



## **Déclaration de fiabilité**

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion 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.

Les informations du présent rapport décrivent fidèlement la mission, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement, de même que les statistiques d'activités, les indicateurs et les résultats obtenus. Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'informations et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2017-2018* de la Maison Michel-Sarrazin, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, exempts d'erreurs et vérifiables. Cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



Alain-Philippe Lemieux Directeur  
général

## **Diffusion**

Ce présent *Rapport annuel de gestion 2017-2018* a été adopté lors de l'assemblée ordinaire du conseil d'administration du 13 juin 2018. Ce rapport est également transmis, conformément à la loi, au ministre de la santé et des services sociaux. Enfin, ce rapport est disponible sur le site internet de la Maison Michel-Sarrazin.

## **Note au lecteur :**

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons tout au long de cet ouvrage le diminutif *Maison* se référant à l'appellation complète *Maison Michel-Sarrazin (MMS)*. Le genre masculin a été utilisé afin d'alléger le texte, à l'exception du terme *infirmière*.

## **Production**

Maison Michel-Sarrazin 2101, chemin Saint-Louis Québec (Québec) G1T 1P5  
Téléphone : 418 688-0878 [www.michel-sarrazin.ca](http://www.michel-sarrazin.ca)

*Crédit photo de la page couverture : Pierre Lahoud, photographe*

## TABLE DES MATIÈRES

Déclaration de fiabilité.....	i
Diffusion .....	i
Note au lecteur.....	i
Production.....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	ii
Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général .....	1
I – PRÉSENTATION DE LA MAISON MICHEL-SARRAZIN .....	2
Mission.....	2
Mandat.....	2
Vision.....	2
Valeurs .....	3
Services et activités .....	3
Plan d'organisation.....	4
II – FAITS SAILLANTS ET BILAN DE L'ANNÉE .....	7
Planification stratégique .....	7
Projet d'agrandissement et de rénovations fonctionnelles.....	7
Évolution des activités.....	8
Enseignement et publications .....	10
Recherche.....	11
Projet de rayonnement international.....	12
Sécurité des soins et services.....	13
Satisfaction de la clientèle .....	15
Plaintes.....	15
Rapport de la direction générale sur l'application de la Loi sur les soins de fin de vie .....	16
III – SITUATION FINANCIÈRE (voir annexe) .....	16
IV - GOUVERNANCE .....	17
Conseil d'administration .....	17
Comités et conseils relevant du conseil d'administration.....	19
Comité exécutif .....	19
Comité de vigilance et de la qualité .....	20
Comité de gouvernance et de mise en candidature.....	21
Comité d'audit.....	22
Comité de révision .....	22
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	22
Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CEMDP).....	24
Sédation palliative continue.....	25
Comité de pharmacologie.....	25
Comité des familles.....	26
Comité d'éthique clinique .....	27
Comité d'éthique de la recherche.....	28
Éthique et déontologie des administrateurs.....	28
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin.....	28

## Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général

L'année 2017-2018 s'est inscrite dans la continuité des actions amorcées depuis quatre ans. Le plan d'action sur cinq ans découlant du Plan stratégique 2013-2018 a été suivi à la lettre et le bilan final des actions démontrent un niveau d'atteinte très enviable des cibles fixées.

Nous avons notamment poursuivi nos actions avec un grand souci de l'excellence, de la qualité et de la sécurité des soins et services que nous dispensons à notre clientèle. Nos méthodes de gouvernance et de gestion sont à jour avec une grande attention apportée à la relève dans tous les secteurs. Nous nous préparons déjà à la prochaine visite d'Agrément Canada, qui devrait avoir lieu en juin 2020. Il y a eu en cours d'année, d'énormes changements dans tout le processus d'agrément des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Nous n'avons pas échappé à la vague d'incertitude qu'a déclenché le renouvellement du contrat d'Agrément Canada avec le MSSS. Nous sommes la seule Maison de soins palliatifs au Québec à être évaluée de cette façon. Nous souhaitons toujours travailler de concert avec les autorités d'Agrément Canada pour que cette prochaine visite soit le reflet de ce qu'est une Maison de soins palliatifs en adaptant certaines normes à cette réalité et en acceptant de continuer à y travailler dans l'avenir.

Le projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle reporté en mars 2017 pour des raisons financières et aussi à cause d'exigences significatives de la part du Ministère de la Culture et des communications a fait l'objet d'un suivi serré quant à sa faisabilité éventuelle. Ce report est toujours guidé par la prudence collective et par une volonté commune d'assurer la pérennité de l'œuvre de la Maison Michel-Sarrazin à long terme. Des travaux ont été entrepris par la Direction générale pour analyser d'autres possibilités quant aux travaux à envisager.

Au niveau de l'enseignement et de la recherche, les réalisations se succèdent et témoignent toujours de l'excellence et de la notoriété acquise par nos équipes. Un important projet de coopération franco-québécoise soumis par la Maison est en cours de route incluant plusieurs visites de partages avec nos homologues français. Déjà, une activité de transfert de connaissance a été faite en mai 2018 au congrès annuel de l'Association québécoise de soins palliatifs et une autre aura lieu au colloque annuel de l'association française de soins palliatifs. Ce projet vise le partage et la description d'initiatives bénévoles et solidaires en soins palliatifs de part et d'autre de l'Atlantique. Par ailleurs l'équipe de recherche ERMOS est à peaufiner la mise en place du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie de recherche en soins palliatifs financé par les Fonds de recherche québécois en santé. Pour ce faire, l'équipe a réussi le tour de force de fédérer tous les chercheurs en soins palliatifs actifs au Québec. La mise en place de ce Réseau permet déjà aux chercheurs d'avoir accès à des financements inaccessibles jusqu'à maintenant. La Maison, par ailleurs, contribue à l'essor des soins palliatifs tant par une programmation complète d'enseignement pré et post-gradué qu'en formation continue.

Finalement la Maison Michel-Sarrazin répond aux exigences de la loi concernant les soins palliatifs et de fin de vie. À cet égard, elle compte sur d'une excellente collaboration partagée avec ses partenaires du réseau public de santé et de services sociaux.

Nous sommes engagés depuis longtemps dans l'innovation et l'excellence et nous continuons d'envisager l'avenir dans cette perspective.



Jocelyne Guay  
Présidente du conseil d'administration



Alain-Philippe Lemieux  
Directeur général

## I – PRÉSENTATION DE LA MAISON MICHEL-SARRAZIN

La Maison Michel-Sarrazin est une corporation privée, sans but lucratif, qui détient un permis de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés privé conventionné à vocation spécifique en soins palliatifs.

La Maison a accueilli son premier patient atteint d'un cancer en phase terminale le 9 avril 1985. Fondée par les docteurs Louis Dionne et Jean-Louis Bonenfant, la Maison est une institution pionnière dans le domaine des soins palliatifs. Elle est inspirée de l'*Hospice St.Christopher* de Londres, au Royaume-Uni, considéré comme le berceau des soins palliatifs modernes dans le monde. La Maison a par la suite guidé dans leurs démarches plusieurs des maisons de soins palliatifs maintenant ouvertes au Québec, au Canada et en Europe francophone.

### ***Mission***

Notre mission est de soulager et d'accompagner dans la dernière étape de leur vie des personnes atteintes de cancer recherchant une meilleure qualité de vie, d'offrir du soutien à leurs proches et, de contribuer activement au développement et à l'excellence des soins palliatifs.

Cette mission est bien résumée dans une devise :

*Pour apprécier la vie, jusqu'à la fin...*

### ***Mandat***

Nous exerçons un triple mandat de soins, d'enseignement et de recherche en soins palliatifs, en nous associant aux différents établissements publics de santé et de services sociaux, aux organismes communautaires et à l'Université Laval.

Étant reconnue comme centre de soins palliatifs à vocation suprarégionale par le ministère de la Santé et des Services sociaux, notre institution est une référence pour l'enseignement universitaire, la formation continue et la recherche, de même que pour l'expertise de haut niveau et le soutien aux établissements publics et aux autres maisons de soins palliatifs. Cette reconnaissance nous encourage également à maintenir notre présence importante dans la communauté et notre rayonnement aux niveaux national et international.

### ***Vision***

Notre **vision** est celle d'une institution fortement soutenue par la communauté qu'elle dessert, reconnue pour ses valeurs et son engagement envers les patients et leurs proches. Nous souhaitons exercer une influence significative sur le développement et l'organisation des services en soins palliatifs. Nous désirons poursuivre notre leadership dans l'innovation continue, le développement des meilleures pratiques, la formation, la recherche et les publications en soins palliatifs.

## *Valeurs*

Les valeurs énoncent ce en quoi nous croyons profondément et ce en quoi nous nous engageons envers les personnes malades que nous accueillons et leurs proches. Ces valeurs, elles sont présentes depuis l'ouverture de la Maison Michel-Sarrazin en 1985 et elles ont été réaffirmées dans son code d'éthique récemment remanié.

- La **dignité** implique que chaque patient est considéré comme un être humain, unique et vivant jusqu'au dernier instant de sa vie. À ce titre, il a droit au meilleur soulagement possible de sa souffrance et au choix, dans la mesure du possible, des conditions de vie de son étape terminale.
- Le **respect** reconnaît au patient le droit à une identité et à une autonomie qui lui sont propres, c'est-à-dire le droit au respect de ses choix, de ses modes d'expression, de ses réactions, de son intimité et de son intégrité physique et morale. Il reconnaît également le droit à la pleine confidentialité.
- La **vérité** est un droit qui assure au patient l'accès à toute l'information sur sa condition pour lui permettre de prendre les décisions appropriées.
- La **compassion** est essentielle à la présence, à l'écoute et à l'action en communion avec la souffrance d'un patient ou d'un proche.
- La **solidarité** devant la souffrance est l'élément rassembleur et mobilisateur de toutes les personnes présentes à la Maison Michel-Sarrazin et de la communauté qui soutient son œuvre humaniste, tant par le travail bénévole que par la philanthropie.
- La **générosité** est le fondement de la gratuité des services et du dévouement individuel de chacun, qu'il soit membre du personnel rémunéré, bénévole ou donateur.

## *Services et activités*

Les services de la Maison Michel-Sarrazin sont gratuits et accessibles à toute personne qui répond aux critères d'admission et qui réside à l'intérieur des régions de Québec ou de Chaudière-Appalaches. Ces services sont assurés en complémentarité avec les établissements du réseau public de santé et de services sociaux et avec les organismes communautaires.

La **Maison** accueille les personnes en phase terminale de cancer, dont l'espérance de vie est inférieure à deux mois. L'étage principal, constitué de 15 chambres individuelles et d'aires de vie, est conçu selon une architecture familiale, pour accueillir la personne en fin de vie et ses proches, comme si elle mourait chez elle. Les soins et les services sont assurés en interdisciplinarité pour favoriser l'expression et la satisfaction des besoins multiples des patients et de leur entourage, dans le respect de leur intimité et de leur autonomie.

Le **Centre de jour** en soins palliatifs s'adresse aux personnes qui n'attendent plus de guérison de leur maladie et qui vivent à domicile. Il offre à ces personnes et à leurs proches l'opportunité d'améliorer la qualité de la vie qui reste, de briser l'isolement et de rebâtir la confiance et l'estime de soi affectées par la maladie. Le Centre de jour est adjacent à la Maison, dans des locaux offrant une ambiance chaleureuse pour recevoir, chaque semaine, environ 60 « invités » et un de leurs proches. Les soins et les activités, définis selon les préférences et les besoins de chacun, sont assurés en interdisciplinarité et dispensés en complémentarité et en soutien aux services des CLSC et des médecins traitants, ce qui permet à la personne malade de demeurer à domicile le plus longtemps possible, voire de mourir chez elle, si elle désire.



Le service de **liaison** est responsable de l'évaluation des demandes d'admission à la maison et de leur étude au comité d'admission. Les infirmières de liaison peuvent également proposer à la personne les services du Centre de jour selon son intérêt et sa condition. Ces infirmières maintiennent le contact avec la personne et ses proches en attendant son admission et assurent des liens de collaboration avec les équipes traitantes des hôpitaux, les médecins de famille et les services de soutien à domicile.

Le service d'**accompagnement dans le deuil** offre un soutien professionnel aux proches endeuillés qui en éprouvent le besoin, par des interventions de groupe ou individuelles. Ces personnes peuvent aussi être orientées vers des services d'accompagnement dans le deuil plus près de leur domicile, si elles le désirent.

