

RAPPORT ANNUEL



*Un hôpital
à visage humain,
qui veut se développer
pour faire du bien*

2010-2011

Table des matières

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale	3
Déclaration de fiabilité des données contenues dans ce rapport d'activités	4
Présentation de l'établissement	
- Historique de l'hôpital	5
- Mission, orientations stratégiques et objectifs généraux	6
- Structure organisationnelle	7
- Résultats obtenus des indicateurs du tableau de bord	8
- Résultats de la visite d'agrément 2010-2011	8
Activités de l'établissement	
- Satisfaction de la clientèle	9
- Traitement des plaintes	11
- Prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux	12
- Direction des soins infirmiers	15
- Direction des services de réadaptation	17
- Direction des services professionnels et hospitaliers	20
- Direction des services techniques	22
- Direction des services des ressources financières, humaines et informationnelles	24
Rapport de l'auditeur indépendant	30
Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac	32
Conseils et comités de l'établissement créés en vertu de la LSSSS	34
Faits saillants de certains comités	36
Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	38
Engagement personnel des membres du conseil d'administration en regard du code d'éthique et de déontologie	41

Message du **président** **du conseil d'administration** et de la **directrice générale**

L'année 2010-2011 a été fertile en terme de réalisations, mais aussi de difficultés de gestion. L'Hôpital Marie-Clarac est particulièrement fier de l'évaluation faite par Agrément Canada qui a reconnu tous les efforts faits par l'établissement depuis 2007 et lui a octroyé l'agrément.

Nous nous sommes aussi dotés d'un plan stratégique 2010-2015 ambitieux qui comporte: une offre de services basée sur les meilleures pratiques et indicateurs de performance, des mesures concrètes pour assurer une prestation sécuritaire des soins et services, un plan audacieux d'attraction-rétention des ressources humaines et un plan d'amélioration des infrastructures.

La Fondation de l'Hôpital Marie Clarac, tout en continuant à supporter financièrement l'achat d'équipements et la rénovation des salles de bain, a mis sur pied un comité formé d'hommes et de femmes d'affaires pour préparer la campagne majeure de la levée de fonds, en vue de la réalisation du projet du pavillon de soins palliatifs.

Il faut aussi parler d'une situation qui n'est pas propre à notre établissement et qui concerne les difficultés budgétaires. Le statut d'établissement privé conventionné ne permet pas d'accumuler un déficit: il doit être épongé par la communauté Les Sœurs de Charité de Sainte-Marie, propriétaire de l'établissement. Depuis les dernières années, les besoins de soins et services s'accroissent et l'indexation du budget ne suit pas l'augmentation des coûts de fonctionnement. Des efforts de rationalisation sont amorcés depuis quelques années en fonction des paramètres suivants: maintien des soins et services sécuritaires et de qualité, prise en compte du ratio coût/efficacité et utilisation optimale des ressources. Cependant, cela n'a pas permis de terminer l'année en équilibre budgétaire.

Enfin, nous voulons souligner la contribution essentielle de notre personnel relativement à l'Agrément, à l'atteinte des cibles du tableau de bord et à la qualité ainsi que la sécurité des soins et services aux usagers.



M. Raymond Paquin
**Président du conseil
d'administration**



Soeur Pierre Anne Mandato
Directrice générale

Déclaration de **fiabilité** **des données** contenues dans ce rapport

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel d'activités relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel d'activités 2010-2011 de l'Hôpital Marie-Clara, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

La directrice générale,


Soeur Pierre Anne Mandato

Présentation de l'Hôpital Marie-Clarac

HISTORIQUE DE L'HÔPITAL

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

La fondatrice, mère Anselme Marie Parisotto, assume la direction générale de l'établissement qui compte 204 lits et détient à l'époque un statut de centre hospitalier de soins prolongés pour une clientèle adulte de convalescence et de réadaptation. Le contexte du moment favorise le développement de compétences professionnelles en physiothérapie, en ergothérapie et en orthophonie, essentielles pour servir la clientèle hospitalisée et, peu après, les usagers de la clinique externe.

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

En 1996, devant l'imminence d'une restructuration organisationnelle et à l'aube du virage ambulatoire, l'hôpital change à nouveau son statut en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), selon la charte des établissements privés conventionnés à but non lucratif.

La vague des compressions budgétaires amenée par le virage ambulatoire contraint la direction à la fermeture de 60 lits. Toutefois, au printemps 2000, la Direction générale ne baisse pas les bras et redonne un souffle de vigueur, d'énergie et de motivation à l'hôpital en répondant spontanément à une demande expresse de la Régie régionale, de telle sorte que l'on procède à la réouverture de 40 lits dédiés à une clientèle de soins subaigus.

Riche de cette expérience, l'hôpital a acquis depuis, la réputation de répondre rapidement et efficacement aux demandes des instances supérieures. Les gestionnaires et le personnel, dynamiques et toujours prêts à relever des défis, se sont ainsi mobilisés pour accueillir d'autres types de clientèle sous forme

de projets pilotes, comme ce fut le cas en 2003 avec les nouveaux programmes de convalescence active et d'arthroplastie. Le développement de la clinique externe devient alors nécessaire compte tenu des besoins grandissants et des durées de séjour réduites.

En 2007, la réorganisation des services post-hospitaliers en réadaptation a amené l'établissement à abandonner son programme de neurologie et d'orthophonie. À cette occasion, l'Hôpital Marie-Clarac s'est vu octroyer un budget récurrent pour 185 lits.

En 2008, la direction des soins infirmiers a entrepris de revoir la répartition des tâches entre infirmières et infirmières auxiliaires, ce qui a mené au recrutement d'infirmières auxiliaires et à la diminution d'utilisation du personnel d'agences privées.

En 2009, l'accent fut mis sur la qualité et la sécurité des soins. L'établissement croit fermement en l'efficacité de l'information et de la formation de son personnel pour rendre accessibles les meilleurs soins possibles.

En 2010, l'établissement a intensifié ses interventions auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour faire avancer son projet de soins palliatifs.



NOTRE MISSION

L'Hôpital Marie-Clarac est un établissement de soins de courte durée dont la mission est d'offrir des services de réadaptation à une clientèle orthopédique (musculo-squelettique) et à une clientèle subaigüe, tant à l'interne qu'à l'externe.

L'hôpital se compose d'un personnel spécialisé qui reconnaît, au cours du processus de réadaptation et de soins de l'utilisateur, le caractère unique et global de chacun, le droit à la compréhension, le respect de la dignité, de l'autonomie et des besoins physiques, psychosociaux et spirituels. Ces valeurs sont enchâssées dans le code d'éthique de l'établissement.

L'Hôpital Marie-Clarac utilise les services des intervenants en s'assurant de respecter les ressources matérielles et financières octroyées par la l'Agence des services de santé et services sociaux et par le soutien de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac.

NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

L'exercice de planification stratégique 2010-2015 a permis de dégager les enjeux majeurs suivants :

- Un plan de développement et une offre de services, dont celui des soins palliatifs, basés sur les meilleures pratiques et des indicateurs de performance ;
- Un plan comportant des mesures concrètes pour la prestation sécuritaire des soins et services ;
- Un plan audacieux d'attraction et de rétention des ressources humaines ;
- Un plan d'amélioration des infrastructures.

NOS OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- 1) Déterminer, à partir du plan d'attraction-rétention, les conditions à mettre en place en cours d'année ;
- 2) Renforcer les mesures à mettre en place pour améliorer la prestation sécuritaire des soins et services ;
- 3) Poursuivre la mise à niveau des infrastructures de l'établissement selon les déterminants du plan stratégique ;
- 4) Développer le programme clinique et déterminer les ressources nécessaires à l'accès aux soins palliatifs, à la maison, en externe et à l'hôpital, en collaboration avec les partenaires du réseau ;
- 5) Consolider l'esprit de collaboration et de cohésion entre les directions ;
- 6) Créer une équipe de bénévoles compétente en vue de l'ouverture de la maison de soins palliatifs et engager une personne responsable pour cette équipe.
- 7) Collaborer avec nos principaux donateurs à la démarche de levée de fonds pour la réalisation de ce projet.

