



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020
Juillet 2020

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 2019-2020* 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 2020.



Alain-Philippe Lemieux Directeur
général

Diffusion

Ce présent *Rapport annuel de gestion 2019-2020* a été adopté lors de l'assemblée ordinaire du conseil d'administration du 08-07-2020. 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

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	3
Mission.....	3
Mandat.....	3
Vision	3
Valeurs	4
Services et activités	4
Plan d'organisation.....	6
II – FAITS SAILLANTS ET BILAN DE L'ANNÉE	8
Planification stratégique	8
Projet d'agrandissement et de rénovations fonctionnelles.....	8
Évolution des activités.....	9
Formation, enseignement, centre de documentation et publications	11
Recherche.....	12
Projet de rayonnement international.....	13
Sécurité des soins et services.....	13
Satisfaction de la clientèle	16
Plaintes	16
Rapport de la direction générale sur l'application de la Loi sur les soins de fin de vie	17
III – SITUATION FINANCIÈRE (voir annexe)	18
IV - GOUVERNANCE	19
Conseil d'administration	19
Comités et conseils relevant du conseil d'administration.....	21
Comité des ressources humaines.....	21
Comité de vigilance et de la qualité	24
Comité de gouvernance et de mise en candidature.....	25
Comité d'audit.....	26
Comité de révision	27
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	27
Comité de pharmacologie.....	29
Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CEMDP).....	30
Sédation palliative continue	30
Comité des familles.....	31
Comité d'éthique clinique	32
Comité d'éthique de la recherche	32
Éthique et déontologie des administrateurs	33
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin	33

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

L'année 2019-2020 s'est inscrite pour les 11 premiers mois dans la continuité des actions amorcées depuis l'adoption du plan stratégique 2018-2021 en juin 2018 suite aux travaux menés par un comité spécifique du Conseil d'administration mandaté à cet effet, avec la collaboration de la Direction générale.

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 gestion des ressources humaines et la relève dans tous les secteurs. En collaboration étroite avec le comité ressources humaines du conseil d'administration, nous avons revu nos pratiques à ce chapitre. Plusieurs outils précis et formations spécifiques ont été offerts aux gestionnaires. Un véritable changement de culture s'est opéré depuis un an à ce niveau que ce soit en matière de planification de la main-d'œuvre, de recrutement, de rétention, de gestion du climat de travail. Nous nous sommes préparés intensément à la visite d'Agrément Canada, qui devait avoir lieu en juin 2020. Tous les comités de travail ont été à pied d'œuvre pour cette intense préparation. 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 depuis mars 2017 pour des raisons financières mais aussi à cause d'exigences significatives de la part du Ministère de la Culture et des communications, a fait l'objet d'intenses travaux durant l'année. Deux projets distincts mais complémentaires ont été planifiés sous la responsabilité de la Direction générale. Un premier groupe de travail a finalisé les plans et devis pour le réaménagement des chambres. Un permis de construction a été demandé à la Ville de Québec pour réaliser ces travaux à partir de juin 2020. Un deuxième groupe avec le soutien de notre gérant de projet, la firme L'Intendant, a réalisé et déposé aux autorités concernées la phase de concept du deuxième projet soit un agrandissement de la Maison pour agrandir le centre de jour, les installations de formation, la cuisine et les espaces cliniques. Ce projet respecte en tous points les exigences des autorités de la Maison ainsi que celles de la Ville de Québec et du Ministère de la culture et des communications. Nous avons eu récemment une réponse positive à notre projet qui est accepté formellement par les deux instances. Il nous reste à planifier l'échéancier de réalisation des deux projets.