La **formation** a toujours fait partie de la mission de la Maison. Liée par contrat de services avec l'Université Laval, la Maison accueille des stagiaires universitaires dans différentes disciplines, notamment la médecine, la pharmacie, les soins infirmiers, le service social et la physiothérapie. De plus, la Maison est fortement impliquée dans un programme de formation continue offert aux personnes des différentes disciplines de la santé de même qu'aux bénévoles. Les professionnels de la Maison sont également très présents comme conférenciers ou animateurs dans différents congrès ou activités de transfert de connaissance.

Diverses **publications** témoignent que la Maison a toujours été la source de nombreuses innovations cliniques en soins palliatifs, particulièrement dans le champ de la médecine, de la pharmacie et des soins infirmiers. Plusieurs de ces innovations sont diffusées et rendues disponibles aux autres milieux de soins palliatifs par diverses publications, dorénavant toutes identifiées sous la signature *Publications Michel-Sarrazin*. Outre les guides cliniques en soins infirmiers, la Maison édite les *Cahiers francophones de soins palliatifs*, publication semestrielle qui, depuis 1999, est un carrefour de réflexion critique et de recherche sur les soins palliatifs ou les questions touchant le mourir.

La **recherche** en soins palliatifs a débuté au milieu des années 1990. Cette recherche repose sur une grande rigueur scientifique et des normes éthiques strictes, sous la vigilance du Comité d'éthique de la recherche relevant du conseil d'administration. Les projets de recherche sont le fruit d'interactions fréquentes entre cliniciens et chercheurs, pour que les recherches demeurent proches des préoccupations des professionnels sur le terrain et pour assurer un transfert des connaissances issues de la recherche dans les pratiques courantes. Depuis 2011, c'est une équipe solide qui regroupe une vingtaine de chercheurs de différentes disciplines et de différentes facultés universitaires autour des thématiques des soins palliatifs et de l'oncologie psychosociale, sous l'appellation ERMOS (*Équipe de Recherche Michel-Sarrazin en Oncologie psychosociale et Soins palliatifs*). Cette équipe génère des revenus de subvention de plus de 1 000 000 \$ par année. Récemment cette équipe s'est vue confirmer un financement récurrent de réseau en soins palliatifs par le Fond de Recherche Québécois en Santé d'un million sur 4 ans en fédérant tous les chercheurs intéressés à ce champ de pratique au Québec.

### ***Plan d'organisation***

Le plan d'organisation n'a pas subi de modifications cette année. Ce plan d'organisation permet de bien répondre aux objectifs du plan stratégique 2013-2018 et aux besoins de gestion courante.

La liste qui suit présente les différentes fonctions administratives et leur titulaire pour l'exercice 2016-2017 :

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, *directeur général*

Madame Geneviève LÉVEILLÉ, *directrice générale adjointe*

Madame Martine LEROUX, *coordonnatrice des soins infirmiers*

Madame Lynda BEAUDOIN, *coordonnatrice du centre de jour*

Madame Diane BILODEAU, *coordonnatrice des bénévoles aux soins et à l'accueil*

Madame Brigitte FOURNIER, *coordonnatrice des services administratifs et de soutien*

Madame Michelle CARON, *coordonnatrice de la formation*

Monsieur François TARDIF, *coordonnateur de la recherche*

Madame Marie-Pier FRENETTE, *directrice communications et marketing*

Le directeur général, étant médecin, assume également la fonction de directeur des services professionnels, comme il est prévu à la loi. Sous cette autorité professionnelle, il supervise divers chefs de service ou chefs d'équipe, dont voici la liste :

Docteure Odette DÉSILETS, *chef du service de médecine*

Madame Isabelle BEAULIEU, *chef du service de pharmacie*

Madame Isabelle MARTINEAU, *chef d'équipe des infirmières de liaison*

Monsieur Gérald NICKNER, *chef de l'équipe psychosociale*

Docteur Pierre GAGNON, *directeur scientifique de l'équipe de recherche*

L'équipe professionnelle régulière comprend médecins, pharmaciens, infirmières et infirmières-auxiliaires, travailleurs sociaux, psychologue, prêtre, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, thérapeute par l'art. Des bénévoles dentistes, massothérapeutes et d'autres disciplines complémentaires complètent le volet professionnel.

Le personnel de soutien est constitué notamment de préposés aux soins et à la pharmacie, de cuisiniers, de préposés à l'hygiène et salubrité, de préposés à l'entretien général, d'une jardinière, de gardiens de nuit et du personnel administratif.

L'appui des bénévoles dans les différentes activités de la Maison est considérable avec près de 50 000 heures cette année. Que ce soit auprès des malades admis ou des invités du centre de jour, ou dans des fonctions reliées à l'administration, au secrétariat ou à l'accueil, ou encore dans d'autres domaines tels que l'entretien du terrain et du bâtiment, le travail des personnes bénévoles est essentiel à la réalisation des objectifs de la Maison. Un encadrement et des activités de formation et de soutien sont offerts aux nouveaux venus comme aux bénévoles en place.



Le tableau ci-dessous illustre la répartition des effectifs à la Maison

	Temps complet	Temps partiel régulier	Temps partiel occasionnel	TOTAL
<b>Professionnels</b>				
Employés MMS (17.97 = temps complet)	3	22	28	<b>53</b>
Prêt de service		5	1	<b>6</b>
Médecins et dentistes	2	1	5	<b>8</b>
<b>Total</b>				<b>67</b>
<b>Personnel administratif et de soutien</b>				
Employés MMS (12.38 = temps complet)	2	13	20	<b>35</b>
<b>Personnel d'encadrement</b>				
Employés MMS (7 = temps complet)	5	3		<b>8</b>
<b>Recherche et bénévolat</b>				
Chercheurs, professionnels, assistants, étudiants				<b>200</b>
Bénévoles				<b>350</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>44</b>	<b>54</b>	<b>660</b>

## **II – FAITS SAILLANTS ET BILAN DE L'ANNÉE**

### ***Planification stratégique***

Suite à l'adoption, le 8 avril 2013, du *Plan stratégique 2013-2018*, l'équipe de direction et le conseil d'administration ont élaboré un plan d'action quinquennal pour actualiser la réalisation des grandes orientations de ce plan, qui a été adopté en juin 2014. Rappelons les grandes lignes de ce plan stratégique, guidé par le thème suivant :

### ***PERSÉVÉRER DANS CE QUE NOUS FAISONS DE MIEUX***

L'idée de persévérance traduit nos efforts et nos qualités de ténacité, de patience, de constance et de détermination dans nos actions et dans nos choix. Ce que nous faisons de mieux repose sur notre préoccupation de toujours mieux servir notre clientèle et sur notre engagement envers l'excellence. De façon plus spécifique, notre plan stratégique repose sur les sept (7) grandes orientations suivantes :

1. Demeurer un exemple de soins centrés sur la personne et ses proches
2. Appuyer par nos services le déploiement accru des soins palliatifs à domicile
3. Réaliser le projet d'agrandissement et de modernisation des installations
4. Renforcer les activités d'enseignement, formation continue, de recherche et de publications en soins palliatifs
5. Préserver toutes les conditions de maintien de nos reconnaissances externes de haut niveau
6. Cultiver le bonheur et la satisfaction au travail
7. Assurer le développement et la pérennité sur le plan financier

Un suivi semestriel permet au conseil d'administration et à la direction de suivre l'état d'avancement du plan d'action et de l'ajuster selon les besoins et les opportunités nouvelles qui surviennent.

Le bilan 2017-2018 constitue le bilan final de cette planification et est très positif : sur 118 actions prévues, seulement 5 ont été abandonnées ou ne sont pas amorcées soit un taux d'atteintes des résultats de 96%. Les actions non amorcées ou abandonnées sont liées essentiellement au report du projet d'agrandissement. Les actions non complétées visent des projets en cours de réalisation comme la réorganisation du centre de jour.

### ***Projet d'agrandissement et de rénovations fonctionnelles***

Le programme fonctionnel et technique de ce projet immobilier majeur a été complété en juin 2014. Une étude de faisabilité du projet a été amorcée par la suite. Compte tenu des coûts et des contraintes environnementales liées au site patrimonial sur lequel la Maison Michel-Sarrazin est située, trois concepts architecturaux ont dû être explorés successivement au cours de l'année. Le troisième concept a été retenu comme étant le plus apte à répondre aux besoins futurs de la Maison, tout en rencontrant les exigences patrimoniales et de zonage, et à un coût acceptable. Les discussions se sont poursuivies au cours de l'exercice 2015-2016, de concert avec la Fondation, pour planifier l'échéancier de ce projet et veiller à ce que les nouveaux coûts de réalisation de ce projet s'inscrivent dans la planification financière de la Maison et de la Fondation. Avec l'accord de tous, les appels de soumissions pour choisir les professionnels à l'élaboration des plans et devis préliminaires et définitifs ont été lancés en décembre 2015.

Les firmes de professionnels : architectes, ingénieurs en structure et en mécanique/électricité ainsi que la gérance de construction ont été choisies en février 2016. Les travaux ont été enclenchés par la suite pour une réalisation des plans et devis préliminaires en septembre 2016 et un dépôt des plans définitifs avec une estimation finale des coûts en février 2017. Un appel de soumissions avait été préalablement lancé pour connaître les coûts exacts du marché des sous-contractants. La mise en chantier possible était prévue en fin mars 2017. En rencontre extraordinaire des 3 conseils d'administration le 1<sup>er</sup> mars 2017, les membres ont pris connaissance de la situation financière actuelle de la Fondation. Ils ont convenu unanimement et solidairement de reporter les travaux à une date ultérieure, laissant ainsi le temps à la Fondation de réorganiser son fonctionnement et d'assurer un revenu stable à la Maison garantissant ainsi la pérennité des activités actuelles et futures. Le MSSS a, quant à lui, confirmé une subvention additionnelle de 350 000\$ récurrent à la condition que les travaux se fassent. En cours d'année 2017-2018, des suivis serrés et réguliers des activités et de la situation financière de la Fondation et de la Maison ont été faits pour déterminer le moment optimal de la mise en chantier du projet. Le Ministère de la Culture et des communications a, quant à lui, émis des réserves sur les plans et devis. Il a entre autres été exigé de revoir le traitement architectural de la façade projetée et de rabaisser la hauteur de la construction neuve. Ces exigences obligent des coûts additionnels pour modifier les plans et devis définitifs.

Pour ces raisons, le projet est toujours actuellement sur la glace. Des voies de passage sont à l'étude pour analyser d'autres stratégies d'améliorations des installations en rationalisant les besoins et les coûts afférents. Les priorités suivantes demeurent des incontournables :

- Agrandissement du Centre de jour pour accueillir au moins 50% plus de personnes suivies en soins palliatifs à domicile et leurs proches ; la Maison pourra ainsi s'impliquer davantage dans le support au déploiement de services à domicile plus intenses, en appui aux CLSC, qui y jouent évidemment un rôle prépondérant ;
- Amélioration et agrandissement de locaux destinés aux personnes malades et à leurs proches (ex : rénovation des chambres et salles de bain, salon, salle à manger, accueil etc.) ;
- Augmentation des locaux à l'usage des professionnels, pour faciliter leur travail et la confidentialité (poste des infirmières, laboratoire) ;
- Amélioration des locaux consacrés à la formation, à l'enseignement ;
- Résolution de problèmes de fonctionnalité et de vétusté (nouvelle cuisine, ascenseur, électricité, gicleurs, espaces de rangement, etc.) ;
- Rapatriement de l'équipe de la Fondation actuellement à loyer hors du site : ceci permettra plus de synergie et une récupération des coûts de loyer pour absorber les nouveaux coûts d'opération.

### ***Évolution des activités***

Notre région a connu l'ouverture de plusieurs nouveaux lits de soins palliatifs depuis 2008. Cette croissance s'est traduite par une répartition sur 100 lits de soins palliatifs pour la région entraînant une diminution légère du nombre de demandes formulées à la Maison durant les dernières années. Malgré cela, 425 demandes ont été adressées à l'équipe de liaison pour 210 admissions. Des durées de séjour plus longues pour certains patients ont contribué à diminuer l'accessibilité à de nouvelles personnes en fin d'année, le taux d'occupation étant maximal. Le tableau suivant démontre l'évolution des admissions depuis les 5 dernières années.