NOTRE STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

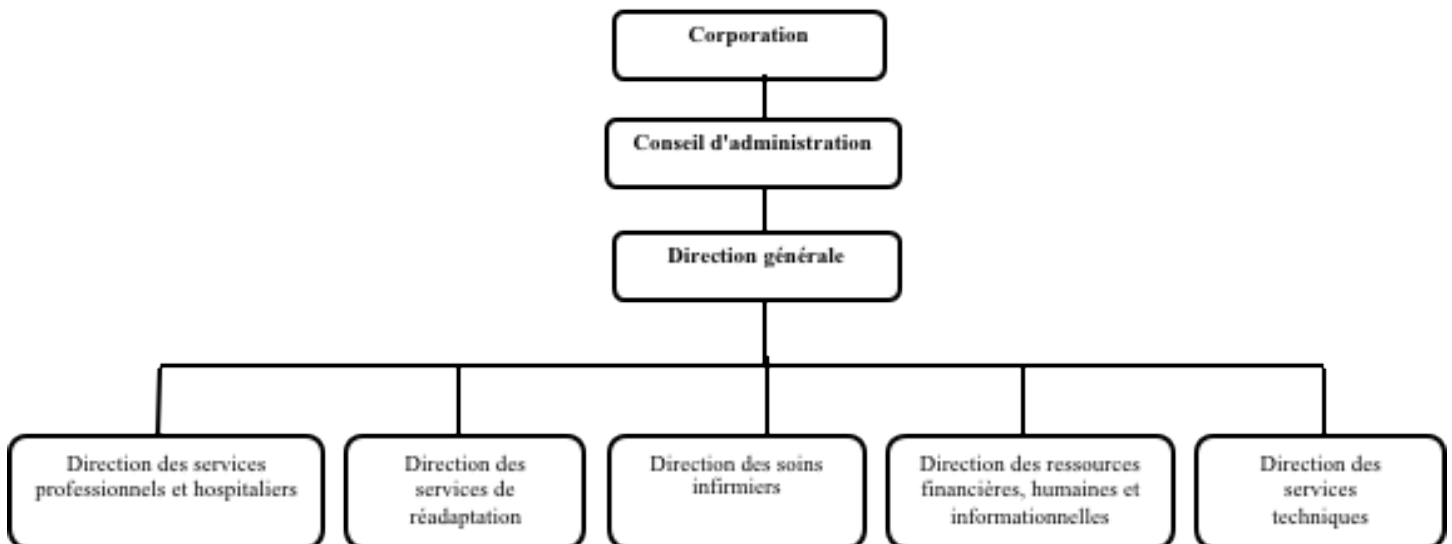
L'Hôpital Marie-Clarac repose sur une structure organisationnelle établie à partir de services, dont certains sont réunis autour de différents programmes cliniques, et d'autres sont regroupés en services de maintien et auxiliaires. À la fin de cette année, sous la Direction générale, cinq directions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

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



Membres du comité de régie, de gauche à droite :

- Dr Gilles Bastien, directeur des services professionnels et hospitaliers
- Madame Guylaine Ouellet, agente d'information à la Direction générale
- Dr Guy Legros, directeur général adjoint
- Monsieur Pierre Pellerin, directeur des services techniques
- Sœur Pierre Anne Mandato, directrice générale
- Madame Jacqueline Caron, directrice des services de réadaptation
- Madame Isabelle Bélisle, directrice des soins infirmiers
- Madame Madeleine Poirier, directrice des ressources financières, humaines et informationnelles



RÉSULTATS OBTENUS DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD

L'Hôpital Marie-Clarac dispose d'un tableau de bord depuis 2008. Ce tableau comporte deux volets : l'un concerne l'approche centrée sur l'utilisateur, l'autre vise à mesurer la performance de l'établissement. Chaque indicateur comporte une cible. Le comité de régie et le conseil d'administration en assurent le suivi. Les faits saillants sont les suivants :

- le déficit «0» n'a pas été atteint tel qu'en font foi le rapport des vérificateurs et l'état des résultats. L'exercice financier s'est terminé par un déficit de 226 262\$, malgré la mise en place des actions suivantes :
 - plan initial de redressement budgétaire de plus de 500 000\$;
 - plan additionnel de redressement budgétaire de plus de 150 000\$ en lien avec les coupures budgétaires reliées à la loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010;
 - support financier de l'Agence (300 000\$ pour les cliniques externes et 445 000\$ pour l'alourdissement de la clientèle).
- il y a eu des améliorations significatives dans la prestation sécuritaire des soins et services, notamment en ce qui concerne les erreurs de médicaments. Le taux par mille jours/présence est passé de 13,4 en 2009-2010 à 5,4 en 2010-2011 ;
- le taux d'occupation des lits s'est aussi grandement amélioré, passant à 97,4% alors que la cible est de 100% ;
- la durée moyenne de séjour a été diminuée dans les 2 programmes, orthopédie (de 41 à 39,8 jours) et subaigu (de 35 à 32,7 jours) ;
- le niveau de propreté des lieux fait la fierté de l'établissement et constitue l'une des raisons essentielles pour laquelle on assure un contrôle des infections nosocomiales. La cible de moins de 25 cas de Clostridium difficile nosocomiaux a été atteinte, l'établissement en ayant déclaré 15 à la Santé publique par rapport à 22 en 2009-2010.

RÉSULTATS DE LA VISITE D'AGRÉMENT 2010-2011

L'établissement s'est fait évaluer par Agrément Canada en novembre 2010. La Direction de l'hôpital et le personnel ont été félicités pour leur engagement dans le processus de vérification et dans leur démarche d'amélioration de la qualité. L'Hôpital Marie-Clarac s'est conformé à 482 des 495 critères de qualité.

Agrément Canada a requis de l'établissement qu'il se conforme à une pratique organisationnelle requise, relative au bilan comparatif des médicaments. S'y étant conformé, l'Hôpital Marie-Clarac jouit d'un agrément sans condition.



Activités de l'établissement

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Résultats du questionnaire d'appréciation du séjour

Questions	Moyenne 10-11	Moyenne 09-10	Écart année passée	Picto var
1. Propreté	87	87	0	→
2. Horaire des visites	94	91	3	↗
3. Ambiance	92	90	2	↗
4. Tranquillité	77	76	1	↗
5. Respect de l'intimité	88	83	5	↗
6. Installations pour les besoins d'hygiène	89	85	4	↗
7. Présentation des repas	86	86	0	→
8. Goût des aliments	71	77	-6	↘
9. Chaleur des aliments	72	81	-9	↘
10. Variété des repas	79	80	-1	↘
11. Réponse à vos questions	92	90	2	↗
12. Qualité des soins infirmiers	89	93	-4	↘
13. Être rencontré à chaque semaine par le personnel de nutrition clinique	83	86	-3	↘
14. Courtoisie du personnel	92	91	1	↗
15. Soins reçus du médecin traitant	94	94	0	→
16. Approche des bénévoles	90	91	-1	↘
17. Intervention des téléphonistes	92	86	6	↗
18. Accueil reçu à l'admission	92	88	4	↗
19. Accueil reçu à l'unité de soins	91	89	2	↗
20. Services offerts par la pastorale	94	86	8	↗
21. Informations contenues dans le guide d'accueil	89	85	4	↗
22. Qualité des soins en physiothérapie	94	96	-2	↘
23. Qualité des soins en ergothérapie	95	91	4	↗
24. Qualité des services sociaux	88	n/a	n/a	n/a
25. Qualité des services en psychologie	92	n/a	n/a	n/a
26. Qualité de l'information reçue à l'arrivée	86	n/a	n/a	n/a

Nombre de questionnaires répondus: 115

Les résultats du questionnaire « Appréciation de séjour » se situent entre 71 % et 95 % de satisfaction et pour une bonne majorité des questions on remarque une augmentation du taux de satisfaction. Malgré des efforts soutenus pour améliorer le goût et la chaleur des aliments, il faudra continuer à revoir nos façons de faire et améliorer nos processus.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Résultats du questionnaire de satisfaction de la clientèle des cliniques externes 2010-2011

	BEAUCOUP	ASSEZ	PEU	PAS DU TOUT	NE S'APPLIQUE PAS	AUCUNE RÉPONSE
ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES						
1. du délai pour débiter un traitement ?	78%	12%	2%	5%		2%
2. de l'accueil que vous avez reçu à votre arrivée ?	90%	7%	1%	1%		
3. de la facilité de joindre par téléphone le secrétariat ou le professionnel concerné ?	75%	6 %		4%	7%	8%
PRESTATION SOINS ET SERVICES						
4. des informations au regard de votre traitement ?	95%	4%	1%			
5. de l'intervention du ou des professionnels de réadaptation ?	95%	2%	1%	1%		
6. de la courtoisie du personnel à votre égard ?	98%	1%				1%
ENVIRONNEMENT						
7. de la facilité à localiser la salle de traitement ?	83%	13%	2%	1%		
8. de la propreté des équipements et des locaux ?	88%	11%		1%		
9. des installations telles que : salle d'eau, service des repas, aire de repos, téléphone ?	66%	8%	1%		18%	6%
10. de l'ambiance et de la quiétude ?	86%	8%		1%		5%
11. du respect de votre intimité ?	86%	11%				4%
12. des espaces de stationnement disponibles et des débarcadères ?	46%	20%	10%	5%	8%	11%

Nombre de questionnaires reçus: 83

Le taux de satisfaction au niveau de l'accueil et la facilité de rejoindre par téléphone le secrétariat est une préoccupation pour l'année 2011. L'objectif est de revoir notre offre de service et nos façons de faire.

