. En 30 ans, grâce à la confiance et à la solidarité de ses donateurs, la Fondation a versé plus de 30 millions de dollars pour soutenir l'Hôpital et contribuer au bien-être de ses patients.

Poursuivant sa mission, la Fondation a organisé diverses activités de financement au cours de l'exercice financier 2025-2026. La plus importante d'entre elles a été sans conteste le cocktail-bénéfice Au pied du lit. Cette soirée a permis de récolter une somme nette de 677 200 $ pour compléter le remplacement de tous les lits.

Le traditionnel concert de Noël présenté au Centre Leonardo Da Vinci a fait salle comble. L'événement mettant en vedette Isabelle Boulay a rapporté près de 67 800 $.

La campagne des anges de réconfort a, pour sa part, permis de recueillir 4 720 $ pour financer la massothérapie. Chaque année, la Fondation verse 25 000 $ à l'Hôpital pour financer des services de massothérapie et autres thérapies douces, afin d'offrir un peu de réconfort et de soulagement aux personnes en fin de vie.

Des dons totalisant 110 285 $ ont aussi été faits à la Fondation à la mémoire de personnes qui nous ont quittés.

Un engagement exceptionnel a marqué l'année 2025. La Fondation Lise et Giuseppe Racanelli a offert un don de 5 millions de dollars sur 10 ans. Ce geste philanthropique exceptionnel permet d'assurer la pérennité et l'excellence des soins offerts à l'Hôpital Marie-Clarac.

De plus, des dons du grand public totalisant environ 127 419 $ ont été remis à la Fondation au cours de l'exercice 2025-2026.

Grâce à la générosité de ses donateurs, la Fondation est fière d'avoir versé cette année 981 000 $ à l'Hôpital. Ce montant a principalement servi à compléter le projet de remplacement de tous les lits désuets de l'Hôpital entamé il y a trois ans. Les lits constituent la base du confort des patients qui s'efforcent de retrouver leur mobilité et leur autonomie. Il est crucial de leur offrir des lits adaptés et ergonomiques pour favoriser le processus de réadaptation et de guérison. Ces lits sont aussi prioritaires pour le bien-être des personnes en fin de vie. D'autres équipements ont aussi été acquis pour répondre aux besoins des usagers et faciliter le travail du personnel.

Fidèle à son engagement, la Fondation a offert encore cette année l'accès gratuit à la télévision à tous les patients. Ce divertissement aide notamment au maintien des fonctions cognitives et à contrer l'ennui.

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Bureau de direction

PRÉSIDENT

Michael Fratianni
Président et chef de la direction
Société Terminaux Montréal Gateway

VICE-PRÉSIDENTE

Me Claudie Bouchard
Traductrice, réviseure
et entrepreneure

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Gabriel Groulx
FCPA, ASC
Consultant en gouvernance et finances

ADJOINT AU SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Raymond Paquin
Fondateur de la Fondation