### Évolution des admissions et profil des personnes admises

	<i>2013/2014</i>	<i>2014/2015</i>	<i>2015/2016</i>	<i>2016/2017</i>	<i>2017-2018</i>	<i>Cumulatif 1985/2016</i>
<b>Nombre d'admissions</b>	<b>205</b>	<b>203</b>	<b>165</b>	<b>183</b>	<b>210</b>	<b>8 109</b>
# de femmes	111	116	94	106	126	4 249
# d'hommes	94	87	71	77	84	3 859
Âge moyen	69	71	69,6	71,4	71	66
Provenance						
du domicile	47 %	52 %	51,5%	48 %	58,6%	47,3 %
d'un hôpital	53%	48 %	48,5%	52 %	41,4%	52,7%
Durée moyenne du séjour (en jours)	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>28,5</b>	<b>22,8</b>	<b>18,3</b>
Taux d'occupation	90,3%	89,4 %	93%	90,3 %	87%	
Décès	199	198	163	183	202	7 868
Départs *	4		2	4	6	223

\* Il arrive occasionnellement que la condition de personnes admises s'améliore ou se stabilise, entraînant leur départ de la Maison, jusqu'à une prochaine admission. Ce peut aussi être un transfert vers un autre établissement.

L'achalandage du centre de jour s'est légèrement réduit cette année, mais se maintient dans la capacité d'accueil du centre de jour. On y reçoit en moyenne 14 invités et proches. Le nombre de proches qui passent la journée avec l'invité s'est aussi légèrement réduit. Il y a eu beaucoup de décès en cours d'année et la condition générale des personnes malades les a limités dans leur assiduité

### Évolution des inscriptions et profil des personnes inscrites au Centre de jour

	<i>2013/2014</i>	<i>2014/2015</i>	<i>2015/2016</i>	<i>2016/2017</i>	<i>2017-2018</i>	<i>Cumulatif 2000/2016</i>
Nombre d'inscriptions	<b>139</b>	<b>128</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	106	2 272
# de femmes	83	84	73	83	39	1 228
# d'hommes	56	44	56	46	67	1 033
Âge moyen	66	64	69	68	68	67
Occupation moyenne par jour (invités seulement)	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,3</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10,7</b>
Nombre de visites	2 867	2 880	2 738	2 707	2596	
Nombre moyen de visites par	21	23	21	28,2	25	24
Présences des proches	967	958	889	931	736	
Décès				98	88	

## ***Enseignement et publications***

En 2017-2018, plusieurs activités destinées à des clientèles externes ont été offertes par le service de formation, notamment 18 stages, 33 sessions de formation continue sur place et 8 sur demande (en déplacement chez le client), de même que 39 rencontres des divers groupes de développement professionnel. L'offre de formation à distance s'est poursuivie grâce à la visioconférence, soit 15 activités en mode émission et 16 en mode réception.

### Faits saillants de l'année :

- Quatre représentants de la MMS ont fait des présentations au congrès de l'AQSP en mai 2017, à Lévis
- Cinq nouvelles formations ont été ajoutées au calendrier : trois dans le domaine des soins cliniques, une en accompagnement psychosocial et une en éthique et gestion de soi.
- Le calendrier des activités de formation contient maintenant 5 formations accréditées, reconnues auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi qu'une formation accréditée auprès de l'Ordre de psychologues du Québec.
- Le premier mars 2018, 23 employés ont suivi la formation RCR : Cardio Secours DEA (A+) d'une durée de 4 heures.
- Cinq représentants de la MMS ont participé à la rédaction de 6 articles pour les Cahiers francophones de soins palliatifs.
- La Conférence Michel-Sarrazin de mai 2017 recevait Didier Caenepeel et a été un franc succès. Depuis, le service de formation a obtenu la certification écoresponsable auprès de l'Université Laval pour la tenue de la prochaine Conférence Michel-Sarrazin.
- Une bénévole du centre de documentation a élaboré une nouvelle base de données avec le logiciel FileMakerPro afin d'y transférer les informations relatives aux clients du service de formation actuellement conservées sur ACCESS.
- Les bénévoles du centre de documentation ont travaillé pour établir une nouvelle facture standardisée pour nos trois listes de suggestions de lectures :
  - Pour le personnel et les bénévoles nouvellement arrivés à la Maison Michel-Sarrazin
  - Liste mensuelle des nouveautés
  - Lectures thématiques (ex : sur le bénévolat)

Les publications visées comprennent les ouvrages suivants :

- *Cahiers francophones de soins palliatifs*, publication semestrielle, carrefour international de réflexion et de recherche sur les soins palliatifs ou des questions touchant le mourir ; cette revue repose sur un comité éditorial interdisciplinaire, auquel s'associent des auteurs reconnus comme des personnes engagées en soins palliatifs, provenant de divers horizons et de partout dans la francophonie ;
- *Le bénévolat en soins palliatifs ou l'art d'accompagner*, ouvrage collectif rédigé sous la direction d'Andrée Sévigny, Manon Champagne et Manal Guirguis- Younger, et co-édité avec les Presses de l'Université Laval (2013) ;
- *Tendresse – Scènes de vie à la Maison Michel-Sarrazin*, par le photographe Henri Dupond, bénévole à la Maison Michel-Sarrazin ; son recueil de photographies se veut une célébration à la vie et un vibrant hommage à la compassion, à la générosité, à la tendresse et à l'amour, de même qu'un hommage aux patients décédés et à leurs proches qui ont vécu un deuil (2013) ;
- *Les plaies malignes chez les malades en phase terminale – Évaluation et traitement*, guide clinique en soins infirmiers (2012) ;
- *Les soins de la bouche chez les malades en phase terminale – Évaluation et traitement*, guide clinique en soins infirmiers (2008) ;
- *Ulcères de pression chez les malades en phase terminale – Évaluation et traitement*, guide clinique en soins infirmiers (2006).

## **Recherche**

La recherche a débuté en 1995 à la Maison Michel-Sarrazin et a connu une croissance graduelle au fil des ans. En 2011, l'équipe de recherche locale est devenue d'envergure régionale en s'associant à d'autres chercheurs pour devenir l'Équipe de Recherche Michel-Sarrazin en Oncologie psychosociale et Soins palliatifs (ERMOS).

Cette année 2017-2018 a été caractérisée par un grand chantier. En effet, nous avons déposé une demande de financement pour la création d'un Réseau thématique Québécois de recherche en Soins Palliatifs et de Fin de Vie – RQSPAL le 9 décembre 2016. La réponse fut obtenue le 12 mai 2017. Au total, il y a eu 15 demandes de création de nouveaux réseaux et seulement deux furent financés, dont la nôtre. Nous en sommes très fiers !

C'est ainsi que nous avons intégré plus de 200 personnes (50 membres réguliers, 53 membres associés et plus de 100 étudiants), démontrant l'importance de ce réseau et de la consolidation des forces vives en recherche en SPFV au Québec. Ainsi, l'ERMOS est le pilier central de ce nouveau réseau et permettra une association productive avec la MMS pour les années à venir. Le financement, obtenu par le volet Santé du Fonds recherche Québec (FRQ-S) est de l'ordre de 250 000\$ par année pour 4 ans. Ce programme de financement d'équipe est très important pour nous et permettra d'accroître de façon importante la capacité de recherche en SPFV au Québec ainsi que d'assurer une stabilité financière qui était précaire.

Pendant l'année, nous avons également poursuivi la productivité de l'équipe de recherche et la consolidation de celle-ci. Malheureusement, au cours de l'année, Serge Dumont s'est retiré officiellement de l'ensemble de ses tâches universitaires et administratives. Il terminera ses mandats en recherche. Lise Fillion a également annoncé le retrait progressif de sa carrière en recherche. Elle complétera le projet de recherche en cours à la MMS en lien avec la satisfaction au travail. Nous les incluons dans les statistiques pour cette année. Nous avons recruté un nouveau chercheur, soit Hermann Nabi de la Faculté de Pharmacie. Cela s'inscrit dans une stratégie d'incorporation de chercheurs dans l'équipe afin d'assurer une relève efficace et une pérennisation de la recherche. Finalement, nous avons également retiré le statut de membre régulier à Jean-David Gaudreau étant donné son inactivité. Ainsi, le nombre de chercheurs au sein de l'ERMOS reste stable pour un total de 21 chercheurs. L'ERMOS a effectué trois rencontres au cours de l'année avec l'ensemble des chercheurs. Les règles d'acceptation et de maintien comme membre de l'ERMOS sont toujours en vigueur et restent appliquées malgré la création du Réseau.

Le site web de l'équipe de recherche est très consulté pour un site aussi spécialisé. Du premier avril 2016 au 31 mars 2017, nous avons enregistré 313 500 visites dont 11% étant des personnes qui ont consulté plus d'une fois. En moyenne, 2.78 pages sont visionnées par chacun des visiteurs avec un total de 11 500 pages visionnées. Ils proviennent de 73 pays (80% du Canada, 7% des États-Unis, 3% de la France). La durée moyenne d'une connexion est de 2 minutes. Nous allons par ailleurs modifier le site. Après une réflexion avec Marie-Pier Frenette (communication), [www.recherchesoinspalliatifs.ca](http://www.recherchesoinspalliatifs.ca) deviendra la page du RQSPAL et le site de l'ERMOS actuel sera hébergé directement dans le site de la MMS. Il s'agit d'un gros chantier de l'année 2017-2018 et qui perdurera dans l'année 2018-2019.

Nous avons publié un total de 43 articles scientifiques, 2 chapitres de livres, 3 rapports institutionnels et 3 entrevues et autres publications.

Les activités régionales ont également connu un succès, dont la douzième journée scientifique annuelle scientifique annuelle de l'ERMOS et la première du RQSPAL. Neuf rencontres scientifiques ont été effectuées au cours de l'année 2017-2018. La mise en place du RQSPAL a produit un grand changement dans la diffusion et le transfert de connaissances de nos activités scientifiques. En effet, nous avons opté pour de la « web-diffusion ». Nous croyons que cela va permettre à un plus grand nombre de personnes partout au Québec de se connecter à nos activités. De plus, cela nous permet de les enregistrer pour ensuite les téléverser sur notre chaîne Youtube.

La journée scientifique fut, encore une fois, un franc succès avec 185 participants présents (un record). La journée fut hautement appréciée et l'évaluation de la journée fut la plus élevée jamais obtenue. La session « rapide-fire » où des étudiants présentaient leurs projets en 3 minutes fut très appréciée. Il est important de mentionner que, comme un des mandats du RQSPAL est de faire de la diffusion de résultats et dans une optique d'attirer le plus de gens possible, le coût d'inscription à la journée fut grandement réduite avec une somme « symbolique de 20\$ ». Pour la quatrième année, nous avons obtenu les crédits de formation continue pour les médecins ainsi que pour les infirmières. Cette procédure longue et fastidieuse nous a apporté plusieurs participants de l'extérieur de notre réseau de contacts. L'expérience sera donc reconduite l'année prochaine. Cette journée fut tenue le 3 novembre 2017 à l'Université Laval et avait pour titre: ***La douleur en soins palliatifs : enjeux et nouvelles avancées***. Nous prévoyons tenir un total de 10 activités scientifiques pour l'année 2018-2019.

Dans la dernière année, plusieurs projets de recherche majeurs ont reçu un financement des organismes canadiens de recherche. Également, plusieurs dizaines d'articles ont été rédigés et des dizaines de conférences dans des congrès nationaux et internationaux ont été présentées. Il est important de mentionner que la formation d'étudiants gradués en recherche se poursuit activement. Par contre, le financement de la recherche au Canada se fait de plus en plus rare. Plusieurs chercheurs chevronnés de notre équipe de recherche n'ont pas obtenu de financement par des organismes et diminuent de façon importante leur personnel de recherche.

L'ERMOS continue présentement son travail actif pour rechercher des sources de financement qui assureront la pérennité de l'infrastructure de l'équipe de recherche. Les demandes en cours, pour assurer la pérennité, ont déjà porté fruit et assurent présentement le fonctionnement minimal de l'équipe. Ces démarches se poursuivent activement pour renforcer et augmenter le financement ce qui assurera le développement de nouveaux projets de recherche pilote. Néanmoins, étant donné la création du RQSPAL une réflexion stratégique devra être menée au cours de la prochaine année.