TRAITEMENT DES PLAINTES

Le commissaire et son adjointe s'assurent de bien faire connaître leur rôle auprès du personnel et leur indépendance vis-à-vis l'Hôpital Marie-Clarac. Ils ont rencontré les membres du Conseil d'administration, les membres du comité de régie et les membres du comité de gestion des soins afin de présenter une capsule d'information de l'approche proactive du commissaire et de ses autres fonctions: assistance – consultation – intercession/médiation et intervention. Ils ont révisé la procédure d'examen des plaintes et proposé des modifications pour mieux répondre aux besoins des usagers. Ils ont également révisé le dépliant du bureau du commissaire afin de proposer un nouveau format et une mise à jour de son contenu.

Il est à noter qu'aucune plainte n'a été référée au médecin examinateur durant l'exercice 2010-2011.

Le tableau suivant présente la situation des plaintes au 31 mars 2011.

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçues durant l'exercice	Conclues durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmises au 2 ^e palier
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Commissaire local	0	9	9	0	0
Médecin examinateur	0	0	0	0	0
Total	0	9	9	0	0

Durant cette même période, les commissaires ont eu 9 plaintes à traiter. L'auteur a été l'utilisateur lui-même 7 fois sur 9 tandis que le représentant légal l'a été 2 fois. Les motifs reliés à ces 9 plaintes ont touché les catégories suivantes: accessibilité (2), aspect financier (2), organisation du milieu et ressources matérielles (3), relations interpersonnelles (1), soins et services dispensés (1). Le délai moyen pour conclure un dossier a été de 22 jours.

De plus, 10 demandes ont été traitées selon les autres fonctions du commissaire: 4 assistances pour l'obtention de soins ou services, 1 intervention sur constat par le commissaire et 5 interventions sur signalement au commissaire. Le délai moyen pour conclure un dossier a été de 13 jours. Les motifs reliés à ces 10 demandes ont touché les catégories suivantes: organisation du milieu et ressources matérielles (4), relations interpersonnelles (3), soins et services dispensés (3). D'ailleurs, soulignons que la collaboration du personnel et de la direction ont grandement facilité le travail des commissaires.

Le commissaire comptabilise également 4 activités touchant la promotion du Régime et de la procédure d'examen des plaintes, 1 communication au Conseil d'administration, 4 participations au Comité de vigilance et de la qualité et 3 participations au Regroupement des commissaires locaux. •

Prestations sécuritaires

de services de santé et services sociaux

INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2) Exercice concerné: 2010 - 2011

Identification de l'agence: Montréal

Numéro d'identification de l'établissement: 1245-2645

Nom de l'établissement: Hôpital Marie-Clarac

Nom du répondant: Sauvé Prénom: Johanne

Titre du répondant: Conseillère clinicienne en soins infirmiers

1. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité: Oui Non

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): 9 déc. 2003

1.3 Nombre de membres: 9

1.4 Membres:

Fonction	Fonction
<u>Directeur général adjoint</u>	<u>Chef du service alimentaire</u>
<u>Médecin</u>	<u>Représentant des usagers</u>
<u>Pharmacien</u>	<u>Chef du service d'ergothérapie</u>
<u>Chef d'unité</u>	<u>Infirmière du bureau de santé</u>
<u>Conseillère clinicienne en soins inf.</u>	

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours: 6

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain: Erreurs de médication et chutes

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain:
Programme de prévention des chutes, prévention des erreurs de médication

2. DIVULGATION DE TOUT ACCIDENT

2.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives:

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident: Oui Non
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés: Oui Non
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident: Oui Non

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA): 2 octobre 2004

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours : Oui Non

3. DÉCLARATION DE TOUT INCIDENT ET ACCIDENT ET CONSTITUTION D'UN REGISTRE LOCAL

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 420

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 430

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : 0

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés : n/a

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents : Oui Non

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : 1er avril 2004

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 1

4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

4.1 Sollicitation d'un organisme d'agrément : Oui Non

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : Agrément Canada

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité :

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : Novembre 2013

4.5 Agrément obtenu : Oui Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Agrément avec condition, en novembre 2010; la décision a été révisée en mai 2011 et un agrément sans condition a été décerné à l'établissement.

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :

– au ministre : Oui Non

– à l'agence : Oui Non

– aux ordres professionnels concernés : Oui Non

PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (suite)

L'établissement a reçu la visite d'Agrément Canada du 21 au 24 novembre 2010 et s'est vu décerné avec satisfaction un agrément avec condition sous forme de rapport. Des preuves ont été soumises et révisées par Agrément Canada qui suite à son exemple a décerné un agrément sans condition.

Des 537 critères, 482 ont été rencontrés, ce qui signifie un pourcentage de conformité de 97%. Une seule pratique organisationnelle a nécessité un suivi avec preuve, soit le bilan comparatif des médicaments. Parmi les forces de l'établissement, on a noté: la vision très claire des moyens et des perspectives donnant la capacité de transformer les difficultés en opportunités; le personnel chaleureux et accueillant, la bonne utilisation des rencontres de coordination des différentes activités, par exemple, les travaux du conseil d'administration, ses sous-comités, les rencontres de cadres, les rencontres de gestion des risques, de prévention des infections, le CMDP, le CII, le CM etc.; le projet de développement de soins palliatifs, qui est entendu avec les partenaires de l'établissement; le rôle actif de la fondation.

On a également mentionné que suite à la visite d'Agrément de 2007, l'établissement a dû assurer le suivi de nombreuses recommandations et l'équipe de visiteurs a été impressionnée de constater les nombreuses améliorations apportées depuis.

Depuis la visite de novembre dernier, les travaux d'amélioration de la qualité se poursuivent afin de maintenir la conformité aux normes et aux pratiques organisationnelles requises. •

Notons tout d'abord l'arrivée d'une nouvelle directrice des soins infirmiers en juillet 2010, Mme Isabelle Bélisle et d'une chef d'unité au 2 Ouest en septembre 2010, Mme Lucie Robert.

La direction tient à souligner le travail exemplaire des chefs d'unité qui ont dû composer cette année avec des absences imprévues de leurs collègues. Elles ont su assurer une présence sur les unités de soins, atteindre les objectifs de la direction et contribuer à la prestation de soins sécuritaires et de qualité.

AGRÉMENT CANADA

La Direction des soins infirmiers et de la qualité a été au cœur de la visite d'agrément par la coordination de l'ensemble de la démarche par l'une des conseillères cliniciennes.

VISIBILITÉ EXTERNE

Les deux conseillères cliniciennes ont présenté une communication, par affichage, au congrès de l'OIIQ portant sur la réorganisation des soins infirmiers et une présentation de l'hôpital Marie-Clarac a également été faite via un kiosque d'information. Ces présentations ont permis de mieux faire connaître l'établissement à toutes les infirmières du Québec et de faire la promotion du travail accompli au sein de notre établissement.

Notre infirmière en prévention des infections participe à la table des infirmières en prévention et contrôle des infections en réadaptation de la santé publique.

COLLABORATION AVEC LES AUTRES DIRECTIONS/INTERDISCIPLINARITÉ

La direction est impliquée depuis longtemps dans plusieurs comités au sein de l'établissement et de nouveaux se sont ajoutés durant l'année, soit les comités Visez vert et PII. L'approche interdisciplinaire est privilégiée dans toutes les interventions, en sollicitant la collaboration et la participation de chaque professionnel et en communiquant au sein des divers comités les dossiers en cours.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Les soins infirmiers en collaboration avec d'autres directions ont géré efficacement cinq éclosions causées par l'ERV, la gastroentérite d'allure virale et l'influenza.

La Direction des soins infirmiers a coordonné le lancement de la Campagne canadienne de l'hygiène des mains et les activités de la Semaine nationale de la sécurité des patients.

PRESTATION SÉCURITAIRE ET QUALITÉ DES SOINS

En septembre 2010, il y a eu la visite de l'inspection professionnelle de l'OIIQ. Le processus a été coordonné et mis en place en collaboration par la DSI et le CII. D'excellents résultats ont été obtenus avec des éléments à améliorer. Un plan d'amélioration est en cours de rédaction et doit être approuvé par l'OIIQ d'ici juin 2011.

La réorganisation des soins infirmiers se poursuit avec des objectifs plus précis et des indicateurs de résultats reconnus scientifiquement.