Sr Martine Côté
Directrice générale
Hôpital Marie-Clarac

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

Administrateurs

Adriana Alfano
Ingénieure
Gestion Anco inc

Nancy Forlini
Présidente et courtière
immobilière agréé
Re/Max Solutions

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

Natalie Martin
Pharmacienne
Membre affiliée
du Groupe Proxim

Salvatore Migliara
Président
Résidence Au Fil de l'Eau

Vincent Giangaspero
Consultant

Marc-André Poirier
Directeur des opérations
Magnus Poirier

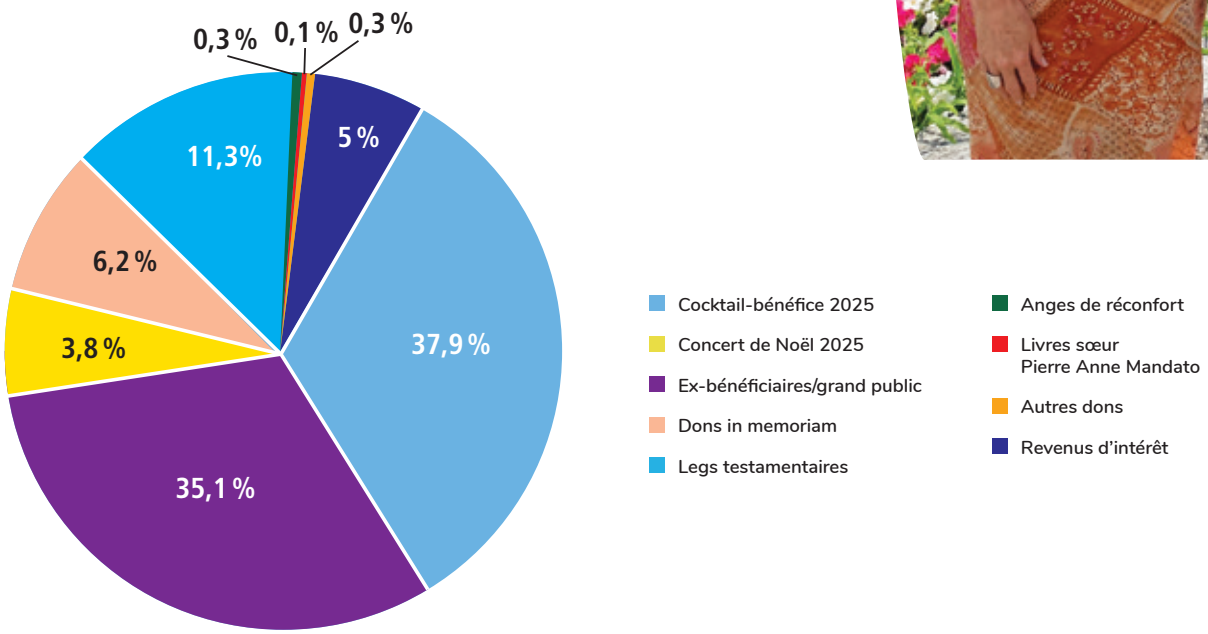
Francyne Noël Trudeau
Vice-présidente
Gestion Cholab inc.

Michael Di Grappa
Vice-recteur aux services et
au développement durable
Université Concordia

Ivano Scattolin
Président
Gestion Ferenzo

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

REVENUS DE L'ANNÉE FINANCIÈRE TERMINÉE AU 31 MARS 2026		
CATÉGORIES	**Totaux**	**Pourcentage**
Cocktail-bénéfice 2025	677 261 $	37,9 %
Concert de Noël 2025	67 864 $	3,8 %
Ex-bénéficiaires/grand public	627 419 $	35,1 %
Dons *in memoriam*	110 285 $	6,2 %
Legs testamentaires	201 713 $	11,3 %
Anges de réconfort	4 391 $	0,3 %
Livres Sœur Pierre Anne Mandato	594 $	0,1 %
Autres dons	5 422 $	0,3 %
Revenus d'intérêt	91 182 $	5 %
Total	1 786 131 $	100 %



DON MAJEUR DE 5 MILLIONS $ SUR 10 ANS

La Fondation Lise et Giuseppe Racanelli a posé un geste philanthropique exceptionnel en offrant un don de 5 millions de dollars sur 10 ans destiné à assurer la pérennité et l'excellence des soins offerts à l'Hôpital Marie-Clarac.

En reconnaissance de leur geste inspirant, la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac a octroyé le titre de gouverneur à Lise et Giuseppe Racanelli. De plus, le département des services multidisciplinaires de l'hôpital a été nommé en leur honneur, symbole durable de leur engagement envers Marie-Clarac.

Liste des conseils et comités de l'établissement

CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

COMITÉ D'AUDIT

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

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.A.

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

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- Vacant, présidente
- Sr Jacinthe Caron, vice-présidente
- Sr Martine Côté, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE DIRECTION

- Sr Martine Côté, DG
- Dre Geneviève Desbiens, DSPH
- Joël Champagne, DST
- Chantal Talbot, DRH
- Brigitte Roy, DRFI
- Christine Lanoix, DSIA
- Mélanie Robinson, DSM

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

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

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- Sr Martine Côté, DG
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne en soins infirmiers
- Jocelyn Bergeron, représentant des usagers
- Éric Marleau
- Valérie Guyonneau
- Christine Lanoix
- Frédérique Chapron
- Chantal Poirier
- Chantal Talbot
- Fanny Lapointe, présidente du CII

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Dre Jessica Saint-Pierre, microbiologiste infectiologue conseil
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne en soins infirmiers, secrétaire
- Dre Mélanie Mache, médecin traitant
- Sr Martine Côté, DG
- Norline Dorneval, infirmière de liaison
- Rose-Mirienne Dulieprе, ICASI
- Christine Lanoix, directrice des soins infirmiers et d'assistance

COMITÉ DES USAGERS

- Nicole Dubé, secrétaire
- Marie-France Bélisle, conseillère
- Sr Maria Del Pilard Saenz Mosquera
- Joseph Abaji Patrick
- Clovia Gaudet
- Pascal Kona N'Guetta
- Mireille Pierre-Louis

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.M.D.P.