L'ERMOS a comme objectif également d'améliorer le transfert de connaissances de ses résultats et compte également poursuivre et accroître ses collaborations régionale, nationale, et internationale dans le secteur de la recherche avec tous les partenaires intéressés.

### ***Projet de rayonnement international***

Dans le cadre d'un appel de projet de la Commission permanente de coopération franco-québécoise (CPCFQ), la Maison Michel-Sarrazin a déposé en 2017-2018 le projet *VIVRE SA FIN DE VIE À DOMICILE - Regards croisés franco-québécois sur les meilleures pratiques bénévoles et innovations solidaires*. Cet important projet de coopération franco-québécoise est en cours de route incluant plusieurs visites de partages déjà exécutées avec nos homologues français. Une activité de transfert de connaissance a été faite en mai 2018 au congrès annuel de l'Association québécoise de soins palliatifs et une autre aura lieu au colloque annuel de l'association française de soins palliatifs. Ce projet vise le partage et la description d'initiatives bénévoles et solidaires en soins palliatifs de part et d'autre de l'Atlantique. L'équipe de projet est chevronnée et les premiers constats bien établis. Les résultats finaux de la démarche sont attendus en cours d'année 2018-2019. L'action bénévole en soins palliative est significative au Québec comme en France et ce genre d'exercice renforce les liens et les complicités entre les différents organismes voués à cette tâche.



### ***Sécurité des soins et services***

La Maison Michel-Sarrazin fait de la sécurité des soins et des services, une priorité absolue. Le comité de gestion des risques a pour mandat général de coordonner les activités relatives à la gestion des risques, en soutenant notamment l'action des gestionnaires, en établissant des mécanismes de partage d'information, en identifiant et en analysant les risques d'incidents ou d'accidents, et en assurant la mise en place d'un système de surveillance adéquat. Chaque incident ou accident est analysé et un registre local des est tenu, incluant une déclaration des événements évités de justesse. Ces données sont entrées dans le registre national. Des rapports trimestriels sur la sécurité des soins aux patients sont déposés au comité de gestion de risques, puis au comité de la vigilance et de la qualité et au Conseil d'administration.

Pour l'exercice 2017-2018, le comité de gestion des risques était composé des personnes suivantes :

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, *directeur général*

Madame Geneviève LÉVEILLÉ, *directrice générale adjointe, secrétaire*

Madame Lynda BEAUDOIN, *coordonnatrice du Centre de jour*

Madame Diane BILODEAU, *coordonnatrice des bénévoles aux soins et à l'accueil* Madame

Jacinthe BOUCHARD, *ergothérapeute*

Docteure Odette DÉSILETS, *chef du service de médecine*

Madame Pauline DÉSILETS, *représentante du comité des familles (de décembre 2017 à mars 2018)*

Madame Brigitte FOURNIER, *coordonnatrice des services administratifs et de soutien*

Madame Martine LEROUX, *coordonnatrice des soins infirmiers*

Madame DIANE LEVESQUE, *représentante du comité des familles (d'avril à novembre 2017)*

Madame Louise SAINT-AMAND, *représentante du CA du bénévolat*

Le comité a tenu quatre (4) réunions régulières en 2017-2018. Les principaux dossiers abordés ont été : l'adoption des rapports trimestriels sur la sécurité des soins, le suivi des recommandations qui en découlent, le suivi de l'état d'avancement du plan triennal 2015-2018 d'amélioration de la sécurité des soins aux patients (PASS) qui démontre que 100% des actions retenues ont été complétées ou amorcées, la présentation du PASS 2018-2021, qui regroupe 50 actions à être mises en œuvre, la présentation de l'INFOPASS, bulletin trimestriel sur la sécurité des soins et des services rédigé à l'intention du personnel et des bénévoles et émis après la sortie de chacun des rapports trimestriels.

L'analyse des incidents et accidents est l'un des éléments majeurs des rapports trimestriels. Les incidents et accidents déclarés se répartissent essentiellement en trois grandes catégories soient, les événements indésirables qui sont en lien avec l'administration des médicaments, les chutes et les lésions de pression. D'autres types d'évènements indésirables moins fréquents y sont aussi recensés dont les événements sentinelles pour lesquels une analyse détaillée est faite, des recommandations sont émises et des suivis sont assurés. De plus, un suivi est assuré dans les cas où des événements indésirables surviennent en lien avec l'utilisation des équipements. À chaque année, une analyse prospective est réalisée. Pour l'année 2017, elle a porté sur l'utilisation sécuritaire du tabac et de la cigarette électronique par les patients.

Les processus de gestion de la médication à la Maison Michel-Sarrazin font l'objet d'une grande vigilance qui se traduit par l'élaboration et l'application de procédures rigoureuses tant du côté des médecins, des pharmaciennes que des infirmières. Le tableau qui suit présente l'évolution des indicateurs en lien avec l'administration des médicaments.

### Indicateurs des événements indésirables liés à l'administration de la médication

	2016-2017		2017-2018	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Nbre total des événements	36	41	43	30
Nbre d'incidents évités de justesse	4		6	4
Nbre (%) d'accidents avec conséquence	40%	41%	43,8%	29,2%
Tx d'év. ind. / Nbre de doses (%)	0,06%	0,04%	0,07%	0,05%
Tx d'év. ind. / 1000 J.P.	25,6	29,4	19,3	12,5
Tx de divulgation-événements	100%	95,4%	100%	100%

Les chutes chez les personnes en fin de vie sont souvent inévitables, compte tenu de la perte d'autonomie graduelle qui les affecte et des choix cliniques que nous inspire le respect de nos valeurs de soins. Néanmoins, tous les efforts sont déployés pour réduire au minimum ces événements non souhaités. Il y a trois ans, un plan de prévention des chutes a été créé à la MMS et la grille de prévention des chutes, qui en fait partie intégrante, a été déployée et mise en œuvre, autant au niveau de la Maison qu'au Centre de jour. Le tableau qui suit illustre l'évolution des indicateurs relatifs aux chutes.

### Indicateurs sur les chutes

	2016-2017		2017-2018	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Nbre de chutes	24	29	29	10
Nbre de pts ayant chuté	19	20	16	9
Tx de chutes avec conséquences (%)	54%	59%	44,4%	33,3%
Tx de chutes / 100 admissions	22,3	26,1	25,1	13,1
Tx de chutes /1000 J.P.	9,5	12	12,3	4,1
Tx de pts ayant chuté / Nbre de pts adm.	20,5%	22%	14%	8,9%
Tx de pts avec chutes multiples (%)	31,5%	35%	32,5%	12,5%
Tx chutes multiples / Nbre de chutes (%)	45,6%	58,6%	66,9%	20%
Tx de divulgation (événements applicables) (%)	95%	100%	100%	100%

### Indicateurs sur les lésions de pression

	2016-2017		2017-2018	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Taux d'incidence des lésions de pression de stade 3 ou plus /1000 J.P.	1,7	0,81	1,6	4,5

La prévention des infections fait également l'objet de beaucoup d'attention. Le comité de prévention des infections s'est réuni à 4 reprises. Il suit le plan d'action élaboré pour l'année et met à jour régulièrement les protocoles et procédures de prévention des infections. Il assure une grande vigilance pour éviter toute éclosion d'infections nosocomiales. Il arrive que des personnes malades soient porteuses de certaines infections lors de leur admission, mais grâce aux mesures de prévention mises en place, aucune infection nosocomiale (SAG, influenza, SARM, *clostridium difficile* ou ERV) ne s'est déclarée. Des audits sur l'hygiène des mains et en hygiène et salubrité sont, entre autres, réalisés annuellement. Un programme intégré de la qualité en hygiène et salubrité, volet opérationnel, est en vigueur, de même qu'une procédure de prévention et contrôle des infections pendant les travaux d'entretien ou de rénovation.

Le plan de mesures d'urgence a été revu et le *Guide d'intervention en sécurité civile et mesures d'urgence* a été complètement révisé. Il a été diffusé dans l'ensemble de l'établissement, pour lecture avec signature. Des exercices en lien avec les mesures d'urgence sont régulièrement faits, qu'il s'agisse d'exercices théoriques ou pratiques, et d'exercices d'application de la liste pyramidale d'appels en cas d'urgence. De la formation par la conseillère en mesures d'urgence du CHU et de la formation en ligne sur le code rouge ont aussi été offerts à l'ensemble du personnel et des bénévoles.

Un protocole d'utilisation des mesures de contrôle est présentement en élaboration. Il sera présenté aux comités de gestion des risques et de vigilance et de la qualité à l'automne 2018 et de la formation en ce sens, à l'intention du personnel des bénévoles, est déjà prévue.

### ***Satisfaction de la clientèle***

C'est en 2007 que nous avons commencé à transmettre à des membres de famille, quelques mois après le décès d'un de leurs proches, un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des services reçus, tant à la Maison qu'au Centre de jour ou au suivi de deuil. Ce questionnaire a été complètement refait au début de l'exercice 2017-2018 et il est dorénavant offert en version électronique. Cette démarche a été réalisée avec l'implication de toutes les équipes et aussi des membres du comité des familles. La responsable des plaintes a participé étroitement à la refonte du questionnaire de satisfaction de la clientèle.

Des envois sont faits à tous les mois aux proches des personnes décédées 2 mois auparavant. Le taux de réponse à ce nouveau questionnaire (58%) est supérieur à celui que nous obtenions par la version postale que nous acheminions auparavant, et le taux de satisfaction demeure très élevé à 96,5%. Parmi les personnes qui ont complété le sondage, 99% d'entre elles recommanderaient la Maison Michel-Sarrazin.

Tous les commentaires ou suggestions sont pris en compte et sont traités soit par la direction, soit par la responsable des plaintes et de la qualité.

### ***Plaintes***

La responsable du traitement des plaintes, Madame Marie Breton, remet annuellement un rapport au conseil d'administration sur les dossiers qu'elle a traités. Au cours de l'année 2017-2018 aucune plainte n'a été reçue.

C'est par le formulaire d'évaluation de la satisfaction des services, complété par les proches de la personne décédée, que des suivis sont effectués advenant que soient énoncés des commentaires moins favorables ou relatant des situations sur lesquelles nous souhaitons revenir afin d'apporter les correctifs appropriés au besoin.

Les motifs des interventions portent particulièrement sur les relations interpersonnelles (comportement/attitude) et les soins et services dispensés. La responsable du traitement des plaintes a assuré le suivi de 3 situations, dont une plus particulière, au cours du présent exercice. Les recommandations qui en ont découlé ont été mises en œuvre avec promptitude.

Le processus de traitement des plaintes est diffusé aux personnes malades et à leurs proches, grâce à un dépliant explicatif présenté dans le *Guide des familles*, qui est aussi disponible dans des présentoirs disposés à la Maison et au Centre de jour.

### ***Rapport de la Direction générale sur l'application de la Loi sur les soins de fin de vie.***

Conformément à la loi 2 (art. 13 et 72) sur les soins de fin de vie, la MMS offre des soins palliatifs incluant la sédation palliative continue à la clientèle référée mais n'exerce pas l'aide médicale à mourir dans ses murs. La direction s'assure que les mécanismes d'évaluation et de référence nécessaires convenus avec les établissements publics de la région 03 et 12 sont en place pour répondre à une éventuelle demande formulée par un malade admis. Le conseil d'administration a d'ailleurs adopté une politique et un programme de soins palliatifs et de fin de vie qui précisent ces aspects et dont la Direction générale voit à l'application. La Direction voit aussi à ce que la clientèle référée soit informée précisément, avant son admission, des soins palliatifs offerts à la Maison Michel-Sarrazin. De multiples entretiens et formations ont été offerts sur le sujet. La Direction générale s'assure que les informations émises par le MSSS soient partagées à l'interne de la Maison.

Du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018, 4 aides médicales à mourir ont été formulées. Les personnes ont été accompagnées, suivies, évaluées et référées selon la politique de l'organisation pour obtenir le soin dans le milieu de leur choix.

Pour la même période, 14 sédations palliatives continues ont été administrées conformément aux protocoles prescrits.