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. 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 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. Ce réseau sera en demande de renouvellement de financement au cours de la prochaine année. La Maison, de plus, contribue à l'essor des soins palliatifs tant par une programmation complète d'enseignement pré et post-gradué qu'en formation continue. Elle travaille en ce sens en collaboration étroite avec ses partenaires et particulièrement avec l'Université Laval, auprès de laquelle, en collaboration avec des représentants de deux facultés (médecine et sciences sociales) elle a déposé en décembre 2019 une demande formelle pour développer un Institut universitaire de soins palliatifs et de fin de vie à l'Université Laval.

Malheureusement, ces belles réalisations ont été bouleversées en fin d'année par la survenue de la pandémie de la COVID-19 depuis la mi-mars 2020. Beaucoup d'incertitudes se sont rapidement développées autour de ces différents projets face à la crise majeure et mondiale liée à la COVID-19. Le Conseil d'administration de la MMS a dû à regret finalement reporter tous les travaux planifiés aux immobilisations à plus tard. Agrément Canada a reporté sa visite à l'automne 2021 sans pouvoir préciser la future date exactement. Les activités de financement de la Fondation ont aussi été presque toutes reportées. La Maison a réorganisé ses activités en mode urgence pandémique. Le centre de jour a été fermé temporairement. Cependant, certaines activités se continuent et s'intensifient à distance ou de façon virtuelle. La Maison est considérée comme un service essentiel par les autorités sanitaires et accueille toujours des personnes en soins palliatifs tout en respectant scrupuleusement les consignes de santé publique. Les mesures appropriées de prévention des infections et de protection ont été mises en place. Compte tenu des consignes de confinement à la maison pour les 70 ans et plus, nous avons perdu temporairement la majorité de nos bénévoles, ce qui a obligé une réorganisation complète du travail particulièrement au niveau de notre accueil et des soins aux malades avec du personnel rémunéré. La gestion de la présence des visiteurs et la limitation de la circulation dans la Maison ont été renforcées en cohérence avec les consignes régionales de santé publique pour limiter les risques d'éclosion. Le conseil d'administration de l'organisation et sa direction sont très conscients des impacts négatifs qu'a cette pandémie et les mesures de santé publique imposées sur le fonctionnement de la Maison, mais tous sont solidaires et volontaires à continuer à offrir à la population des soins palliatifs de qualité malgré ces contraintes.

Le conseil d'administration a souligné les 35 ans de la Maison et les 20 ans du centre de jour cette année en procédant au changement de nom du Centre de jour en Centre Bonenfant-Dionne en hommages aux fondateurs de l'œuvre Michel-Sarrazin.

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'excellentes collaborations partagées 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 malgré cette période de grand bouleversement et d'incertitude.



Jocelyne Guay
Présidente du conseil d'administration



Alain-Philippe Lemieux
Directeur général

I – PRÉSENTATION DE LA MAISON MICHEL-SARRAZIN

La Maison Michel-Sarrazin (MMS) 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

La mission de la MMS est de soigner, de soulager et d'accompagner du début à la fin de la trajectoire palliative des personnes atteintes de cancer recherchant une meilleure qualité de vie, d'offrir du soutien à leurs proches tout au long de leur parcours jusqu'après le décès 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

La Maison Michel-Sarrazin a un triple mandat de soins, d'enseignement et de recherche en soins palliatifs, en s'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

La vision de la MMS 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.

- Le principe de **dignité** réfère à la valeur intrinsèque de tout être humain. Elle implique que chaque personne malade est considérée comme un être unique et que tous sont égaux en dignité. 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 à la personne malade une identité et à une autonomie qui lui sont propres, c'est-à-dire le droit à l'acceptation de ses choix, de ses modes d'expression, de ses réactions, de son intimité et de son intégrité physique et morale. Le respect lui 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, libres et éclairées.
- La **compassion** consiste à se laisser toucher par la souffrance de l'autre, sans se laisser submerger, ni paralyser. Elle 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 Bonenfant-Dionne (centre de jour)** en soins palliatifs s'adresse aux personnes qui n'attendent plus de guérison de leur maladie cancéreuse et qui vivent à domicile. Il offre à ces personnes et à leurs proches l'opportunité d'améliorer la qualité de la vie qui leur 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 sont définis selon les préférences et les besoins de chacun. Ils sont assurés en interdisciplinarité et dispensés en complémentarité et en soutien aux services des CLSC et des médecins traitants. Ceci 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 en 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 maintien 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 sollicités comme conférenciers ou animateurs dans différents congrès ou activité 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, s'est créée 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. Il y a 4 ans, 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. Sa production de connaissances s'est multipliée et rayonne à travers le Québec et ailleurs dans le monde.