- Anh Nguyen, présidente
- Dre Anna Kawinska, vice-présidente (intérim)
- Dre Hélène Bustamante, secrétaire – trésorière
- Dre Fadila Sayoud, membre
- Dr Messaoud Tlili, membre
- Dre Geneviève Desbiens, DSPH
- Sr Martine Côté, DG

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

- Dre Adiana Rusnac, présidente
- Anh Nguyen
- Dr Guillaume Lallier
- Michael Tritt

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

- Dre Maria Karas, présidente
- Dr Messaoud Tlili
- Dre Fadila Sayoud
- Dr Jean-Paul Kerba
- Dre Geneviève Desbiens

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

- Dre Anna Kawinska, présidente
- Dre Hélène Bustamante
- Amina Fasla
- Dr Éric Lessard

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

- Yesine Aifi, infirmier clinicien
- Janette Chu, physiothérapeute
- Dominique Desroches, physiothérapeute
- Sr Martine Côté, DG
- Suzanne Lavallée, conseillère en éthique, présidente
- Johanne Sauvé, conseillère clinicienne soins infirmiers, vice-présidente
- Marie-Ève Mador, intervenante spirituelle
- Anh Nguyen, cheffe du département de pharmacie
- Agnes Perna, partenaire
- Chantal Talbot, directrice des ressources humaines
- Sarah Thibodeau, avocate

COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- Marie-Claude Dagenais, représentante SQESSS
- Yan Maréchal, représentant, syndicat SQEES
- Véronique Walsh , Co-présidente, syndicatAPTS
- François Gauthier, représentant APTS
- Antoinietta Mucci, Co-présidente, syndicat SIIA
- Dominique Gaudreau, représentante, syndicat, SIIA
- Chantal Talbot, représentante patronale, DRH
- Lynda Allaire Co-présidente patronale, conseillère en gestion ressources humaines

Faits saillants de certains comités

COMITÉ GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Faits saillants

Au cours de l'année 2025-2026, le Comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ) a tenu six rencontres, soit les 15 avril, 17 juin 2025, 30 septembre et 18 novembre 2025, ainsi que les 20 janvier et 10 mars 2026.

Plusieurs dossiers ont fait l'objet d'analyses et de suivis, notamment :

- Les incidents et accidents, incluant l'examen des rapports trimestriels, le suivi des événements à conséquence majeure ou sentinelle, ainsi que les pratiques de divulgation des accidents.
- Les enjeux liés à la sécurité, en collaboration avec diverses instances de l'établissement, dont:
    - Les comités partenaires (comité des mesures d'urgence, comité de santé et sécurité au travail et comité de prévention et contrôle des infections);
    - Les conseils professionnels;
    - Le représentant des usagers;
    - Les directions de l'établissement.
- Les infections nosocomiales, particulièrement les éclosions de virus respiratoires et l'assiduité à l'hygiène des mains.
- Les alertes, avis et les rappels reçus et traités dans l'établissement.
- Le suivi de dossiers touchant la sécurité des usagers, notamment en matière de prévention des chutes et d'événements liés à la médication.
- Les activités de la Semaine nationale de la sécurité des patients.

Le CGRQ a formulé des recommandations et assuré le suivi de leur mise en œuvre afin d'améliorer la sécurité des usagers. Par ailleurs, la révision et la mise à jour des politiques, procédures et règlements pertinents sont en cours.

COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

Faits saillants

- Le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) a été mis à jour de façon continue tout au long de l'année, en fonction des avis scientifiques et des recommandations émises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Plusieurs audits ont été réalisés afin d'évaluer la conformité aux pratiques de PCI, notamment des observations ciblant l'hygiène des mains et l'application des précautions additionnelles lors de situations d'éclosion.
- Des activités de sensibilisation et de formation portant sur l'hygiène des mains ont été déployées auprès du personnel tout au long de l'année afin de soutenir l'adhésion aux bonnes pratiques
- Des affiches de promotion de l'hygiène des mains ont été installées à plusieurs endroits dans l'hôpital, principalement dans les secteurs cliniques.
- Une surveillance étroite des agents infectieux a été assurée, incluant notamment le SARS CoV 2 (COVID 19), les virus respiratoires, le Clostridium difficile, le SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) et les EPC (entérobactéries productrices de carbapénémases). Les éclosions de virus respiratoires ont été prises en charge conformément aux recommandations de l'INSPQ.
- Le comité de prévention des infections a formulé des recommandations à la direction générale concernant les mesures de prévention liées à la COVID 19, la gestion d'un type de bactérie multirésistante ainsi que l'amélioration de la conformité à l'hygiène des mains. L'ensemble de ces recommandations a été accepté.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Mandat

Conformément au Règlement 1.1.30, le Comité d'éthique clinique (CÉC) a pour mandat de soutenir la réflexion éthique au sein de l'établissement, d'accompagner les équipes cliniques, les gestionnaires et les directions dans l'analyse de situations complexes, et de contribuer au développement d'une culture organisationnelle sensible aux enjeux d'éthique clinique et organisationnelle.