## **III – SITUATION FINANCIÈRE**

La MMS est en bon contrôle de ses dépenses, comme en font foi les états financiers vérifiés partiellement reproduits dans les pages qui suivent. Les revenus de fonctionnement de la Maison Michel-Sarrazin proviennent principalement des sources suivantes :

- Une contribution majeure de la Fondation de la Maison Michel-Sarrazin, qui comble la différence entre les dépenses annuelles de la Maison et ses autres sources de revenus, ce qui fait que la Maison termine ses exercices financiers sans déficit ni surplus. Cette contribution de la Fondation a atteint 2 368 836 \$ sans l'enseignement la formation et la recherche pour l'exercice 2017-2018, soit 53% de tous les revenus de la Maison ;
- Une subvention annuelle du Ministère de la santé et des services sociaux via le CIUSSS de la Capitale-Nationale, représentant 38% des revenus totaux ;
- Des subventions spécifiques et des contributions de partenaires dédiées à des projets d'enseignement et à la recherche ;
- Quelques revenus auto-générés, comme des prestations de régimes privés d'assurance de la clientèle, la facturation d'activités de formation, de publications et de services connexes.

Les dépenses de fonctionnement se répartissent entre les soins (58,6%), les services d'hébergement (20,1 %), la formation et l'enseignement (5,7%), la recherche (2,1%) et l'administration (13,5%). La masse salariale représente 85,6% de toutes les dépenses, les autres charges se répartissant principalement entre les fournitures médicales et les médicaments (3,4%), le service des repas (1%), l'hébergement et l'entretien du bâtiment (4%), les fournitures générales en administration, formation et recherche (6,4%).

Par ailleurs, il faut noter l'impact financier non négligeable de la présence de plus de 350 bénévoles, qui se retrouvent dans toutes les sphères d'activités : accompagnement auprès des patients, suivi de deuil, concerts, entretien, pliage du linge, réception, secrétariat, jardinage, sollicitation philanthropique, etc. On évalue que leur implication a atteint près de 49 000 heures en 2017-2018. Calculé à un taux horaire de 15 \$, ce bénévolat représente une contribution valant plus de 730 000 \$.

Le fonds d'investissement est constitué des immobilisations, incluant les équipements et le mobilier. La Maison n'a contracté aucune dette sur ses actifs immobiliers. Les principales sources de revenus du fonds d'investissement sont une subvention annuelle du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour le maintien des actifs (45 013 \$) et des contributions spécifiques de la Fondation, en fonction des besoins et des dons dédiés reçus.

La Maison a procédé en 2017-2018 à l'acquisition d'immobilisations pour une valeur de 131 522\$.

Rapport des auditeurs externes pour les états financiers au 31 mars 2018.  
(Voir document en annexe).

#### **IV – GOUVERNANCE**

##### ***Conseil d'administration***

Le conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin était composé, en 2017-2018, des personnes suivantes :

Madame Jocelyne GUAY, *présidente*

Monsieur Louis CHANTAL

Madame Marie-José CÔTÉ

Madame Clémence DALLAIRE

Madame Lyse LANGLOIS

Monsieur Jean G MORENCY, *président du CA de la Fondation*

Madame Sylvie MARCOUX, *secrétaire*

Monsieur Hugues MATTE

Monsieur Bernard MORIN, *trésorier*

Monsieur Sylvain POULIOT, *vice-président*

Monsieur André-Guy RACINE, *président du CA du Bénévolat*

Madame Michèle TOURIGNY

Monsieur André VIEN

Docteur Alain-Philippe Lemieux, *directeur général, membre d'office sans droit de vote.*

Afin d'assumer pleinement ses responsabilités, le conseil d'administration a tenu, au cours de l'année 2017-2018, cinq rencontres régulières et deux réunions spéciales, dont une où il a rencontré les gestionnaires de la Maison et les chefs de service.

Les 13 administrateurs qui composent le conseil possèdent les compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Ils ont assisté aux rencontres avec assiduité. Au cours de l'année, en lien avec la mission et les responsabilités qui lui incombent, le conseil d'administration a adopté des résolutions et a exercé avec vigilance un suivi des principaux dossiers stratégiques.

Ainsi, le conseil a fait un suivi semestriel de l'état d'avancement du plan d'action de la planification stratégique 2013-2018, avec le constat que la planification stratégique en cours est réalisée selon les prévisions convenues. Le conseil a par ailleurs mis en place, dès septembre 2018, un comité responsable d'élaborer la planification stratégique 2018-2021. Ce comité, présidé par Michèle Tourigny, a fait périodiquement rapport au conseil au cours de l'année. Le projet de plan stratégique 2018-2021 sera déposé pour analyse lors de la réunion stratégique des trois conseils (Maison, Fondation et Bénévolat) le 6 juin prochain, en vue de son adoption par le CA de la MMS le 13 juin 2018.

Le projet de rénovation et d'améliorations fonctionnelles de la Maison continue de constituer un enjeu majeur pour le Conseil ; la réalisation du projet demeure un objectif important et figure parmi les préoccupations constantes du CA. Le 1<sup>er</sup> mars 2017, les trois conseils d'administration (Maison, Fondation et Bénévolat), sur la base du bilan des revenus déposé par le comité de finances de la Fondation, avaient pris solidairement la décision de reporter le projet à une date ultérieure afin de laisser à la Fondation le temps de mettre en place sa restructuration. Une rencontre stratégique des trois conseils est prévue le 6 juin 2018 : la MMS présentera alors un plan d'améliorations modifié et les prochaines étapes seront à nouveau discutées à la lumière de la capacité financière de la Fondation et des plus récents échanges avec les instances règlementaires dont la Ville de Québec et le ministère de la Culture et des Communications.

Le conseil est toujours attentif au fonctionnement de ses comités. À cet égard, les présidents des comités du conseil ont été invités à chaque réunion à présenter le suivi des travaux effectués depuis la dernière rencontre.

Le conseil se prépare de façon continue à la prochaine visite d'Agrément Canada, prévue pour juin 2020. Il veille à ce que ses règles de gouvernance soient toujours en accord avec les normes les plus à jour de l'organisme d'agrément.

Le Conseil, par ailleurs, a suivi de près l'application de la Loi 2 sur les soins de fin de vie. Le directeur général a présenté à chaque rencontre un état de situation sur les enjeux que cette loi soulève au quotidien pour les malades de la Maison, pour l'équipe de soins et pour l'équipe de liaison de la Maison. Le directeur général a également déposé au Conseil les rapports périodiques que doit fournir l'établissement sur l'application de la Loi 2 aux instances concernées. Enfin, il a informé le Conseil d'un programme de formation destiné aux intervenants de la MMS pour les guider et les soutenir dans l'accompagnement à donner aux malades qui expriment le désir d'en finir avec la vie.

Le Conseil s'est tenu informé des dossiers en lien avec la position stratégique de la MMS et de ses interrelations avec le réseau. A titre d'exemple, le directeur général a fait part régulièrement au conseil des travaux du comité de coordination régionale en soins palliatifs, dont il est membre. Le Conseil a été mis au fait des réalisations en matière de recherche, dont l'obtention d'une subvention majeure du Fonds de recherche du Québec-Santé pour la mise en place d'un réseau provincial de recherche en soins palliatifs et de fin de vie, largement développé sous l'initiative de l'équipe de recherche de la Maison Michel-Sarrazin. Le projet de création d'un éventuel Institut universitaire en soins palliatifs a été expliqué. La participation de la Maison Michel-Sarrazin à un nouveau projet de coopération franco-québécoise sur le bénévolat en soins palliatifs a également été présentée.

Enfin, le Conseil a adopté la révision du *Règlement général de la Maison Michel-Sarrazin*, celle du *Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et des comités*, et celle du *Comité des familles : composition et fonctionnement*. Il s'est aussi acquitté de ses obligations habituelles telles que l'examen des rapports sur la sécurité des soins et la satisfaction de la clientèle, le suivi du plan d'amélioration de la sécurité des soins, l'adoption du rapport sur le maintien de l'équité salariale, l'examen des états financiers périodiques, l'adoption du budget, l'adoption des états financiers vérifiés, le renouvellement des membres des comités d'éthique clinique et de la recherche, les nominations au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, l'adoption des rapports annuels des comités qui relèvent de sa compétence et l'adoption du rapport annuel de la responsable du traitement des plaintes et de la qualité.

### ***Comités et conseils relevant du conseil d'administration***

La structure de fonctionnement du conseil d'administration comprend les comités suivants :

- comité exécutif ;
- comité de vigilance et de la qualité ;
- comité de gouvernance et de mise en candidature ;
- comité d'audit ;
- comité de révision (*ad hoc*).

Par ailleurs, la Loi ou les normes en vigueur prévoient la constitution de certains conseils et comités, qui fonctionnent de manière indépendante mais qui doivent rendre compte de leurs activités au conseil d'administration :

- conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ;
- comité des familles (équivalent du comité des usagers prévu à la Loi) ;
- comité d'éthique clinique ;
- comité d'éthique de la recherche.

### **Comité exécutif**

Le comité exécutif était constitué en 2017-2018 des administrateurs et administratrices suivants :

Madame Jocelyne GUAY, *présidente*

Madame Marie-José CÔTÉ

Madame Sylvie MARCOUX, *secrétaire*

Monsieur Bernard MORIN, *trésorier*

Monsieur Sylvain POULIOT, *vice-président*

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, *directeur général*, membre d'office sans droit de vote

André-Guy RACINE, *président du Bénévolat*, invité d'office sans droit de vote

Le comité exécutif soutient le directeur général dans la gestion des activités courantes. Il agit comme comité des ressources humaines et traite de sujets tels que l'évaluation du directeur général, les politiques relatives à la gestion du personnel - incluant la politique de rémunération et d'avantages sociaux - et les plans de relève pour le directeur général et les gestionnaires. Il traite aussi des pratiques de gestion des bénévoles, en lien avec la corporation du Bénévolat Michel-Sarrazin.



Au cours de l'exercice 2017-2018, le comité exécutif a tenu trois réunions régulières et trois réunions à huis clos. Sous la responsabilité de la présidente du CA, il a participé à l'évaluation annuelle du rendement du directeur général, fixé sa rémunération et déterminé les priorités stratégiques pour l'année 2018-2019 du directeur général en concertation avec ce dernier. Il s'est prononcé sur une proposition de modification de la structure administrative, sur une révision du programme d'appréciation et de développement des compétences du personnel rémunéré et sur certains autres enjeux de ressources humaines.

### **Comité de vigilance et de la qualité**

Le comité de vigilance et de la qualité était formé en 2017-2018 des personnes suivantes :

Madame Clémence DALLAIRE, *présidente* et administratrice

Monsieur Sylvain POULIOT, *administrateur*

Madame Louise BEAULIEU, *membre du Comité des familles*

Madame Marie BRETON, *responsable du traitement des plaintes et de la qualité*

Madame Geneviève LÉVEILLÉ, *directrice générale adjointe, gestionnaire des risques*

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, *directeur général*

Ce comité, prévu dans la Loi, reçoit et analyse les recommandations relatives au processus de traitement des plaintes ou sur les plaintes, en particulier, celles relatives au respect des droits des patients et de leurs proches, celles relatives à la pratique professionnelle et celles relatives à la pertinence, à la qualité, ou à la sécurité des soins et services dispensés par la Maison Michel-Sarrazin. Il s'assure que le suivi de ces recommandations est fait par les instances concernées et fait rapport au conseil d'administration.

Le comité a tenu quatre réunions au cours de l'exercice 2017-2018. Les principaux dossiers traités par le comité sont les suivants :

- Suivi de la politique sur la prévention des plaies de pression et leur déclaration ;
- Suivi de la politique sur la prévention des chutes et leur déclaration ;
- Examen des rapports trimestriels sur la sécurité des soins, incluant l'analyse des incidents et accidents reliés à l'administration des médicaments, l'incidence des chutes et les circonstances de leur survenue, l'incidence des plaies de pression, les événements associés à l'usage de petits équipements, les recommandations émises et le suivi de ces recommandations ;
- Suivi de l'implantation d'un nouveau questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle administré par voie électronique et examen des rapports trimestriels de satisfaction ;
- Suivi semestriel de l'avancement du plan d'action en lien avec le plan d'amélioration de la sécurité des soins ;
- Adoption d'une analyse prospective réalisée par la gestionnaire des risques et par le comité de gestion des risques portant sur l'utilisation sécuritaire du tabac et de la cigarette électronique par les patients ;
- Analyse de plusieurs tableaux de bord contenant des indicateurs de qualité et sécurité, y compris le tableau de bord destiné au CA et un tableau sur l'état des équipes.