Plan d'organisation

Le plan d'organisation permet de bien répondre aux objectifs du plan stratégique 2018-2021 et aux besoins de gestion courante.

La liste qui suit présente les différentes fonctions administratives et leur titulaire pour l'exercice 2019-2020 :

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*

Monsieur François TARDIF, *coordonnateur de la recherche*

Madame Sophie GINGRAS, *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 les chefs de service ou chefs d'équipe, dont voici la liste :

Docteure Nancy GAUDREAULT, *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 52 000 heures cette année. Que ce soit auprès des malades admis ou des invités du Centre Bonenfant-Dionne, 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
Professionnels				
Employés MMS (17,97 = temps complet)	2	23	27	52
Prêt de service		6	0	6
Médecins et dentistes	2		5	7
Total				65
Personnel administratif et de soutien				
Employés MMS (12,38 = temps complet)	3	15	16	34
Personnel d'encadrement				
Employés MMS (5,24= temps complet)	1	5		6
Recherche et bénévolat				
Chercheurs, professionnels, assistants, étudiants				250
Bénévoles				431
GRAND TOTAL	8	49	48	786

II – FAITS SAILLANTS ET BILAN DE L'ANNÉE

Planification stratégique

Suite à une démarche rigoureuse de consultation tant à l'interne qu'à l'externe, le comité du Conseil d'administration responsable de l'élaboration de la planification stratégique 2018-2021 a déposé son rapport pour adoption, le 13 juin 2018. L'équipe de direction et le conseil d'administration ont élaboré un plan d'action triennal pour actualiser la réalisation des grandes orientations de ce plan. Voici les grandes lignes de ce plan stratégique 2018-2021, guidé par le thème suivant :

Composer avec l'incertitude : s'adapter pour évoluer.

Ce nouvel exercice met bien l'accent sur les enjeux et défis multiples que rencontre la Maison après 34 ans d'existence. Composer avec l'incertitude devient pour nous une position stratégique entraînant plusieurs adaptations à la réalité du monde des soins palliatifs de 2020. L'idée d'adaptation traduit nos efforts et nos qualités de ténacité, de patience, de constance et de détermination dans nos actions et dans nos choix. De façon plus spécifique, notre plan stratégique repose sur les six (6) grandes orientations suivantes :

1. Demeurer une référence de soins et d'accompagnement centrés sur la qualité de vie des personnes sous nos soins et de leurs proches.
2. Assurer l'attraction, la rétention, le développement et le bien-être au travail de notre personnel et de nos bénévoles.
3. Appuyer, par nos pratiques et nos services en constante évolution, le déploiement accru des soins palliatifs, particulièrement à domicile.
4. Réaliser un projet d'amélioration et de modernisation des installations selon les besoins et les ressources financières disponibles.
5. Demeurer un lieu reconnu d'excellence et d'innovations.
6. Assurer le développement et la pérennité de la MMS sur le plan financier

Cette démarche a permis à l'organisation de se repositionner sur certains dossiers sensibles. L'offre exclusive de soins palliatifs à des personnes atteintes de cancer a été rediscutée. Cependant, la position de rester dans le créneau du cancer a été maintenue pour des raisons épidémiologiques, historiques et aussi après consensus avec nos partenaires externes de soins. La position de la MMS d'offrir en ses murs des soins palliatifs sans aide médicale à mourir a aussi été maintenue tout en respectant la loi en cours et la volonté des personnes malades.