Le comité agit comme un lieu de dialogue, de délibération et de soutien à la prise de décision lorsque des valeurs, des principes ou des obligations entrent en tension dans les situations de soins ou de gestion.

Plus spécifiquement, le Comité d'éthique clinique exerce :

- **Un rôle conseil,** notamment :
    - en accompagnant les intervenants, les gestionnaires, les médecins et les directions dans l'analyse de situations cliniques ou organisationnelles complexes, afin d'éclairer la prise de décision, sans se substituer aux responsabilités qui leur incombent;
    - en soutenant l'élaboration, la révision et l'analyse de politiques, de pratiques organisationnelles et de cadres décisionnels au regard des valeurs et des principes éthiques.
- Un rôle de sensibilisation et de promotion de l'éthique, visant à développer et à maintenir une culture éthique au sein de l'établissement par des activités éducatives, des outils de soutien à la réflexion et des actions de communication.
- Un rôle d'examen des politiques de l'établissement sous l'angle des considérations éthiques afin d'assurer la cohérence avec les principes, les valeurs et enjeux éthiques.

Faits saillants

Au cours de l'année 2025-2026, le comité s'est réuni à six reprises, conformément au calendrier adopté :

- 16 avril 2025
- 25 juin 2025
- 9 juillet 2025 (séance de travail)
- 1er octobre 2025
- 10 décembre 2025
- 18 février2026

1. Révision du cadre de référence en éthique

L'année 2025-2026 a été marquée par la finalisation du cadre de référence en éthique, à la suite de plusieurs lectures, échanges et consultations. Le document a été bonifié afin de tenir compte des commentaires reçus et d'assurer sa pertinence clinique et organisationnelle.

Une annexe intitulée « Cheminement d'une situation éthique » a été ajoutée afin de décrire le processus de gestion d'une situation éthique au sein de l'établissement. Le comité a convenu des modalités de transmission des demandes de consultation et du rôle d'un membre du comité dans l'examen préliminaire, sans identification préalable de la personne concernée, afin d'assurer la pérennité du processus.

Le cadre de référence en éthique a été approuvé par le Conseil d'administration le 20 mai 2025.

2. Demandes de consultation

Au cours de l'année, le comité a été sollicité pour analyser les situations complexes, suivantes :

- **Consommation de cannabis chez des usagers en soins palliatifs,** ayant mené à l'élaboration de recommandations et à une réflexion institutionnelle sur l'encadrement de cette pratique;
- **Congés temporaires en réadaptation,** ayant conduit à une révision de politique adoptée par le Conseil d'administration;
- **Relocalisation de patients en soins palliatifs en contexte de stabilité médicale,** suscitant une réflexion approfondie sur la dignité, la qualité de vie et la légitimité décisionnelle;
- **Refus de retour à domicile en réadaptation,** ayant permis de clarifier les droits et obligations des usagers et de l'établissement.

Le comité a également amélioré son processus de transmission et de validation des rapports de consultation afin d'assurer des délais mieux balisés et un retour plus rapide aux équipes.

3. Promotion et sensibilisation à l'éthique

Plan de diffusion et d'appropriation

À la suite de l'adoption du cadre, le comité a élaboré un plan de diffusion et d'appropriation visant à soutenir son intégration dans la pratique quotidienne. Ce plan s'adresse aux gestionnaires, employés, médecins, stagiaires, bénévoles et membres du Conseil d'administration.

Les objectifs du plan sont de :

- faire connaître le cadre de référence;
- favoriser le recours aux consultations éthiques;
- sensibiliser les différents acteurs aux enjeux éthiques;
- mieux faire connaître le rôle et l'expertise du comité.

Plusieurs activités ont été proposées, dont des rencontres de sensibilisation, une présence lors de la Semaine nationale de l'éthique, des publications vulgarisées, un kiosque d'information et des contenus de type Flash éthique.

OBJECTIFS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

Pour l'exercice 2026-2027, le Comité d'éthique se fixe les objectifs suivants :

1. Déployer et soutenir l'appropriation du cadre de référence en éthique.
2. Renforcer l'accessibilité et l'efficacité du processus de consultation éthique.
3. Favoriser le développement de la culture éthique au sein de l'établissement par des activités de sensibilisation.
4. Soutenir le développement des compétences des membres du comité.
5. Compléter le recrutement afin d'assurer la stabilité et la représentativité interdisciplinaire du comité.
6. Réviser les règles de fonctionnement du Comité d'éthique.