Finalement, le comité a reçu et analysé plusieurs autres rapports ayant trait à la qualité et à la sécurité, notamment ceux du comité de gestion des risques, du comité de prévention et contrôle des infections, de prévention de la maltraitance, du comité sur les mesures d'urgence et de la responsable du traitement des plaintes et de la qualité.

## **Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Le comité de gouvernance et de mise en candidature était constitué en 2017-2018 des personnes suivantes :

Madame Marie-José CÔTÉ, *présidente et administratrice* ;

Madame Lyse LANGLOIS, *administratrice* ;

Monsieur André VIEN, *administrateur* ;

Ce comité a pour mandat, entre autres, de réviser périodiquement le *Règlement général de la Maison Michel-Sarrazin*, le *Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et ses comités*, le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*; de soumettre, à son initiative ou à la suite de suggestions des membres du conseil d'administration, des candidatures pour occuper les postes vacants d'administrateur; de faire des recommandations au conseil d'administration pour la nomination des dirigeants; de proposer et de mettre à jour les modalités du programme d'orientation des administrateurs; d'élaborer les critères visant le processus d'évaluation périodique du rendement de la gouvernance.

Le comité a tenu trois rencontres formelles au cours de l'exercice 2017-2018 de même que plusieurs rencontres informelles et échanges écrits concernant les diverses questions faisant l'enjeu de son mandat.

Les principales réalisations du comité sont les suivantes :

- Le travail de révision et de refonte du *Règlement général* et du *Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et ses comités* a été finalisé et les versions révisées de ces règlements ont été adoptées par le conseil d'administration lors de sa réunion du 14 février 2018 ;
- Le texte public sur la gouvernance a été révisé en mars 2018 pour tenir compte de ces modifications et placé sur le site web de la MMS ;
- Le processus relatif à l'évaluation du rendement individuel des administrateurs, initié en juin 2016, s'est terminé par la tenue des rencontres entre les administrateurs, la présidence et la direction générale au printemps 2017 ;
- Afin de pourvoir les postes qui devenaient vacants au conseil d'administration et au comité exécutif en raison du départ annoncé de deux administrateurs, le comité a recommandé, à la suite de discussions avec la présidence et la direction générale, la nomination de deux administrateurs (Madame Michèle Tourigny et Monsieur Hugues Matte), lesquels sont entrés en fonction à la suite de leur nomination par les membres réunis en assemblée générale annuelle le 14 juin 2017
- Le comité a aussi recommandé la nomination de Monsieur Sylvain Pouliot au comité exécutif, à titre de vice-président, recommandation adoptée par le conseil d'administration en juin 2017 ;
- Enfin, des discussions préliminaires visant à combler deux autres postes d'administrateurs ont eu lieu en mars 2018 en prévision de l'assemblée générale des membres du 13 juin 2018.

## **Comité d'audit**

Le comité d'audit était formé en 2017-2018 des personnes suivantes :

Monsieur Louis CHANTAL, *président et membre du conseil d'administration*

Monsieur Bernard MORIN, *trésorier et membre du conseil d'administration*

Monsieur Hugues MATTE, *membre du conseil d'administration*

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, *directeur général, membre d'office sans droit de vote*

Le comité d'audit soutient le conseil d'administration dans la surveillance des contrôles financiers et de présentation de l'information financière de la Maison Michel-Sarrazin. Il surveille également le respect par la corporation de ses engagements financiers ainsi que des exigences légales et réglementaires régissant les questions de présentation de l'information financière, de gestion des risques financiers et de conformité réglementaire.

Le Comité d'audit a tenu 6 réunions en 2017-2018. Le comité a :

- examiné les états financiers périodiques de la Maison,
- validés les contrôles internes et les contrats émis,
- établi les paramètres budgétaires et participé à la finalisation du projet de budget 2018-2019,
- révisé les politiques salariales des cadres et celle des employés,
- analysé les états financiers et le sommaire de l'audit déposé par les vérificateurs pour 2017-2018.

Le comité a aussi procédé à l'analyse des demandes de modifications du Ministère de la Culture et des communications à l'égard des plans et devis du projet d'agrandissements et a fait ses recommandations au CA de la Maison.

Il a convenu du renouvellement du contrat d'assurance collective avec l'Industrielle Alliance suite à l'analyse des différents scénarios proposés par notre courtier M. Nicolas Côté.

Il a procédé aux recommandations pertinentes au CA concernant les enjeux d'une construction immédiate ou non et assuré un suivi des travaux d'un groupe de travail concernant l'analyse d'une alternative financièrement viable au projet d'agrandissement.

Contrats de services de plus de 25 000\$ entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018 :

Contrats avec une personne physique : 0

Contrats avec une personne morale : 1

## **Comité de révision**

Le comité de révision a pour fonction de réviser, sur demande, le traitement accordé à l'examen d'une plainte par le médecin examinateur. Dans le contexte du faible nombre de membres du CMDP, un comité de révision différent est nommé chaque fois (*ad hoc*) qu'il y a une demande de révision, dans le but de s'assurer chaque fois de l'indépendance et de l'impartialité des deux membres du CMDP désignés pour siéger à ce comité. Il n'y a pas eu de demande de révision en 2017-2018.

## **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)**

Le CMDP de la Maison est composé des médecins, dentistes et pharmaciens à qui le conseil d'administration a dûment accordé un statut et des privilèges afin d'exercer leur profession dans l'établissement.

Le CMDP est notamment responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, de voir à l'évaluation et au maintien de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens, de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques applicables et de donner son avis ou faire des recommandations sur les questions qui relèvent de sa compétence.

Le comité exécutif exerce les responsabilités et pouvoirs du CMDP. Le comité exécutif du CMDP était formé en 2017-2018 des personnes suivantes :

Docteure Odette DÉSILETS, *médecin et présidente*

Docteur Samir AZZARIA, *médecin*

Docteure Nancy GAUDREAULT, *médecin*

Madame Mélanie SIMARD, *pharmacienne*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne*

Madame Marie-Hélène BERGERON-BOIES, *pharmacienne*

Madame Pascale BLAIS, *pharmacienne*

Docteur Alain-Philippe Lemieux, *médecin, directeur général et directeur des services professionnels.*

Du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018, le comité exécutif du CMDP a tenu six réunions et trois comités des titres. Les principaux sujets traités ont été :

- Élection à la présidence du CMDP ;
- Nominations des chefs de services de médecine et de pharmacie ;
- Mise à jour de la tenue du dossier professionnel ;
- Adoption d'ordonnances collectives (6) et de protocoles (2) ;
- Rencontre annuelle avec les membres du CA de la MMS pour échanges suite au dépôt du rapport 2016-2017 du CMDP ;
- Loi 2 et son impact sur la MMS. Développement d'un guide pratique lors de demandes d'AMM ;
- Révision avec le comité responsable de la politique d'admission ;
- Suivi du projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle ;
- Discussions sur un projet d'équipe mobile ;
- Planification de l'offre d'enseignement et de formation ;

Comité des titres : Renouvellement des statuts et privilèges de tous les médecins oeuvrant à la MMS pour 3 ans. Nomination de trois nouveaux médecins associés pour la garde soit Dr Catherine Bouchard, Édith Larochelle et Michèle Lavoie. Départ du Dr Fernande Soucy-Hirtle et nomination régulière du Dr Nancy Gaudreault en remplacement.

Aucune plainte médicale n'a été formulée.

Par ailleurs, le CMDP est tenu par la Loi d'instaurer certains comités statutaires, dont deux ont trait à la qualité de la pratique professionnelle :

- Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ;
- Comité de pharmacologie.

## **Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CEMDP)**

Le CEMDP a pour mandat de juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires, ainsi que des services pharmaceutiques dispensés. Il doit aussi veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers cliniques soit conforme aux dispositions de la Loi et aux normes de pratique.

Le CEMDP était formé en 2017-2018 des personnes suivantes :

Docteur Samir AZZARIA, *médecin et président du comité*

Docteure Odette DÉSILETS, *médecin*

Madame Mélanie SIMARD, *pharmacie*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne*

Madame Pascale BLAIS, *pharmacienne*

Madame Marie-Hélène-Boies-Bergeron, *pharmacienne*

Le CEMDP s'est réuni à **3** reprises durant cette période, en plus de la des **4** rencontres trimestrielles conjointes avec le comité de pharmacologie élargi.

### **2 mai 2017**

- Bilan annuel des sédations palliatives continues
  - (1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017)

### **28 août 2017**

- Suivi du bilan des sédations palliatives continues
- Bilan (partiel) des décès de 2017
  - (1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> août)

### **13 mars 2018**

- Bilan des décès de 2017
- Bilan des BCM (bilan comparatifs des médicaments)
- Proposition de changement de responsable du comité
  - À partir du 1<sup>er</sup> avril 2018

**Pour l'année 2018-2019**, il est prévu de traiter les dossiers suivants

- Bilan des sédations palliatives continues
- Bilan des décès
- Conformité des BCM
- Analyse ad-hoc de décès inattendu (au besoin)

**Autres activités** à explorer en cours d'année :

- Utilisation du protocole de détresse
- Utilisation des antibiotiques
- Suivi de la conformité aux REEOP (règles d'émission et d'exécution des ordonnances pharmaceutiques)
- Nouveau projet à évaluer : traitement du delirium

### **Sédation palliative continue**

Le CEMDP procède annuellement à l'évaluation de la pratique médicale de la sédation palliative continue. Du 1<sup>e</sup> avril 2017 au 31 mars 2018, 14 sédations palliatives continues ont été administrées sur 202 décès, soit un taux de 6,9%. A titre comparatif, le taux moyen depuis 2006 est de 6,3% (de 2006 à 2017 : 146 sédations continues sur 2 334 décès, pour un écart de taux de 2,7 à 10,4 % par année). Les 14 dossiers analysés étaient conformes au niveau des indications et du pronostic.

La durée des sédations palliatives continues a duré 3 jours ou moins dans tous les cas. Le consentement signé, exigé par la Loi 2, a été obtenu dans tous les cas. La déclaration obligatoire au CEMDP a été faite dans les 10 jours prescrits dans tous les cas. Il n'est observé aucune tendance significative ni à la baisse, ni à la hausse du nombre prescrit de sédations palliatives continues depuis la mise en force de la loi sur les soins palliatifs et de fin de vie en décembre 2015.

### **Comité de pharmacologie**

Le comité de pharmacologie a comme mandat de :

- Apprécier les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments ;
- Compiler trimestriellement et annuellement les événements indésirables liés à l'administration des médicaments ;
- Faire l'évaluation des dossiers de malades ayant présenté des réactions indésirables et allergies médicamenteuses ;
- Conseiller le chef du service de pharmacie sur les règles d'utilisation des médicaments ;
- Évaluer les demandes d'utilisation de médicaments de nécessité médicale particulière ou pour fins de recherche clinique et fondamentale ;
- Conseiller le chef du service de pharmacie dans la sélection des médicaments pour utilisation courante.

Le comité de pharmacologie était formé en 2017-2018 des personnes suivantes :

Mme Isabelle Beaulieu, présidente, pharmacienne

Madame Martine Leroux, coordonnatrice des soins infirmiers

Docteur Samir Azzaria, médecin

Madame Isabelle Beaulieu, pharmacienne

Madame Pascale Blais, pharmacienne

Madame Marie-Hélène Boies-Bergeron, pharmacienne

Docteure Odette Désilets, médecin

Docteure Nancy Gaudreault, médecin

Madame Josée Boily, pharmacienne

Madame Mélanie Simard, pharmacienne

Lorsqu'il analyse les événements indésirables liés à l'administration des médicaments, le comité invite l'infirmière conseillère clinique et la gestionnaire des risques.

Le comité a tenu 29 réunions régulières au cours de l'exercice 2017-2018 et quatre réunions du comité de pharmacologie élargi pour l'étude des incidents/accidents médicamenteux. Les principaux sujets traités sont les suivants :

- Plusieurs discussions de cas cliniques intéressants. Ces discussions prennent maintenant une place importante dans les réunions du comité de pharmacologie et permettent à tous les membres d'échanger au sujet des défis rencontrés dans le soin de nos patients.
- Présentations des résidents ou externe en médecine (6) et en pharmacie (5).
- Informations et discussions diverses sur les médicaments, leurs usages, leurs effets indésirables et les avis de Santé Canada.