Plusieurs formations et capsules cliniques ont eu lieu durant l'année: l'examen clinique, les soins de plaies et les cathéters veineux pour les infirmières de même que l'approche à la personne âgée (formation AGIR ministérielle) pour les préposés aux bénéficiaires.

Les efforts consentis à la prestation sécuritaire des soins ont été efficaces. En effet, le taux de chutes est passé de 5,4 l'an dernier à 4,4 par 1000 jours-présences cette année. De plus, le taux d'erreurs de médicament est passé de 8,6 à 6,4 par 1000 jours-présence.

Deux ordonnances collectives ont été approuvées par le CMDP soit, l'installation d'un soluté et le traitement de l'hypoglycémie.

→

EFFECTIFS INFIRMIERS

Attraction/rétention :

Un programme d'orientation a été élaboré pour les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.

Le préceptorat se poursuit sur les quarts de soir et de nuit auprès des infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience professionnelle.

Embauche :

Il y a eu l'embauche de 9 infirmières, 5 infirmières auxiliaires, 6 préposés aux bénéficiaires et 1 agente administrative.

Main d'œuvre indépendante :

L'établissement a signé cinq ententes de collaboration avec des agences de personnel en soins infirmiers, afin de mieux encadrer le recours à ce type de services, la pratique, la qualité et la sécurité des soins infirmiers.

UTILISATION RATIONNELLE DU MATÉRIEL

Afin d'utiliser judicieusement les ressources matérielles de l'établissement, l'infirmière auxiliaire responsable du service central et les chefs d'unité ont instauré des quotas de matériel afin de réduire les coûts de certains produits (pansements) et d'assurer un meilleur contrôle de leur utilisation.

Avec l'aide de la Fondation de l'hôpital, la DSI a fait l'acquisition de surfaces thérapeutiques afin de limiter au minimum le recours à la location de ce matériel coûteux. Les résultats sont concluants, une seule surface a été louée durant l'année. •



Direction des services de réadaptation

FAITS SAILLANTS

18 octobre 2010:

Journée de bilan et enjeux discutés notamment sur la planification de congé, sur l'interdisciplinarité, sur le rôle de chacun et sur la clinique externe.

Novembre 2010:

Collaboration du personnel à la visite d'agrément.

Décembre 2010:

Participation à une table de concertation à l'Agence de Montréal concernant un projet pour diminuer les durées de séjour à l'interne. En mars 2011, le financement et les modalités de ce projet ont été acceptés. Il débutera en septembre 2011.

Des rencontres avec les CSSS St-Léonard-St-Michel, Pointe-de-l'Île et Ahuntsic-Montréal-Nord ont eu lieu, l'objectif étant de discuter des équipements et des services offerts au congé de l'usager.

ACTIVITÉS DES SERVICES

a) Physiothérapie

- Le recrutement de physiothérapeutes demeure toujours difficile dans un contexte de pénurie dans le réseau. Il y a eu quatre démissions, un départ à la retraite et un congé de maternité.
- La stabilité des physiothérapeutes sur les unités a été maintenue afin de favoriser le travail inter disciplinaire. Au programme subaigu, l'intervention d'un physiothérapeute à l'admission a permis d'atteindre un délai de prise en charge presque nul.
- La description de l'offre de service du programme subaigu a été complétée. →



b) Clinique externe

- La clientèle SARCA (Service ambulatoire réadaptation clientèle adulte) du secteur Ahuntsic Montréal-Nord continue de bénéficier des services de physiothérapie externe de l'établissement.

	2010-2011	2009-2010
Nombre d'usagers SARCA	153	117

Cette année, il y a eu une augmentation de 30 % de la clientèle SARCA. Ces usagers reçoivent un ou deux traitements par semaine, et ce, pour une durée de séjour de 8 semaines.

- L'informatisation de la liste des usagers inscrits à la clinique externe de physiothérapie est commencée.
- La clinique externe revoit ses façons de faire (priorisation, évaluation des demandes, durée de séjour, etc.)

Type de demande	Nombre	Pourcentage	Moyenne délai attente
Suite hospitalisation	236*	48%	14 jrs
Urgent	220	45%	36 jrs
Électif	37	7%	162 jrs
TOTAL	493	100%	35 jrs

Le délai d'attente pour les patients en électif est toujours très élevé, soit de 162 jours. Nous prévoyons diminuer la liste d'attente pour la prochaine année en augmentant de 10 % le rendement des professionnels, ainsi environ 50 patients additionnels seront vus. Nous ferons de la physiothérapie de groupe pour les patients arthritiques (30) et nous comblerons le poste de physiothérapeute manquant (40 patients). Donc, nous pourrions ramener la liste d'attente à une moyenne possible de 70 à 80 patients en attente pour la fin de l'année 2011.

c) Ergothérapie

- Le chef de service d'ergothérapie a été responsable de l'équipe de réadaptation en vue de la visite d'agrément.
- Il y a eu beaucoup de mouvements de personnel (démission, congé parental, retraite). Il y a des difficultés d'embauche dues à une pénurie dans le réseau.
- Le processus de gestion de la performance a été complété pour tout le personnel.
- Le chef de service a été délégué pour participer, à l'Agence de Montréal, au sous-comité de travail sur la réadaptation en externe.
- Le pourcentage des usagers référés en regard des admissions est demeuré stable à 62 %.
- Les ergothérapeutes revoient leurs façons de faire, les priorités et concentrent leurs actions sur l'évaluation et l'orientation des usagers.



d) Psychologie

- Stabilité des psychologues.
- Les trois psychologues ont participé à une formation « cognitivo-comportementale » pour les troubles d'anxiété chez les personnes âgées.
- Une psychologue s'est impliquée dans le projet de formation AGIR (formation des préposés).
- En neuropsychologie, on observe une augmentation significative des demandes. Ce qui représente 75 % de plus en deux ans.

Nombre d'utilisateurs	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Neuropsychologie	65	49	37
Psychologie	162	156	190
Total	227	205	227

Cette augmentation peut s'expliquer par une population vieillissante, l'isolement social, des médecins qui utilisent plus ce service et beaucoup de consultations pour vérifier les aptitudes de l'utilisateur à faire des choix concernant le style de logement requis suite à l'hospitalisation. Donc, il faudra revoir les priorités, les façons de faire et les besoins en ressources humaines du service.

e) Service social

- La fusion du service de psychologie et du service social s'est bien déroulée. Les façons de faire au niveau des réunions et de la communication ont été revues.
- Le délai d'attente en service social est presque nul.
- Le 24 mars 2011, les services psychosociaux ont tenu avec succès un kiosque pour diffuser leur rôle et donner de l'information.
- Il y a eu l'embauche de deux nouvelles travailleuses sociales, suite au départ de deux retraitées.
- Le chef de service est responsable du dossier de la diversité culturelle et participe activement au comité régional des services sociaux et au comité d'éthique de l'Hôpital Marie-Clarac dont fait partie également le psychologue de l'établissement. •

Direction des services professionnels et hospitaliers



EFFECTIFS MÉDICAUX

Au cours de l'année 2010-2011, la Direction des services professionnels et hospitaliers a réussi à stabiliser l'équipe médicale. Deux nouvelles recrues se sont jointes à l'équipe médicale et l'établissement peut compter désormais sur huit médecins.

ACTIVITÉS DES SERVICES

a) Admission, accueil et liaison

- En mai 2010, l'établissement a vécu une éclosion d'ERV. Celle-ci s'est terminée en juillet 2010. Suite à cet épisode, il fut requis des centres orienteurs qu'ils fournissent les résultats de recherche de SARM et d'ERV avant l'admission de la clientèle de façon à prévenir toute nouvelle éclosion.
- Durant l'année 2010-2011, il y a eu 1 789 admissions et l'étude de 1 136 D.S.I.E.

b) Pharmacie

• Gestion financière

- Pour une seconde année consécutive, il y a eu une réduction de 18 % de la dépense budgétaire en médicaments, soit une économie de 144 386\$ sur un budget global de 808 501\$.
- Il y a eu une diminution importante du coût moyen des médicaments par jour-présence-patient de 11,44\$ (2009-2010) et 9,96\$ (2010-2011).
- Il y a eu consolidation de la baisse des coûts reliés à l'utilisation des anticoagulants.

• Gestion des ordonnances et distribution des médicaments

- Les pharmaciens ont géré 96 895 ordonnances, soit une moyenne de 385 ordonnances traitées et validées par jour travaillé.
- Près de 800 000 doses de médicaments ont été préparées et distribuées par le personnel technique.
- Le profil de consommation des usagers révèle 15,7 ordonnances/usager.
- Il y a eu 9 104 transactions pour assurer la distribution et le contrôle des narcotiques et substances ciblées.