CONCLUSION

En 2025-2026, le Comité d'éthique a poursuivi un travail soutenu de réflexion, de consultation et de structuration de l'éthique au sein de l'établissement. Les travaux réalisés, notamment l'adoption du cadre de référence, les consultations menées et les actions de sensibilisation, ont contribué à renforcer la capacité de l'organisation à soutenir des décisions éclairées, respectueuses des personnes et ancrées dans les valeurs institutionnelles.

Les acquis de cette année constituent une base solide pour poursuivre le déploiement de l'éthique clinique et organisationnelle et pour répondre, avec rigueur et humanité, aux défis éthiques à venir.

Pour le Comité d'éthique,

Suzanne Lavallée
Présidente
29 avril 2026

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Mandat du comité

Conformément à l'article 156 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, le Comité de vigilance et de la qualité a pour mandat d'appuyer le conseil d'administration dans l'exercice de ses responsabilités en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins et des services, de respect des droits des usagers et de traitement diligent de leurs plaintes.

À ce titre, le comité assure, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations formulées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services relativement aux plaintes, aux interventions réalisées ainsi qu'aux signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance. Il veille également au suivi des recommandations émises par le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux à la suite de plaintes ou d'interventions effectuées conformément aux dispositions législatives applicables.

Le comité exerce par ailleurs une surveillance de l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement ayant des responsabilités relatives à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers ou au traitement de leurs plaintes. À cette fin, il reçoit et analyse les rapports et recommandations de ces instances, établit les liens nécessaires entre ceux-ci et en tire les conclusions appropriées afin de formuler au conseil d'administration des recommandations visant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux usagers.

Enfin, le Comité de vigilance et de la qualité assure le suivi de ses propres recommandations, favorise la collaboration et la concertation entre les intervenants et instances concernés afin d'assurer une compréhension commune des enjeux et une mise en œuvre cohérente des recommandations, et exerce toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile à l'accomplissement du mandat qui lui est confié.

Composition du comité

Au cours de l'année 2025-2026, le Comité de vigilance et de la qualité était composé de six

(6) membres, incluant notamment :

- Madame Suzanne Lavallée, présidente du comité;
- Madame Agnes Perna, vice-présidente;
- Madame Michèle Héroux, secrétaire;
- Sœur Martine Côté, directrice générale;
- Madame Florence De Sève, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal;
- Madame Esther Rosier, représentante du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

La composition du comité respecte les exigences légales et favorise une diversité de perspectives cliniques, administratives et de gouvernance.

Faits saillants de l'année 2025-2026

1. Tenue des rencontres

Le comité s'est réuni à trois (3) reprises au cours de l'exercice :

- Le 29 avril 2025;
- Le 27 janvier 2026;
- Le 23 octobre 2025;

Les quorums requis étaient atteints et les travaux se sont déroulés conformément aux règles de fonctionnement du comité.

2. Qualité et sécurité des soins et des services

a) Prévention et contrôle des infections (PCI)

Le comité a analysé les rapports trimestriels en PCI, notamment :

- Les résultats des audits sur l'hygiène des mains, qui demeurent inférieurs à la cible organisationnelle de 80 %, malgré des efforts soutenus de sensibilisation;
- Plusieurs éclosions (COVID-19 et influenza) survenues au cours de l'année, pour lesquelles des analyses post-éclosions ont été réalisées ou étaient en cours;

Le comité a appuyé les mesures éducatives et l'élargissement progressif des audits à l'ensemble du personnel dans le contexte des travaux d'agrément.

b) Gestion des risques

Les rapports trimestriels de gestion des risques ont été examinés avec attention, incluant:

- l'analyse des incidents et accidents déclarés;
- le suivi des chutes;
- l'optimisation de l'utilisation du logiciel PANDA pour la gestion des événements liés à la médication;
- le traitement et le suivi des événements sentinelles.

Une attention particulière a été portée aux recommandations du comité de gestion des risques, lesquelles sont désormais suivies de façon structurée à l'aide d'un registre organisationnel.

3. Registre de suivi des recommandations

L'année 2025-2026 a été marquée par la consolidation du registre de suivi des recommandations, lequel permet :

- d'assurer la traçabilité des recommandations internes et externes;
- de documenter les mesures mises en place;
- de préciser les dates de réalisation et de fermeture des recommandations;
- d'appuyer une vision systémique des enjeux de qualité.