- Étude des incidents/accidents médicamenteux.
- Déclaration des incidents B (échappée belles).
- Révision du budget de la pharmacie et discussion au sujet des augmentations et diminutions.
- Gestion de la situation de pénurie de médicaments.
- Révision de 5 ordonnances collectives.
- Révision de 2 protocoles.
- Élaboration et révision de guides de prescription et élaboration de tableaux pour les ordonnances de médicaments par les pousses-seringues.
- Discussion et présentation de l'échelle RASS utilisée lors de sédations palliatives continues.
- Discussions sur l'utilisation du propofol intra-veineux pour la sédation.
- Discussions sur les pompes à perfusion et les pousses-seringues.
- Discussions cliniques sur le glaucome et l'administration des gouttes ophtalmiques en fin de vie.
- Discussion et présentation de l'échelle CPOT pour l'évaluation de la douleur chez les malades incapables de communiquer.
- Révision du 5<sup>ième</sup> guide pratique de soins palliatifs pour l'administration de médicaments par voie sous-cutanée et intra-rectale.
- Suivi des nouvelles dispositions de Santé Canada entourant l'ordonnance de méthadone.
- Mise à jour de la politique et procédure de gestion de la crème kétamine-lidocaïne.
- Suivi de l'implantation des FADM.
- Révision des politiques et procédures des bilans comparatifs des médicaments.

### **Comité des familles**

Le Comité des familles rend compte de son mandat au conseil d'administration et fait office de comité des usagers, tel qu'il est prévu par la Loi. La mission de ce comité vise trois objectifs: promouvoir l'amélioration des services offerts aux personnes malades et aux familles; représenter les intérêts collectifs de ceux-ci; soutenir un malade ou un proche dans ses démarches auprès de l'institution.

Le Comité des familles est composé de deux membres élus pour trois ans par l'ensemble des proches convoqués en assemblée d'élection et de quatre membres cooptés.

Les membres actuels sont :

Madame Pauline DÉSILETS, *présidente*

Madame Louise BEAULIEU, *secrétaire*

Madame Rita LABERGE, *membre coopté*

Madame Claudette HAMEL, *membre coopté.*

Madame Lévesque DIANE, *membre coopté*

Madame Micheline VANDAL, *membre coopté*

Le Comité des familles a tenu dix réunions au cours de l'exercice 2017-2018. Les principaux sujets traités et les réalisations sont :

- Diffusion du dépliant et d'autres informations sur le rôle du comité auprès des personnes malades et de leurs proches en appliquant le projet de support des aidants par des visites d'accueil ;
- Participation à bâtir et analyser un nouveau questionnaire de satisfaction sur les services reçus à la Maison auprès des familles endeuillées ;
- Suivi des suggestions reçues dans les boîtes à suggestions du comité ;



- Représentation du point de vue des familles à la Direction générale ainsi que sur différents comités de la MMS : Comité de vigilance et de la qualité, Comité de gestion des risques, Comité de direction élargi, comité sur le Livre des témoignages, comité de révision du guide d'accueil des patients à la Maison ;
- Avis sur divers sujets apportés par la direction générale ;
- Promotion d'un projet de massage sur chaise pour les aidants ;
- Présence régulière de membres du comité à la Maison et au Centre de jour, pour faire connaître le comité aux personnes malades et aux proches, et pour répondre à leurs besoins ;
- Présence régulière de membres aux messes commémoratives (deux fois par année) ainsi qu'à la messe hebdomadaire, aux activités de formation, aux activités sociales de la Maison ;
- Participation à des associations ou comités régionaux ou provinciaux (congrès, colloques, formations) (ex : réseau des Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, Regroupement provincial des comités des usagers et des résidents, Conseil pour la protection des malades, Réseau québécois de soins palliatifs).

### **Comité d'éthique clinique**

Le comité d'éthique clinique était formé en 2016-2017 des personnes suivantes :

Docteur Pierre-Jacob DURAND, *médecin gériatre, président*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne. MMS*

Madame Floriane DOSTIE, *infirmière, formée en éthique et en santé communautaire*

Docteur Alain-Philippe Lemieux, *directeur général MMS, secrétaire*

Monsieur Gilles NADEAU, *prêtre, MMS*

Monsieur Louis-André RICHARD, *professeur de philosophie*

Madame Fernande ROUSSEAU, *avocate*

Docteure Nancy GAUDREAU, *médecin*

Madame Colette SOULARD, *infirmière*

Monsieur Réjean BOIVIN, *Docteur en philosophie et éthicien*

Monsieur Jean-Denis MOFFET, *proche d'une personne décédée à la Maison*

Le comité d'éthique clinique a pour mandat d'élaborer les positions éthiques de la Maison Michel-Sarrazin et d'éduquer et de sensibiliser le personnel et les bénévoles aux questions d'éthique clinique.

Le comité, en 2017-2018, s'est réuni à trois reprises. Il s'est penché sur les impacts de l'application de la Loi 2 sur les soins palliatifs et de fin de vie. Notamment, il a pris connaissance des impacts au quotidien de la loi sur la vie de la Maison, des malades et des intervenants, des besoins en matière de réflexion éthique partagée avec le comité interne sur l'application de la loi et de suggestions de thèmes à débattre pour aider la Maison à développer des formations adaptées sur l'accompagnement dans un tel contexte. À cet égard, le comité a entre autres émis un certain nombre de balises utiles dans la création de ces formations aux intervenants concernant un accompagnement de qualité dans un contexte d'aide médicale à mourir ou d'expression de la part des malades de vouloir en finir. Rappelons que la Maison a réitéré sa position d'exclure la pratique de l'aide médicale à mourir en ses murs, même dans le contexte de l'ouverture légale envers ces pratiques, tel qu'expliqué dans le document Politique et programme de soins palliatifs et de fin de vie adopté par le Conseil d'administration en février 2016.

Les membres ont émis le désir que l'information pertinente émanant de l'Institut d'éthique appliqué soit partagée entre eux car il y a souvent des activités intéressantes organisées par cet Institut qui méritent d'être connues. Il a finalement cherché à recruter un nouveau membre pour compléter sa composition.

Dans le plan d'action 2018-2019, le comité sera sollicité dans le cadre du dépôt d'une politique de la Maison et de la Fondation sur les dons. Il devra aussi donner son avis sur le renouvellement de la Politique sur les soins palliatifs et de fin de vie ainsi que sur la mise à jour du code d'éthique de la MMS.

### **Comité d'éthique de la recherche**

Le comité d'éthique de la recherche était formé en 2017-2018 des personnes suivantes Madame Fernande ROUSSEAU, *avocate et présidente du comité, expertise juridique*  
Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne, expertise scientifique biomédicale*  
Docteur Pierre-Jacob DURAND, *médecin gériatre, expertise scientifique biomédicale*  
Madame Élisabeth MAUNSELL, *PhD en épidémiologie, expertise biomédicale*  
Madame Colette SOULARD, *infirmière, expertise scientifique biomédicale*  
Monsieur Gilles NADEAU, *prêtre, expertise en éthique*  
Monsieur Louis-André RICHARD, *professeur de philosophie, représentant de la collectivité*  
Docteure Nancy GAUDREAU, *médecin, expertise scientifique biomédicale*  
Monsieur Nicolas VONARX, *professeur en sciences infirmières, expertise scientifique sociale*  
Le comité d'éthique de la recherche a pour mandat de procéder à l'évaluation éthique des projets de recherche soumis. Au cours de l'exercice 2017-2018, le comité a tenu trois réunions formelles, deux projets ont été déposés et étudiés. Le suivi d'un projet a été reconduit. Une mise à jour des suivis de projet a été déposée aux membres.

### **Éthique et déontologie des administrateurs**

Le conseil d'administration a adopté en décembre 2016 un code d'éthique et de déontologie des administrateurs révisé. Ce document (reproduit ci-dessous) formalise et précise les pratiques du conseil en matière d'intégrité et de conflits d'intérêts. Les administrateurs sont tenus de signer un formulaire d'engagement à respecter les dispositions de ce code d'éthique et de déontologie.

Aucune situation potentielle ou réelle de conflit d'intérêts n'a été portée à l'attention du conseil d'administration au cours de l'exercice 2017-2018. Aucun administrateur n'a fait de déclaration d'intérêts par rapport aux sujets traités par le conseil durant l'exercice 2017-2018.

### **Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin \***

#### **Préambule**

L'administration d'un établissement privé de santé à but non lucratif, dont le financement provient à la fois de subventions publiques et de la générosité de donateurs individuels et corporatifs, impose un lien de confiance particulier entre cet établissement et les citoyens. Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de la Maison Michel-Sarrazin pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds reçus. Dans le respect des valeurs fondamentales et de la philosophie de l'établissement, il est opportun de rassembler dans le présent code d'éthique et de déontologie les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les membres du conseil d'administration doivent tous adhérer.

---

\* Adopté au conseil d'administration du 21 mars 2011 – Révision adoptée au CA du 14 décembre 2016.

## **1. Fondements juridiques**

La Maison Michel-Sarrazin est un établissement de santé privé conventionné spécifique, au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). À ce titre, l'établissement est assujéti à certaines obligations, dont celles d'adopter un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, en vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30), code qui doit être rendu accessible au public et publié dans le rapport annuel.

## **2. Objectifs**

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration<sup>1</sup> dans l'exercice de leurs fonctions et lors des différents rapports qu'ils entretiennent entre eux, avec la communauté, les membres œuvrant au sein de la Maison Michel-Sarrazin, les patients et les visiteurs.

## **3. Devoirs et obligations**

### **Le membre du conseil d'administration :**

- 3.1 s'engage à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signe à cet effet, dès son entrée en fonction, la formule prévue à cette fin, en annexe au présent code;
- 3.2 témoigne d'un constant souci du respect de la vie humaine et des valeurs et principes régissant l'action de la Maison Michel-Sarrazin ;
- 3.3 participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement, dans le respect des ressources financières disponibles ;
- 3.4 agit de bonne foi, avec courtoisie, objectivité, rigueur, modération, honneur, dignité, probité et impartialité dans ses différents rapports relatifs à sa fonction, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
- 3.5 est loyal, intègre et de bonne foi envers les autres membres du conseil d'administration, évite tout abus de confiance ou procédés déloyaux et révèle tout renseignement ou fait aux administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre ;
- 3.6 fait preuve d'assiduité et ne doit pas, sans motif valable, faire défaut de siéger aux assemblées du conseil plus de trois séances consécutives ou plus de 50% des séances par année ;
- 3.7 prend une part active aux travaux, délibérations, décisions et à la mise en application des décisions du conseil ;
- 3.8 démontre le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de ses décisions et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées ;
- 3.9 fait preuve d'une entière discrétion à l'égard des faits dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions et fait preuve de prudence et de retenue relativement aux informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée ou conférer à une personne physique ou morale un avantage indu;
- 3.10 garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil, le respect de la confidentialité ;
- 3.11 fait preuve de discernement et d'objectivité à l'occasion de représentations publiques, et transmet fidèlement les orientations générales de l'établissement, sans préjudicier à l'obligation de réserve qui incombe à sa fonction ;
- 3.12 s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de sa participation à un comité de sélection par délégation du conseil d'administration.

#### **4. Identification de situations de conflits d'intérêts**

- 4.1 Le conflit d'intérêts est défini comme toute situation réelle ou apparente qui est objectivement de nature à compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice d'une fonction ou à l'occasion de laquelle une personne utilise ou cherche à utiliser les attributs de sa fonction pour en retirer un avantage indu ou pour procurer un tel avantage indu à une tierce personne ;
- 4.2 Le conflit d'intérêts apparent réfère à une situation donnée qui pourrait être raisonnablement interprétée par le public comme porteuse d'un conflit réel. Un conflit apparent peut exister, qu'on se trouve ou non en présence d'un conflit réel ;
- 4.3 Sans restreindre la portée de la définition de « conflit d'intérêts » énoncée à l'article 4.1 du présent code et à titre d'exemples seulement, les situations suivantes peuvent être considérées comme des situations de conflit d'intérêts :
  - a) la situation où un administrateur a directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil, autre que son intérêt d'administrateur ;
  - b) la situation où un administrateur a directement ou indirectement un intérêt dans un contrat avec l'établissement ;
  - c) la situation où un administrateur, directement ou indirectement, obtient ou est sur le point d'obtenir un contrat avec l'établissement ou un avantage personnel quelconque qui résulte d'une décision de l'établissement ;
  - d) la situation où un administrateur accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou qui souhaite traiter avec l'établissement, à l'exception des cadeaux d'usage de peu de valeur.