• Soins pharmaceutiques et services cliniques

- Il y a eu approbation de l'ordonnance collective OC-012 permettant au pharmacien d'initier et d'ajuster chez les patients désignés par le médecin l'anticoagulothérapie à la warfarine. Le département de la pharmacie a obtenu un taux de conformité de 100 % aux 128 normes de pratique de la gestion des médicaments, dans le cadre de la visite d'Agrément Canada en novembre 2010.

- Le département a aussi mis en œuvre le bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au congé pour tous les usagers de l'unité 1er Ouest. Un plan de déploiement organisationnel a été transmis à Agrément Canada.

- **Gestion des ressources humaines**

- Le plan d'effectifs pharmaciens montre un ajout net de 0,2 équivalent temps complet, soit 7,25 heures/semaine, suite aux modifications apportées au registre des postes du département.
- Enfin, il y a eu une augmentation des heures supplémentaires travaillées (14,5%) reliée à l'heure tardive d'admission des usagers.

c) Nutrition clinique

Le service de nutrition clinique a répondu à 860 consultations en 2010-2011. Le service est particulièrement fier des réalisations suivantes :

- Amélioration de la satisfaction de la clientèle
 - Diminuer le temps d'attente pour répondre aux consultations demandées en nutrition.
- Emploi Carrière Été Canada en collaboration avec le service alimentaire
 - Mise à jour et standardisation des recettes des menus (patients) pour répondre aux exigences de la politique alimentaire rédigée en collaboration avec le service alimentaire.
 - Mise à jour des recettes de la cafétéria et de l'école.
 - Traduction de 10 guides d'alimentation en anglais.
- Mois de la nutrition
 - Thème: Cuisiner ensemble, c'est la recette du plaisir.
 - Journée portes ouvertes en nutrition clinique.
 - Concours de recettes pour tous les employés.
 - Capsules santé sur des signets pour les patients
 - Capsules santé pour patients et employés via les écrans de l'hôpital.
 - Kiosques de dégustation.
 - Nombreux prix de participation remis aux employés.



d) Archives médicales

- L'année s'est terminée avec 1 792 départs et 1 789 admissions. Une hausse de 12.5% comparativement à l'an passé. Le taux d'occupation est passé de 90,7% à 97.8% en 2010-2011.
- La durée moyenne de séjour a diminué de 39.4 à 37.4 jours.
- Aucun décès n'est survenu au cours de cette année. •

ACTIVITÉS DES SERVICES

a) Alimentation

- Il y a eu réorganisation du travail et réduction des heures travaillées en production la fin de semaine
- Avec le service de la nutrition clinique, une politique alimentaire a été rédigée pour ensuite être approuvée en septembre 2010 par le conseil d'administration de l'établissement.
- Il y a eu une augmentation de 12% du nombre de repas servis à la cafétéria.

b) Hygiène et la salubrité

- On a mis au point une nouvelle procédure pour le nettoyage de fauteuils roulants mise en application en novembre 2010.
- La détermination des « zones grises » a été complétée pour tous les services et approuvée par le conseil d'administration en novembre 2011.
- L'établissement a acquis un nettoyeur à vapeur, une laveuse et sécheuse commerciales et une polisseuse.

c) Buanderie et lingerie

- Il y a eu mise en place de plate-forme « sauve-dos » dans les chariots en janvier 2011.
- On a amélioré la sécurité pour l'accès aux chutes à linge en mars 2011.

d) Entretien et fonctionnement des installations

- On a complété le remplacement du logiciel de gestion de la maintenance assisté par ordinateur (GMAO) avec la mise en place du nouveau logiciel SAM/FM, en janvier 2011.
- Deux postes de technicien ont été comblés : soit le mécanicien de machines fixes (février 2011) et le plombier (janvier 2011).
- Le service a complété 2 588 demandes de réparations et d'entretien préventif.



Principales rénovations majeures

• Modification de la ventilation dans la salle de formation au sous-sol	5 000 \$
• Insonorisation du bureau du chef de l'ergothérapie	25 000 \$
• Remplacement d'un serpentin de chauffage pour le système de ventilation de la buanderie	15 000 \$
• Remplacement de l'évier double de la buanderie	5 000 \$
• Automatisation du système de traitement d'eau de la chaufferie	35 000 \$
• Remplacement du réservoir de condensation à la chaufferie	35 000 \$

Le programme d'achat d'équipements supporté par la fondation, les bénévoles et le comité des usagers a permis de procéder à l'achat d'équipements médicaux suivants :

• 37 fauteuils roulants Orthofab	73 000 \$
• 20 lits électriques Bertech	70 000 \$
• 50 chaises pliantes pour chambre de patient	5 000 \$
• 50 somnos (table de chevet)	21 000 \$

IMMOBILISATION

a) Avec le support de la Fondation, le programme de rénovation des chambres s'est continué au printemps et à l'été 2010 avec les chambres 218 à 221 et les chambres 223 et 224.

b) Les phases 10 et 16 du programme de rénovation des salles de bain a débuté à l'automne 2010. Les salles de bain et les chambres 132 et 232 seront rénovées de même que les salles d'eau près des salons du 1 et 2 ouest.

c) Le projet du pavillon de soins palliatifs :

- Les travaux de conception ont été relancés en janvier 2011 par la mise en place du comité construction.
- Le développement des plans et devis pour la relocalisation de l'entrée électrique du complexe Marie-Clarac a débuté en mars 2011.
- Une entente de 3 ans a été résolue pour la location d'un stationnement privé capable de recevoir 40 véhicules.

ENVIRONNEMENT – SÉCURITÉ – ÉNERGIE

a) Comité du Plan des mesures d'urgence

Le CPMU a tenu 3 réunions régulières et a organisé 6 exercices d'évacuation pratique simulée dans des services tels, les soins infirmiers de nuit et la réadaptation.

Le nombre de formateurs internes a été augmenté.

b) Comité sur l'environnement Visez - vert

Le comité Visez - vert a tenu 6 réunions régulières et a organisé une conférence –midi le 22 septembre 2010 sur le thème « une ville sans ma voiture ».

Toute la problématique des matières résiduelles est analysée par le comité.

La politique sur le développement durable a été adoptée par le CA en septembre 2010.

c) En santé et sécurité au travail, trois mesures ont été mises en place :

- Système de garde-corps au toit en juin 2010
- Mécanisme Sauve-dos à la buanderie en décembre 2010
- Système de contrôle des portes des chutes à linge et à déchet.



ENVIRONNEMENT – SÉCURITÉ – ÉNERGIE (SUITE)

d) Énergie

L'Établissement a consommé environ 40 000 GJ, ce qui est dans la moyenne des trois dernières années.

e) Comité sur les fauteuils roulants

Suite au dernier inventaire des fauteuils roulants, on a découvert la perte de 72 fauteuils roulants depuis deux ans.

À la demande du Comité de régie, les membres du comité sur les fauteuils roulants se sont réunis plus souvent et ont tenu 4 rencontres entre janvier et mars 2011.

Le renouvellement, le remplacement et le contrôle interne des fauteuils roulants de même que leur qualité ont été examinés.

f) Comité sur l'encombrement des corridors

Dans le cadre de la visite d'agrément du CCA le Comité de Régie a demandé la mise en place d'un comité afin d'examiner les impacts de l'encombrement des corridors et proposer des solutions en travaillant en priorité dans le secteur des soins.

La principale activité du comité a été de faire l'inventaire des équipements et des rangements disponibles sur les 4 unités de soins. •

Direction des services **des ressources financières, humaines et informationnelles**

L'attraction et la rétention de notre personnel ont constitué un enjeu important. La visite d'Agrément Canada, la collaboration à la planification stratégique, la situation financière déficitaire de l'établissement, l'application des nouvelles conventions collectives nationales, ainsi que le projet de soins palliatifs, ont aussi été des dossiers majeurs, de même que le suivi régulier des indicateurs du tableau de bord de l'établissement.

ACTIVITÉS DES SERVICES

a) Ressources humaines

Le plan attraction-rétention a été un défi majeur. Depuis juin 2009, un comité a travaillé activement à consulter les employés et les diverses sources disponibles, ainsi qu'à analyser la situation et les suggestions recueillies. En mai 2010, le comité a produit un rapport contenant 46 recommandations. Plusieurs mesures ont été acceptées par la direction générale, alors que d'autres ont dû être reportées en raison du contexte budgétaire déficitaire de l'établissement.

Un échéancier a été élaboré pour les mesures retenues et une personne responsable a été identifiée pour chacune d'elles. L'implantation d'un projet pilote pour un horaire de travail comprimé «9/10» qui débutera en mai 2011 représente une réalisation remarquable.

Comme à chaque année, beaucoup d'efforts ont été consacrés au recrutement du personnel, alors que plus de 144 candidats ont été reçus en entrevue au cours de l'année 2010-2011. De ce nombre, 39 personnes ont été embauchées. On note également que 32 personnes ont quitté l'établissement dont 9, en raison de leur retraite.