Le comité a formulé quelques améliorations au registre afin d'en accroître la rigueur et son utilité.

4. Satisfaction de la clientèle

Le comité a analysé les résultats des sondages de satisfaction couvrant l'ensemble de l'exercice :

- les résultats globaux demeurent satisfaisants et relativement stables;
- des améliorations notables ont été observées quant à la planification du congé et à l'information sur le processus de plainte;
- certains enjeux persistent, notamment le délai de réponse aux cloches d'appel, la tranquillité sur les unités et, plus récemment, certains aspects de la communication aux soins palliatifs.

Des actions d'amélioration continue ont été encouragées et suivies par le comité.

5. Plaintes et respect des droits des usagers

Le comité a pris connaissance des rapports sommaires de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Il a notamment :

- suivi l'évolution des dossiers complexes ou prolongés;
- discuté de la qualification d'événements à titre d'événements sentinelles;
- soutenu la mise à jour des procédures internes, incluant celles liées à la notion de maltraitance;
- reconnu la collaboration des équipes cliniques dans la mise en œuvre des recommandations.

Une vigilance particulière a été maintenue quant au respect des délais de traitement et à la qualité des suivis auprès des usagers.

6. Agrément

Les travaux préparatoires à la visite d'agrément prévue en novembre 2026 ont été présentés en cours d'année :

- atteinte du taux de participation visé (52 %) au sondage universel du personnel;
- réalisation des auto-évaluations par normes;
- élaboration en cours des plans d'action.

Le comité a assuré un suivi étroit de l'avancement des travaux et en a souligné l'importance stratégique pour l'amélioration continue de la qualité.

Appréciation globale

Le Comité de vigilance et de la qualité a pleinement assumé son mandat grâce à l'engagement et à la rigueur de ses membres, lesquels ont exercé une vigie soutenue et constructive, permettant de :

- maintenir un haut niveau d'attention à la qualité et à la sécurité des soins;
- renforcer les mécanismes de suivi des recommandations;
- soutenir une culture organisationnelle axée sur l'amélioration continue.

Le comité souligne l'engagement des équipes cliniques, administratives et de soutien, ainsi que la collaboration constante de la commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

Objectifs 2025-2026

Pour l'exercice 2026-2027, le Comité de vigilance et de la qualité se donne les objectifs suivants:

1. Consolider l'approche systémique de suivi des recommandations, en s'assurant que le registre demeure à jour, opérationnel et utilisé comme outil stratégique de gouvernance.
2. Renforcer la surveillance des enjeux de prévention et contrôle des infections, notamment par le suivi des audits élargis et des plans d'amélioration associés.
3. Approfondir l'analyse des résultats de satisfaction de la clientèle, en ciblant prioritairement les enjeux récurrents (cloches d'appel, tranquillité, communication).
4. Soutenir activement la démarche d'agrément, incluant le suivi des plans d'action et la préparation à la visite de novembre 2026.
5. Poursuivre l'amélioration continue du traitement des plaintes, en assurant une qualification adéquate des événements sentinelles et un respect optimal des délais.
6. Favoriser la participation des directions cliniques, en les invitant, lorsque pertinent, à présenter leurs plans d'amélioration de la qualité au comité.

Conclusion

Le Comité de vigilance et de la qualité demeure un levier essentiel de la gouvernance de l'établissement. Par son rôle de vigie, d'analyse et de recommandations, il contribue directement à l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de l'humanisation des soins et services offerts aux usagers.

Pour le Comité de vigilance et de la qualité,

Suzanne Lavallée
Présidente
29 avril 2026

COMITÉ DE GOUVERNANCE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SENSIBLES

MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION :

Sœur Martine Côté, directrice générale

M. Joël Champagne, directeur des services techniques

Mme Chantal Talbot, directrice des ressources humaines

Dre Geneviève Desbiens, directrice des services professionnels et hospitaliers

Mme Christine Lanoix, directrice des soins infirmiers et d'assistance

Mme Mélanie Robinson, directrice des services multidisciplinaires

Mme Nhan Nguyen, directrice des ressources financières et informationnelles par intérim en l'absence de Mme Brigitte Roy.

Mme Gracia Muadi, adjointe de direction à la direction générale

Un plan d'action comprenant 9 étapes a été réalisé pour préparer la mise en place du CGRPS

Étape 1 : La direction générale a procédé à la nomination du responsable de la protection des renseignements personnels (RPR) et du responsable de l'application des normes applicables aux produits et services technologiques utilisés dans l'établissement.