#### **5. Interdiction de pratiques reliées à la rémunération des membres du conseil d'administration**

##### **Le membre du conseil d'administration :**

- 5.1 ne reçoit aucun avantage financier direct ou indirect de l'établissement, à l'exception du remboursement de dépenses raisonnables légitimement encourues dans l'exercice de sa charge et conformément à la politique des frais de déplacement et d'hébergement de l'établissement ;
- 5.2 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, sa bonne foi et sa loyauté, et ce sans restreindre la généralité des devoirs et obligations ci-haut mentionnés;
- 5.3 ne doit pas verser, 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 ;
- 5.4 qui reçoit un avantage tel que décrit à l'article 5.1, comme suite à un manquement au présent code, est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu, sous réserve des autres droits, recours et sanctions qui peuvent être exercés contre ce membre en vertu du présent code, ou de toute loi.

## **6. Mesures de prévention en matière d'intégrité et de conflit d'intérêts**

### **Le membre du conseil d'administration :**

- 6.1 dissocie de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, économiques ou d'affaires ;
- 6.2 sauvegarde en tout temps son indépendance et évite toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel ;
- 6.3 ne doit pas confondre les biens de l'établissement avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers ;
- 6.4 s'abstient de manœuvrer pour favoriser son conjoint, ses enfants, des amis ou des proches ;
- 6.5 évite d'influencer ou d'intervenir, de quelque manière que ce soit, auprès d'un membre du personnel ou d'un médecin de l'établissement, dans le but d'obtenir, pour un membre de sa famille ou de la famille d'un ami, d'un collègue de travail ou de toute personne avec qui il entretient des relations privilégiées, un accès prioritaire non justifié aux services de l'établissement, ou ne respectant pas les critères ou les règles de la politique d'admission de l'établissement;
- 6.6 qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise susceptible de placer en conflit d'intérêts son intérêt personnel et celui du conseil d'administration, doit dénoncer sans délai par écrit son intérêt au président du conseil d'administration, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue ;
- 6.7 doit d'abord aviser, dès qu'il en a connaissance, et déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, sociétés, ou entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;
- 6.8 doit d'abord aviser, dès qu'il en a connaissance, et déposer devant le conseil, une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclus avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires ;
- 6.9 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, d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;
- 6.10 ne doit pas 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, ou d'influencer la décision des autres membres du conseil ;
- 6.11 ne fait pas usage de renseignements ou documents de nature confidentielle dans le but d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui ;
- 6.12 s'abstient de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration ;
- 6.13 qui est visé par une procédure judiciaire pour un délit de nature criminelle ne peut participer aux réunions du conseil d'administration ou des comités formés par ledit conseil, et ce jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue quant à l'objet de cette procédure. S'il plaide coupable ou s'il est reconnu coupable, il devient inhabile à siéger au conseil d'administration, et celui-ci peut le destituer de sa charge.

## **7. Devoirs et obligations de l'après-mandat**

### **Le membre du conseil d'administration, après l'expiration de son mandat :**

- 7.1 respecte la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil, et qui avait un caractère confidentiel ;
- 7.2 témoigne de son respect envers l'établissement, en évitant de porter atteinte à la réputation de l'établissement, de son conseil d'administration et des personnes qui y œuvrent par des propos immodérés ;
- 7.3 se comporte de façon à ne pas tirer d'avantage indu de sa charge antérieure, que ce soit en utilisant l'information confidentielle ou l'influence acquises à l'occasion de l'exercice de cette fonction ;
- 7.4 qui détient de l'information confidentielle ou privilégiée concernant une procédure, une négociation ou une autre opération impliquant la Maison Michel-Sarrazin comme partie, ne peut, dans l'année qui suit la fin de sa charge, donner de conseils ni agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à ces questions ni traiter de ce sujet avec les personnes qui y sont impliquées, sans y être autorisé par l'établissement.

## **8 Sanctions**

- 8.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir, une obligation ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction ;
- 8.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir 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 vice-président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ces deux personnes, le secrétaire auquel cas, la personne saisie de cette contravention constitue un comité formé de trois administrateurs qu'elle désigne, en s'assurant de leur impartialité par rapport à l'administrateur visé;
- 8.3 Le comité peut rejeter sur examen sommaire toute allégation qu'il juge frivole, abusive, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer le conseil d'administration lors de la première assemblée qui suit. Le conseil peut alors demander au comité d'évaluer quand même cette allégation ;
- 8.4 Le comité peut faire enquête lui-même ou désigner une ou deux personnes chargées de faire enquête relativement à la situation et aux allégations de comportement susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. Le comité doit aussi aviser l'administrateur qui est visé par cette enquête et l'informer qu'il pourra être entendu par les personnes chargées de faire enquête, le cas échéant ;
- 8.5 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 ;
- 8.6 Le membre du conseil d'administration qui fait l'objet d'une enquête relativement à une situation dérogatoire telle que ci-haut décrite ne peut participer aux réunions du conseil d'administration ou des comités formés par ledit conseil et ce, jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue quant à l'objet de l'enquête;
- 8.7 Les personnes chargées de l'enquête doivent adresser un rapport d'enquête écrit au comité ;
- 8.8 Le comité, en tenant compte des informations reçues et des conclusions du rapport d'enquête, notifie à l'administrateur soit les conclusions négatives de l'enquête, soit les manquements reprochés et la référence aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. L'avis écrit informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours de l'avis, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés ;

- 8.9 Concluant qu'un administrateur a contrevenu au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné, laquelle 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;
- 8.10 Toute sanction doit être motivée et communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

## **9 Immunité**

- 9.1 Ne peuvent être poursuivis 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 d'imposer les sanctions; l'établissement assumera, s'il y a lieu, tous les frais reliés à l'exécution de cette fonction, advenant que les personnes fassent l'objet de procédures;
- 9.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou de faire l'affirmation solennelle.

## **10 Publicité du code**

- 10.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande ;
- 10.2 Un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration est transmis par le directeur général à tous les gestionnaires de l'établissement ;
- 10.3 L'établissement doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration ;
- 10.4 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état du nombre et de la nature des signalements reçus, du nombre de cas traités et de leur suivi, de leurs décisions ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchués de leurs charges.



## ENGAGEMENT DE L'ADMINISTRATEUR

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
membre du conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, 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 la Maison Michel-Sarrazin.

Dans cet esprit, je promets de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et 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.

De plus, je déclare solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement raisonnable de mes dépenses. Je déclare également que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé(e), aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance dans l'exercice de ma fonction.

Signé à Québec, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'administrateur

## **Annexe**

---

États financiers de  
**Maison Michel-Sarrazin**

31 mars 2018

---

## Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des administrateurs de  
Maison Michel-Sarrazin

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de Maison Michel-Sarrazin, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2018, et les états des résultats, des soldes de fonds et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

### Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

### Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

**Opinion**

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Maison Michel-Sarrazin au 31 mars 2018, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

*Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.*<sup>1</sup>

Le 13 juin 2018

---

<sup>1</sup> CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A112991

**Maison Michel-Sarrazin**  
**État des résultats et des soldes de fonds**  
 Exercice terminé le 31 mars 2018

	<b>2018</b>	2017
	\$	\$
<b>Produits du fonds de fonctionnement</b>		
Financement gouvernemental – maison	<b>1 516 424</b>	1 496 262
Financement gouvernemental – centre de jour	<b>177 524</b>	175 159
Hébergement et autres	<b>233 139</b>	294 705
Dons de la Fondation de la Maison Michel-Sarrazin	<b>2 369 836</b>	2 315 380
Formation	<b>600</b>	10 349
Enseignement	<b>102 739</b>	157 249
Recherche	<b>93 771</b>	110 956
	<b>4 494 033</b>	4 560 060
<b>Charges du fonds de fonctionnement</b>		
Composante clinique	<b>1 926 865</b>	1 921 034
Hébergement	<b>692 609</b>	699 339
Administration	<b>607 626</b>	611 631
Centre de jour	<b>544 765</b>	539 409
Activités complémentaires	<b>283 451</b>	281 863
Bénévolat	<b>90 000</b>	92 176
Formation	<b>74 515</b>	81 664
Enseignement	<b>180 431</b>	221 988
Recherche	<b>93 771</b>	110 956
	<b>4 494 033</b>	4 560 060
	-	-
<b>Produits du fonds d'investissement</b>		
Amortissement des apports reportés afférents aux immobilisations	<b>414 057</b>	168 531
<b>Charges du fonds d'investissement</b>		
Amortissement des immobilisations	<b>414 057</b>	168 531
Intérêts et frais bancaires	<b>243</b>	118
	<b>414 300</b>	168 649
Insuffisance des produits par rapport aux charges du fonds d'investissement	<b>(243)</b>	(118)
Solde de fonds au début	<b>14 101</b>	14 219
<b>Solde de fonds à la fin</b>	<b>13 858</b>	14 101

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

**Maison Michel-Sarrazin**  
**État de la situation financière**  
 au 31 mars 2018

	Notes	Fonds de fonction- nement 2018 \$	Fonds de fonction- nement 2017 \$	Fonds d'investis- sment 2018 \$	Fonds d'investis- sment 2017 \$	Total 2018 \$	Total 2017 \$
<b>Actif</b>							
À court terme							
Encaisse		443 759	559 480	173 734	161 152	617 493	720 632
Débiteurs	6	297 025	152 636	41 072	64 350	338 097	216 986
Charges payées d'avance		49 897	60 195	-	-	49 897	60 195
		<b>790 681</b>	<b>772 311</b>	<b>214 806</b>	<b>225 502</b>	<b>1 005 487</b>	<b>997 813</b>
Immobilisations corporelles	7	-	-	2 236 839	2 519 374	2 236 839	2 519 374
		<b>790 681</b>	<b>772 311</b>	<b>2 451 645</b>	<b>2 744 876</b>	<b>3 242 326</b>	<b>3 517 187</b>
<b>Passif</b>							
À court terme							
Créditeurs	9	490 926	602 239	-	48 867	490 926	651 106
Apports reportés	10	299 755	170 072	200 948	162 534	500 703	332 606
Apports reportés afférents aux immobilisations	11	-	-	2 236 839	2 519 374	2 236 839	2 519 374
		<b>299 755</b>	<b>170 072</b>	<b>2 437 787</b>	<b>2 681 908</b>	<b>2 737 542</b>	<b>2 851 980</b>
Engagements		790 681	772 311	2 437 787	2 730 775	3 228 468	3 503 086
Solde de fonds		-	-	13 858	14 101	13 858	14 101
		<b>790 681</b>	<b>772 311</b>	<b>2 451 645</b>	<b>2 744 876</b>	<b>3 242 326</b>	<b>3 517 187</b>

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Au nom du conseil

, administrateur  
, administrateur

**Maison Michel-Sarrazin**  
**État des flux de trésorerie**  
 Exercice terminé le 31 mars 2018

	Notes	2018 \$	2017 \$
<b>Activités d'exploitation</b>			
Insuffisance des produits par rapport aux charges du fonds d'investissement		(243)	(118)
Éléments sans effet sur la trésorerie			
Amortissement des immobilisations		414 057	168 531
Amortissement des apports reportés afférents aux immobilisations		(414 057)	(168 531)
Amortissement des apports reportés		(55 690)	(60 407)
		<u>(55 933)</u>	<u>(60 525)</u>
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement d'exploitation	4	(270 993)	124 742
		<u>(326 926)</u>	<u>64 217</u>
<b>Activités d'investissement</b>			
Acquisition d'immobilisations corporelles		(131 522)	(389 898)
<b>Activités de financement</b>			
Apports reportés reçus		223 787	110 778
Apports reportés afférents aux immobilisations reçus		131 522	389 898
		<u>355 309</u>	<u>500 676</u>
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie et des équivalents de trésorerie		(103 139)	174 995
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début		720 632	545 637
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin</b>		<u>617 493</u>	<u>720 632</u>

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.