Plusieurs activités se sont tenues durant l'exercice, dont la participation à des journées carrières auprès d'établissements d'enseignement. Des publicités de recrutement ont été faites dans plusieurs médias différents tels que des sites internet ou des journaux distribués gratuitement. On a aussi affiché sur le site internet de l'Agence de Montréal et le site internet de l'établissement a été régulièrement mis à jour.

Au 31 mars 2011, l'établissement comptait un total de 410 employés.

Suite à l'implantation du processus d'évaluation du rendement effectué durant l'exercice précédent, un guide d'utilisation ainsi que le formulaire ont été approuvés en juin 2009. Il s'agit d'un processus continu, afin de rejoindre tous les employés.

Tout au long de l'année, des rencontres régulières ont eu lieu avec les représentants syndicaux locaux afin de poursuivre le développement de relations de travail harmonieuses.

Au niveau de l'agrément, il y a eu une participation au comité d'efficacité organisationnelle et une collaboration active à la visite d'Agrément Canada en novembre 2010, particulièrement lors de rencontres avec les visiteurs.

Touchant la santé et la sécurité au travail, la campagne de vaccination annuelle contre l'influenza a permis la vaccination d'environ 44% des employés, ce qui est une amélioration par rapport à l'année précédente.

En ce qui concerne le ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées, on a atteint un taux de 6,9% pour 2010-2011.

Bien que ce ratio soit plus élevé qu'en 2009-2010, il constitue tout de même une amélioration face aux exercices précédents.

En mars 2011, les activités du comité de santé et sécurité du travail ont repris. Les rencontres se tiendront régulièrement et permettront de recommander à la direction, des mesures correctives et de contrôle applicables aux risques identifiés par les membres du comité en collaboration avec les gestionnaires de l'établissement.

En fin d'exercice financier, les signatures des nouvelles conventions collectives nationales ont occasionné une charge de travail très importante. En effet, le paiement d'une rétroactivité, ainsi que le fait que plusieurs nouvelles mesures aient été introduites ont nécessité des efforts majeurs, fournis dans un laps de temps très restreint. →



b) Ressources financières

• Comptabilité, paie et approvisionnement

L'imposant dossier de vérification de fin d'année et la révision de certains principes comptables ont été menés à bien.

À l'automne 2010, il y a eu une mise à jour importante des applications GRM et GRF, les versions en place n'étant plus supportées par le fournisseur informatique. Étant donné une refonte majeure de certaines applications, les employés concernés ont reçu une série de formations.

En raison de la situation financière déficitaire de l'établissement, des représentations ont été faites auprès de l'Agence de Montréal, ce qui a résulté un financement non récurrent qui a contribué à diminuer le déficit. Le défi s'est avéré encore plus grand pour le service des finances qui a effectué un suivi rigoureux de la situation financière. Cet aspect demande une capacité d'adaptation et une créativité particulières.

Le service a aussi travaillé activement aux scénarios budgétaires reliés au projet de soins palliatifs, aux rencontres et diverses documentations pour l'Agence de Montréal.

Le regroupement des assurances de l'AQESSS n'assurant plus l'établissement, il a fallu négocier les assurances de façon indépendante. Nos primes ont donc augmenté de façon importante.

Au niveau de l'agrément, le service des ressources financières a participé au comité d'efficacité organisationnelle et a collaboré activement à la visite d'Agrément Canada en novembre 2010, particulièrement lors de rencontres avec les visiteurs.

Tout juste en fin d'année financière, la signature des nouvelles conventions collectives nationales a occasionné un travail colossal pour le service, avec son lot de changements, rétroactivités et modifications de processus. Compte tenu de la complexité de certaines nouvelles règles des conventions collectives, il a fallu investir beaucoup de temps à la mise en place de toutes ces nouvelles fonctionnalités dans le système de paie-RH-liste de rappel, ainsi qu'à la vérification du résultat.

• Informatique

À l'automne 2010, il y a eu la mise en place de nouveaux serveurs hôtes avec redondance, pour assurer la sécurité des données, avec la précieuse collaboration d'une firme externe de conseillers informatiques.



c) Communications

Un téléphone avec ligne directe chez Taxi Hochelaga a été installé à l'entrée Des Laurentides, assurant un service rapide et efficace, particulièrement pour les clients de la clinique externe. Le tout a été fait sans frais.

d) Transport

Après analyse des coûts, il a fallu procéder à un changement de fournisseur pour le transport des prélèvements de laboratoire. Du côté du transport des usagers, certaines modifications ont été réalisées au niveau du logiciel utilisé, d'autres sont à l'étude. •

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

	Exercice en cours	Exercice antérieur
L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi.		
Note 1 :		
Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres</u> : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	19	16
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1,9	2,9
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<u>Les employés réguliers</u> : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	168	182
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	142,9	136,8
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<u>Les occasionnels</u> :		
-Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	46 525	55 637
-Équivalents temps complet (b)	25,5	30,5

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
 Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

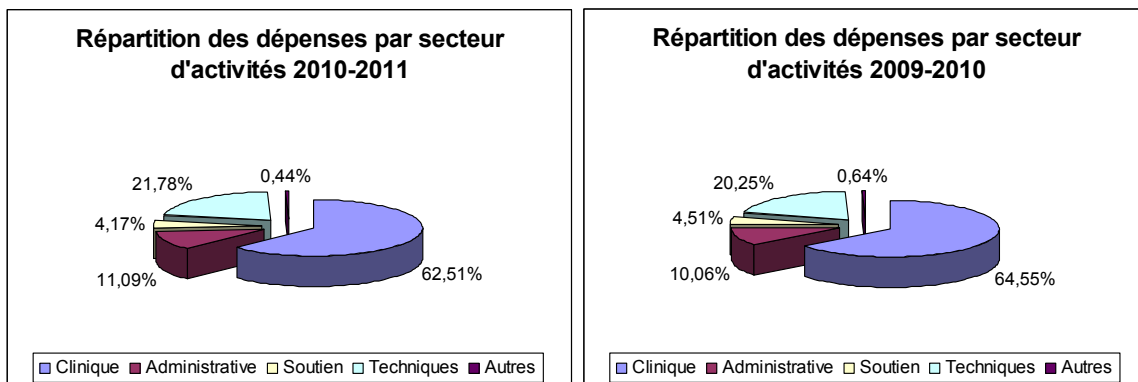
(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
 Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

FONDS D'EXPLOITATION ET D'IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation

Le résultat des activités principales pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2011 se solde par un excédent des charges sur les revenus de 177 227 \$.

La répartition des dépenses par secteur d'activités est présentée dans les graphiques suivants.



Le budget de base provenant de l'Agence a été ajusté pour refléter l'indexation des dépenses. Outre notre budget de base récurrent pour 185 lits, il demeure 13 lits dont le budget est non récurrent, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences (MDU). De ces 13 lits non récurrents, huit ont été ouverts jusqu'au 15 juin 2010. Par la suite, sept lits ont rouvert le 3 février 2011.

D'autre part, un montant non récurrent de 300 000 \$ a été accordé à nouveau cette année, pour les services externes. De plus, l'Agence de Montréal nous a accordé une subvention non récurrente de 445 000 \$.

De son côté, la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac a alloué 714 985 \$ en dons à l'hôpital, dont 508 581 \$ ont servi à la rénovation des salles de bain et des chambres.

Des travaux majeurs ont été réalisés durant l'exercice. Les rénovations de salles de bain et de chambres ont continué. De plus, la rénovation de la laverie du service alimentaire a débuté, principalement par l'achat d'équipements.

Les activités accessoires ont généré un déficit de 49 035 \$ comparativement à un déficit de 50 773 \$ pour 2009-2010.

Fonds d'immobilisations

Des acquisitions de mobilier et d'équipements totalisant 491 554 \$ ont été réalisées.

Elles se détaillent comme suit :

Matériel et équipement:	291 616 \$
Équipements spécialisés:	199 938 \$
TOTAL	491 554 \$

L'Hôpital Marie-Clarac a reçu des dons de la Fondation de l'hôpital pour un montant de 714 985 \$, dont 206 404 \$ ont servi à l'achat d'équipements médicaux. De plus, le comité des usagers a fait don d'une somme de 12 132 \$ pour l'achat de fauteuils roulants.

La composante mobilière et une partie de la composante immobilière attribuées par l'Agence ont aussi constitué une source de financement pour le fonds d'immobilisations.