Étape 2 : Nous avons évalué les pratiques actuelles et fait une analyse des risques. Un inventaire préliminaire des données personnelles collectées, utilisées et partagées a été effectué. Ce recueil concernait des informations concernant les usagers, les employés et les fournisseurs. Une collecte des politique et procédures existantes en lien avec la protection des données personnelles a aussi été effectuée afin d'identifier les références manquantes.

Étape 3 : Afin d'établir des politiques claires concernant la collecte, l'utilisation, la conservation et la destruction des renseignements personnels, nous avons mis-à-jour les politiques et procédures existantes afin d'y inclure les nouvelles dispositions de la loi. Nous avons préparé la révision des politiques 2.5.1, 2.5.2, 2.5.3, 2.5.4. Nous avons également clarifié les directives pour l'utilisation de l'IA dans l'établissement. Une politique concernant la confidentialité sur notre site web en lien avec la transmission des informations des appliquants a été ajoutée.

Étape 4 : Afin de nous assurer d'obtenir le consentement explicite des individus pour la collecte de leurs données, nous avons également modifié le formulaire de consentement à l'admission (usagers), le formulaire d'engagement à la confidentialité (employés) et préparer une fiche explicative des types de données collectées selon leur utilisation disponible sur demande par tous.

Étape 5 : Cette étape concerne l'organisation de formation pour sensibiliser le personnel aux exigences de la loi et aux meilleures pratiques en matière de protection des données. En plus des campagnes de sensibilisation régulières qui sont effectuées dans l'établissement par le service informatique, nous proposerons d'établir un plan de formation plus structuré dans nos priorités stratégiques.

Étape 6 : Afin de nous assurer que nos fournisseurs qui traitent nos données personnels se conforment à la loi, nous avons mandaté la DRFI et le DST pour valider que les tiers respectent les mesures de protection des données. Les nouveaux contrats devaient inclure une clause spéciale à cet effet. Les serveurs informatiques et fournisseurs de logiciels sont également soumis à ces règles.

Étape 7 : Cette étape concerne la mise en place de mesures de sécurité et d'atténuation afin de protéger les données contre les accès non autorisés et les violations de sécurité. Nous avons d'abord intégré les responsabilités attendues de la part de nos employés concernant la sécurité des renseignements personnels dans leurs descriptions de postes revues et partagées. Nous avons révisé le formulaire d'engagement à la confidentialité qui clarifie l'utilisation appropriée des outils informatiques et la gestion des accès et mots de passe. Notre personnel est également avisé que les actions qu'ils posent sont journalisées Des mécanismes de fermetures automatiques des logiciels sont également prévus.

Étape 8 : Pour établir une procédure à suivre en cas de violation des données, y compris la notification des personnes concernées et des autorités compétentes, nous avons tout d'abord orienté toutes les déclarations via notre mécanisme actuel et selon nos politiques et procédures en lien avec la déclaration des incidents et accidents et leur divulgation. Nous avons révisé les recommandations et guides émis par le MSSSS afin de développer une politique claire sur la gestion des incidents de confidentialité.

Étape 9 : Afin de rester informés des changements et des mises à jour concernant la législation entourant la sécurité des renseignements personnels pour nous assurer que notre établissement reste conforme, nous avons effectué régulièrement des veilles sur les sites du MSSS, de la CAI et assister à des formations sur la cybersécurité.

La première rencontre du comité a eu lieu le 14 avril 2026

Lors de la rencontre, le mandat du comité a été présenté aux membres.

Il se définit comme suit :

Le comité de gouvernance des renseignements personnels sensibles (RPS) a pour mission d'assurer la supervision, la cohérence et l'amélioration continue des pratiques de gestion des renseignements personnels au sein de l'organisation. Il soutient la direction et la personne responsable de la protection des renseignements personnels (PRP) dans l'application des obligations légales et des meilleures pratiques.

Ainsi il doit s'assurer de :