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

ACTIVITÉS PRINCIPALES	2010-2011	2009-2010
REVENUS		
Agence de Montréal	24,651,244 \$	23,312,148 \$
Usagers	1,003,283 \$	1,141,487 \$
Ventes de services	1,768,970 \$	1,722,815 \$
Recouvrements	41,625 \$	32,013 \$
Donations	508,581 \$	
Autres	75,535 \$	84,705 \$
TOTAL DES REVENUS	28,049,238 \$	26,293,168 \$
CHARGES		
Salaires	16,316,100 \$	15,163,595 \$
Avantages sociaux	3,644,927 \$	3,462,916 \$
Charges sociales	1,978,241 \$	1,926,306 \$
Médicaments	664,115 \$	711,469 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	254,797 \$	322,066 \$
Denrées alimentaires	1,059,332 \$	1,059,179 \$
Mauvaises créances	3,509 \$	19,763 \$
Entretien et réparation	1,634,340 \$	1,151,603 \$
Autres charges	2,770,279 \$	2,497,153 \$
TOTAL DES CHARGES	28,325,640 \$	26,314,050 \$
SURPLUS (DÉFICIT) AVANT TRANSFERTS À D'AUTRES FONDS	(276,402 \$)	(20,882 \$)
Transfert du (au) fonds d'immobilisations		
Contribution école (laverie) - projets autofinancés	99,175 \$	(21,960 \$)
SURPLUS (DÉFICIT) DU FONDS D'EXPLOITATION	(177,227 \$)	(42,842 \$)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
REVENUS		
Revenus commerciaux	144,391 \$	139,349 \$
Revenus d'intérêts	0 \$	0 \$
TOTAL DES REVENUS	144,391 \$	139,349 \$
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	16,734 \$	16,651 \$
Charges sociales	2,171 \$	2,152 \$
Autres	174,521 \$	171,319 \$
TOTAL DES CHARGES	193,426 \$	190,122 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	(49,035 \$)	(50,773 \$)
SURPLUS (DÉFICIT) FONDS D'EXPLOITATION	(226,262 \$)	(93,615 \$)



Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration
de l'Hôpital Marie-Clarac

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Rapport sur les états financiers

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 sont tirés des états financiers audités de l'Hôpital Marie-Clarac pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 23 juin 2011 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Hôpital Marie-Clarac.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Hôpital Marie-Clarac pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Hôpital Marie-Clarac pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 23 juin 2011. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadre admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Hôpital Marie-Clarac au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

Raymond Laliberté Grand-Theriot S.E.N.C.R.L.

Montréal

Le 14 juillet 2011

¹ Comptable agréé auditeur permis n° 18614

Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac

Créée en 1996, la Fondation a été constituée pour :

- Recueillir des fonds devant servir essentiellement à l'achat d'équipements et pour tout projet servant à améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers.
- Recevoir et administrer des dons, legs testamentaires et assurance-vie et autres contributions de même nature en argent, en valeurs mobilières ou immobilières.

Elle organise diverses activités telles que : cocktail-bénéfice, tirage, commandite d'équipements spécialisés, etc...

La Fondation est dirigée par une directrice et administrée par un Conseil d'administration épaulé par un Bureau de Gouverneurs.

Depuis sa création, la Fondation a versé plus de 3M\$ à l'hôpital pour l'achat de presque la totalité des équipements spécialisés pour les différents services, entre autres, l'achat d'un appareil informatisé «Unidose» (distributrice de médicaments livrés dans des sachets personnalisés), d'un logiciel de pharmacie intégré aux activités clinico-administratives, jumelé à un logiciel d'aide à la décision clinique et d'un appareil de radiologie qui produit des images numérisées. De plus, la Fondation a participé financièrement à la réalisation des salles de physiothérapie et contribue annuellement à la construction de services sanitaires dans les chambres des bénéficiaires.

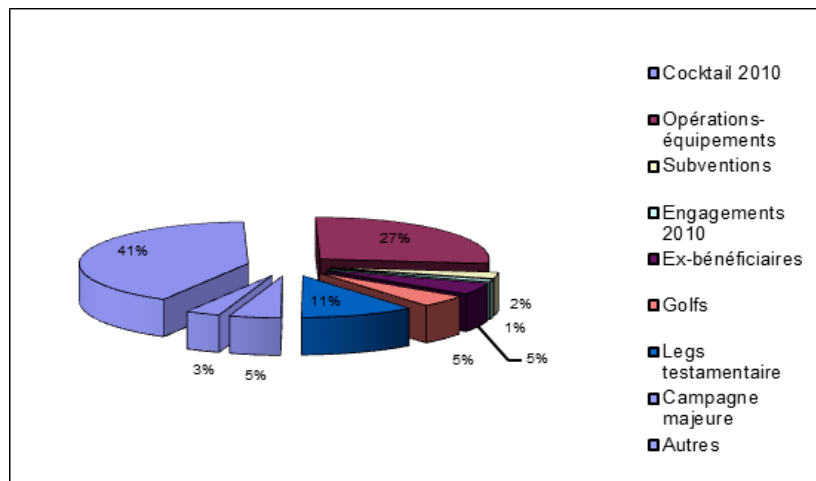
En 2011, la Fondation lance une Campagne majeure de financement pour la construction de la maison de soins palliatifs. Ce projet est évalué à 35M\$.

La Fondation joue un rôle essentiel dans l'amélioration des soins et services offerts aux usagers de l'Hôpital Marie-Clarac. •

CAMPAGNE DE FINANCEMENT 2010-2011

Catégories	Totaux	Pourcentage
Cocktail 2010	223 010,00 \$	41,23%
Opérations-équipements	147 000,00 \$	27,18%
Subventions	13 000,00 \$	2,40 %
Engagements 2010	5 000,00 \$	0,92%
Ex-bénéficiaires	24 535,15 \$	4,54%
Golfs	25 000,00 \$	4,62%
Legs testamentaires	59 044,95 \$	10,92%
Campagne majeure	26 482,62 \$	4,90 %
Autres	17 844,74 \$	3,30%
Total	540 917,46 \$	100,00%

* Autres: In Memoriam, lotomatique et remboursement des taxes



COCKTAIL-BÉNÉFICE ANNUEL LUNDI 4 AVRIL 2011



Mireille Faucher, Directrice FHMC – Michael Di Grappa, président du c.a. – Sr Pierre-Anne Mandato, Directrice générale HMC – Sam Scalia, président de Samcon Gestion et président d'honneur – Raymond Paquin, secrétaire-trésorier FHMC

Gouverneurs de la Fondation

Dr Francesco Bellini, PDG
Picchio International

Luigi Liberatore, président
Investissements Elmag

Raymond Massi, associé
RSM Richter Inc.

Tony Meti, président
GDNP inc. Services conseils

Domenic Pilla, président
McKesson Canada

Mirella et Lino Saputo
Saputo inc.

Remo Zeppilli, président
Remo Construction inc.

Conseil d'administration

Président

Michael Di Grappa, vice-principal
Administration et finances,
Université McGill

Vice-président

Denis Laferrière, directeur général
Caisse pop. Desjardins de Mtl-Nord

Secrétaire-trésorier

Raymond Paquin, président du c.a.
Hôpital Marie-Clarac

Administrateurs

Gilles Bénard, administrateur

Claude Chalifoux, vice-président
Planification financière et successorale
Valeurs mobilières Desjardins

Sr Claire L. Croteau, directrice générale
Résidence Angélica

Vincent Giangaspero, trésorier
Centre Leonardo da Vinci

Gilles Lamoureux, adjoint à l'Édifice et
vice-président des ventes
Journal de Montréal

Soeur Pierre Anne Mandato, directrice
générale, Hôpital Marie-Clarac

Tommaso Nanci, avocat
Heenan Blaikie

Paolo Pizzuto, Premier vice-président
Transformation des processus d'affaires
Banque Nationale du Canada

Jacques Poirier, président et chef de la
direction, Magnus Poirier

Louise Rousseau, vice-présidente
Services financiers commerciaux
Région Est, RBC Banque Royale

Francyne Noël Trudeau, vice-présidente
Affaires publiques
Laboratoires Choisy Itée

Conseils et comités de l'établissement

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Raymond Paquin, président
- Lucie Berteau, vice-présidente
- Sœur Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière
- Sœur Madeleine Phaneuf
- Sœur Claire L. Croteau
- Sœur Martine Côté
- Gilles Bénard

COMITÉ EXÉCUTIF DU C.A.