- Veiller au respect des lois applicables en matière de protection des renseignements personnels.
- S'assurer de l'application des règles de gouvernance prévues par la Loi sur l'accès (art. 63.3 au Québec).
- Recommander l'adoption ou la mise à jour des politiques internes.
- Définir les orientations stratégiques en matière de protection des renseignements personnels.
- Harmoniser les pratiques entre les différentes unités administratives.
- Nommer les personnes responsables d'assister les usagers et les employés qui émettent des refus d'accès ou des restrictions d'accès à leurs dossiers (article 50 et 100 Loi sur l'accès).
- Établir des mécanismes de reddition de comptes et de contrôle des mesures mises en place (rapports d'incidents de confidentialité, registre des accès, registre des actifs informationnels, épuration des données).
- Identifier les risques liés à la collecte, l'utilisation, la communication, la conservation et la destruction des renseignements personnels.
- S'assurer que les fournisseurs de l'établissement respectent les lois en vigueur sur la protection des renseignements personnels
- Examiner les incidents de confidentialité et recommander des mesures correctives.
- Créer un registre des incidents de confidentialité
- Nommer une personne responsable de la gestion des incidents de confidentialité
- Suivre les plans d'action découlant des incidents ou audits.
- Examiner les projets impliquant des renseignements personnels (nouveaux systèmes, transformations numériques, externalisation).
- S'assurer que les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP) sont réalisées lorsque requis.
- Nommer une personne responsable de gérer la réalisation des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP) en collaboration avec les équipes liées au déploiement des projets technologiques de l'établissement
- Recommander des mesures d'atténuation des risques.
- Se mettre à jour sur les nouvelles lois concernant la sécurité des renseignements personnels
- Promouvoir une culture de protection des renseignements personnels.
- Recommander des programmes de formation et de sensibilisation adaptés aux différents groupes d'employés.
- Encourager les bonnes pratiques et la responsabilisation.
- Nommer une personne responsable de veiller à la formation, diffusion et promotion de la sécurité des renseignements personnels dans l'établissement
- Rendre disponibles les politiques et procédures de l'établissement en lien avec la sécurité des renseignements personnels sur le site web de l'établissement
- Examiner périodiquement les politiques, procédures et outils et prévoir les modifications requises selon l'évolution de la loi
- Prévoir un répertoire des collectes de données accessible en cas de demande d'accès aux informations collectées par un usager ou un employé
- Suivre les indicateurs de performance liés à la protection des renseignements personnels.

Les nominations suivantes ont été faites.

- Personne responsable de la gestion des incidents de confidentialité :
  Dr Geneviève Desbiens
- Personne responsable de gérer la réalisation des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP) en collaboration avec les équipes liées au déploiement des projets technologiques de l'établissement :
  Mme Johanne Sauvé
- Personne responsable de veiller à la formation, diffusion et promotion de la sécurité des renseignements personnels dans l'établissement :
  M. Mahdi Kharchi

Les nominations suivantes sont à venir :

- Personnes responsable d'assister les usagers qui émettent des refus d'accès ou des restrictions d'accès à leurs dossiers :
- Personnes responsable d'assister les employés qui émettent des refus d'accès ou des restrictions d'accès à leurs dossiers :

Les politiques, procédures et documents suivants ont été adoptées avec corrections mineures :

- Politique 2.4.1 : Politique de protection des renseignements personnels sensibles contenus aux dossiers des employés
- Politique 2.5.2 : Politique de gouvernance informatique
- Politique 2.5.4 abolie et fusionnée à la Politique 2.5.2
- Politique 2.5.1 : Politique de protection des renseignements personnels sensibles contenus au dossier de la personne qui reçoit des soins et services
- Consentement général HMC034
- Engagement à la confidentialité, à la sécurité de l'information et au maintien d'un sain climat de travail

Les politiques et procédures suivantes seront retravaillées :

- Politique 2.5.3 : Politique de gouvernance et de sécurité des renseignements personnels sensibles
- Politique de gestion des incidents de confidentialité

Le comité a aussi recommandé la destruction des données confidentielles contenues dans les objets non réclamés avant leur disposition.

Le comité a également fait sa planification stratégique pour 2026-2027 qui comprend les actions suivantes :

1) Finalisation des politiques, procédures et documents nécessaire à la protection des renseignements personnels sensibles
2) Réalisation des EFVP en lien avec l'implantation des nouvelles technologies dans l'établissement et l'utilisation de la biométrie
3) Organisation des séances d'information à l'ensemble du personnel afin de leur présenter les changements législatifs concernant la protection des renseignements personnels sensibles et les politiques et procédures qui s'y rattachent dans l'établissement
4) Planification des formations obligatoires sur la sécurité des renseignements personnels en fonction des priorités à cet effet avec chaque direction

Annexe 1

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

DROITS ET OBLIGATIONS GÉNÉRALES

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

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

Mesures préventives

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

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

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

Situations de conflits d'intérêts

- Le membre du conseil d'administration doit :
  - Éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
  - Prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur 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 2025-2026.

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

Annexe 2

Hôpital Marie-Clarac

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), administrateur (trice) du conseil d'administration de l'Hôpital Marie-Clarac, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 16 décembre 2021, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'Hôpital Marie-Clarac. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considérant quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Hôpital Marie-Clarac et je m'engage à m'y conformer.

Signature de l'administrateur	Date	Lieu

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

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