- Raymond Paquin, président
- Lucie Berteau, vice-présidente
- Sœur Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière

COMITÉ DE VÉRIFICATION

- Lucie Berteau, présidente
- Sœur Madeleine Phaneuf, vice-présidente
- Raymond Paquin, secrétaire-trésorier

COMITÉ DE RÉGIE

- Sr Pierre Anne Mandato, DG
- Dr Gilles Bastien, DSPH
- Isabelle Bélisle, DSI
- Jacqueline Caron, DSR
- Dr Guy Legros, DGA
- Pierre Pellerin, DST
- Madeleine Poirier, DRFHI

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

- Dre Johanne Duguay, présidente
- Dre Sarah Adolphe, vice-présidente
- Dr Messaoud Tlili, secrétaire
- Dre Fanny Sutto
- Robert Charest, chef du service de la pharmacie
- Sœur Pierre Anne Mandato, DG
- Dr Gilles Bastien, DSPH

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

- Dr Messaoud Tlili, président
- Francine Bélanger, pharmacienne
- Dre Sofia Mojica
- Dre Fanny Sutto

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

- Robert Charest, président
- Dre Sarah Adolphe
- Robert Létourneau, pharmacien
- Dre Maria Karas

COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- Sylvie Sauvé, infirmière au bureau de santé
- Nicole Jacques, chef du service alimentaire
- François Doyon, préposé au service alimentaire
- Marie-Jocelyne St-Amour, infirmière
- Manon Vanier, technicienne en bureautique
- Audrey Boucher, physiothérapeute
- Béatrix-Simona Trif, infirmière clinicienne

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Dr Pierre Auger, microbiologiste-conseil, président
- Johanne Sauvé, secrétaire
- Dr Guy Legros, DGA
- Pierre Pellerin, DST
- Dr Luc Simoncelli
- Dr Gilles Bastien, DSPH

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

- Dre Johanne Duguay, présidente
- Dr Messaoud Tlili
- Francine Bélanger, pharmacienne
- Dr Gilles Bastien, DSPH

COMITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER

- Michèle Héroux-Lafrenière, chef du service d'ergothérapie
- Jacqueline Vachon, infirmière clinicienne
- Josée Thérout, responsable du services des archives
- Dr Gilles Bastien, DSPH

COMITÉ DES USAGERS

- Gabriella Gallela, présidente
- Nicole Dubé, secrétaire
- Marguerite Rivard
- Gilles Lauzon
- Hélène Thibault
- Sœur Cécile Goudreau

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Carole Gagnon, présidente
- Micheline Langlois, vice-présidente
- Maryse Deguire, secrétaire
- Sœur Pierre Anne Mandato, DG
- Jacques Bérubé, commissaire local aux plaintes

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

- Nancy Cloutier, présidente du CII
- Patricia Pierre, vice-présidente
- Béatrix-Simona Trif, secrétaire
- Sr Pierre Anne Mandato, DG
- Sophie Berthiaume, agente de communication
- Magali Morin, conseillère clinicienne
- Marie-Ange Lafleur, membre déléguée
- Andromaque Vilus, membre désignée
- Sylvie Breaerd, membre désignée
- Juline Galiotte, membre désignée

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

- Manon Bourassa, présidente
- Julie Bertrand, vice-présidente
- Lina Leclerc, secrétaire

COMITÉ DE LA GESTION DE L'INFORMATION

- Josée Thérour, responsable du service des archives
- Manon Vanier, technicienne en bureautique
- Dr Guy Legros, DGA
- Marie-Ève Roy, agente de gestion du personnel
- Jacqueline Caron, DSR
- Stéphanie Marcil, chef d'unité 1Ouest

COMITÉ DES CHEFS ET RESPONSABLES DE SERVICE

- Robert Charest, président
- Gaétan Décary, chef du service psychosocial
- Dr Guy Legros, DGA
- Magali Morin, conseillère clinicienne
- Bertrand Morin, chef du service de physiothérapie intérimaire
- Linda Vona, chef du service des ress. humaines
- Sylvie Gaudreau, chef unité 1 Est
- Léa Gauthier, responsable de la nutrition clinique
- Michèle Héroux-Lafrenière, chef du service d'ergothérapie
- Monique Imbeault, chef du service d'accueil
- Martine Chalifoux, chef du service des ress. financières
- Chantal Poirier, responsable des communications et du transport
- Diane Poitras, chef des services hygiène et buanderie
- Nicole Jacques, chef du service alimentaire
- Josée Thérour, responsable du service des archives
- Mireille Rocher, chef unité 2Est
- Lucie Robert, chef unité 2Ouest
- Johanne Sauvé, coordonnatrice agrément

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- Francine Bélanger, présidente
- Johanne Sauvé, secrétaire
- Dre Johanne Duguay
- Michèle Héroux-Lafrenière, chef du service d'ergothérapie
- Nicole Jacques, chef du service alimentaire
- Dr Guy Legros, DGA
- Sylvie Sauvé, infirmière bureau de santé
- Mireille Rocher, chef unité 2Est

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

- Gaétan Décary, président
- Jean-Pierre Bourbeau, secrétaire
- Dre Sarah Adolphe, médecin
- L'Abbé Roland Drainville, aumônier
- Josée Lemoignan, conseillère en éthique clinique
- Dr Gilles Bastien, DSPH
- Stéphanie Marcil, chef d'unité 1Ouest
- Peter-Lee Guillaume, ergothérapeute
- Gilles Lauzon, représentant des usagers

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- Ève Prévost-Lebeuf, présidente
- Jean-Claude Orphée, vice-président
- Nathalie Jacques, secrétaire
- Isabelle Croteau, ergothérapeute
- Virginie St-Pierre, physiothérapeute

COMITÉ D'AMÉLIORATION CONTINUE

- Isabelle Bélisle, DSI
- Michèle Héroux-Lafrenière, chef du service d'ergothérapie
- Dr Guy Legros, DGA
- Johanne Sauvé, coordonnatrice de l'agrément
- Robert Charest, chef du département de la pharmacie

Faits saillants pour divers comités

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Suivi des statistiques périodiques et de comparaison annuelle des incidences des infections nosocomiales;
- Suivi du tableau de bord du comité de gestion des risques;
- Suivi des événements sentinelles;
- Suivi du plan d'amélioration continue de la qualité suite à la visite d'agrément;
- Suivi de divers dossiers transmis par le conseil d'administration de l'établissement.

COMITÉ GESTION DES RISQUES

- Promotion d'une culture de sécurité;
- Suivi des événements indésirables pour en diminuer la récurrence;
- Mise à jour et diffusion du tableau de bord;
- Révision du règlement relatif à la divulgation; activités de sensibilisation et de promotion de la divulgation;
- Réalisation d'une analyse prospective: le processus d'admission;
- Suivi des alertes.

CONSEIL MULTISCIPLINAIRE

Le comité a poursuivi son implication dans l'application de l'interdisciplinarité. L'exécutif du comité s'est réuni à 4 reprises. Comme c'est son habitude, il y a eu un midi-reconnaissance pour honorer une physiothérapeute de l'établissement.

Un comité ad hoc a mis au point un formulaire d'évaluation conjoint ergo.-physio. dans les cas de PTH sur coxarthrose avec mise en charge totale.

Un autre comité ad hoc a procédé à la révision des formulaires d'évaluation en physiothérapie de la clinique externe.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le comité a tenu 4 réunions régulières et 3 réunions spéciales relatives à l'ERV.

Le comité s'est penché sur plusieurs dossiers et a atteint la grande majorité des objectifs de son plan d'action dont :

- La surveillance des bactéries multirésistantes (SARM, ERV et ESBL) et du Clostridium difficile ;
- Le maintien des compétences du personnel en regard de la prévention des infections, notamment le lavage des mains ;
- La révision des principaux protocoles en hygiène et salubrité dans le cadre des mesures reliées à la lutte aux infections nosocomiales ;
- L'information transmise au personnel concernant les taux d'infection et les résultats des audits d'hygiène des mains.

Enfin, l'établissement a encore atteint la cible de moins de 25 cas nosocomiaux de C. Difficile, soit 15 cas pour l'année 2010-2011.

COMITÉ DES USAGERS

Le comité a tenu 5 réunions. La Direction de l'établissement s'est employée à consolider la composition du comité.

Le 18 octobre 2010, elle a organisé une journée de formation pour les membres du comité. •

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 prévu 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.

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

- 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 un avantage pour lui-même ou pour autrui.

Interdiction des pratiques liées 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 prévu 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

Première:

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.

* Aucun manquement ou sanction n'a été signalé au cours de l'année 2010-2011. •

Engagement personnel de chaque membre du conseil d'administration

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



Raymond Paquin, président

23 juin 2011

Date



23 juin 2011

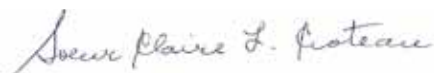
Date



Sœur Pierre Anne Mandato, secrétaire-trésorière

23 juin 2011

Date



Sœur Claire L. Croteau, membre

23 juin 2011

Date



Sœur Madeleine Phaneuf, membre

23 juin 2011

Date



Sœur Martine Côté, membre

23 juin 2011

Date



Gilles Bénard, membre

23 juin 2011

Date

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