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

Le bilan 2019-2020 de cette planification est très positif : sur 100 actions prévues, 61% ont déjà été rencontrées et 24% sont amorcées.

Projet d'agrandissement et de rénovations fonctionnelles

Le projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle, planifié depuis 9 ans et déposé dans sa forme finale aux trois conseils d'administration en mars 2017, a été reporté pour des raisons financières, malgré un travail assidu et méthodique pour en arriver à une proposition finale répondant aux besoins de la Maison. Le projet a été revu afin d'en réduire les coûts, en modifier l'approche de gestion et ses échéanciers. Les modalités de financement ont aussi été révisées. Les travaux ont été estimés le plus précisément possible à 4 millions. Cet investissement significatif doit permettre de régler tous les enjeux liés aux espaces physiques, tout en assurant le développement anticipé de la mission de la MMS et assurer sa pérennité à long terme. Les revenus

de la Fondation ne permettraient pas actuellement de garantir cette pérennité si l'investissement exigé était consenti aujourd'hui. Un nouveau mode de financement est en préparation sous forme de grande campagne philanthropique pour envisager la rénovation des chambres en 2020 et l'agrandissement en 2021. Cependant, les incertitudes liées à la pandémie de COVID-19 ont obligé le conseil d'administration à reporter ces travaux à un moment ultérieur plus propice.

Les besoins anticipés demeurent cependant les suivants :

- Améliorer les services et la qualité du séjour pour les personnes malades et leurs proches (salon plus intime, chambres réaménagées, accueil moins bruyant, cuisine aux normes, agrandie et plus fonctionnelle, fenêtres changées, etc.)
- Améliorer la fonctionnalité et la confidentialité des locaux pour les professionnels ;
- Ajouter un ascenseur entre les étages de la Maison, pour faciliter la circulation en fauteuil roulant pour les personnes à mobilité restreinte entre le Centre Bonenfant-Dionne et la Maison et faciliter le transport du matériel et des équipements ;
- Accroître la capacité du Centre Bonenfant-Dionne de 50% (passage de 10 à 15 places quotidiennes pour les invités) et améliorer les espaces pour les services aux personnes malades et leurs proches ;
- Permettre l'élargissement de la gamme de services offerts, notamment le déploiement via le Centre Bonenfant-Dionne de services qui viennent en appui à un maintien à domicile de qualité.
- Améliorer et adapter les locaux de formation pour répondre à la demande, loger un éventuel Institut universitaire de soins palliatifs et permettre le déploiement de nouvelles technologies de formation à distance ;
- Permettre de rapatrier sur le site principal l'équipe de la Fondation.

La MMS est construite sur une parcelle de terrain du Domaine Cataract, site patrimonial cédée par bail emphytéotique. Un plan particulier d'urbanisme pour Sillery a par ailleurs été voté depuis quelques années. En conséquence, le Ministère de la Culture et des communications a émis des exigences très strictes à l'égard du traitement architectural du projet, particulièrement en ce qui concerne les hauteurs du nouveau bâtiment envisagé et de ses aspects visuels. Ces exigences, déjà acceptées dans le concept déposé aux instances décisionnelles seront prises en compte dans les plans et devis finaux.

Il sera, par ailleurs, nécessaire, compte tenu des délais, de s'assurer que les plans et devis définitifs demeurent actuels et réalisables. Il faudra de plus anticiper, le cas échéant, leur mise à niveau.

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, 516 demandes ont été adressées à l'équipe de liaison pour 187 admissions. Des durées de séjour plus longues pour certains patients ont contribué à diminuer l'accessibilité à de nouvelles personnes en cours d'année, le taux d'occupation étant maximal autour de 90%. La durée moyenne de séjour est en légère hausse à 26,9 jours. Le tableau suivant démontre l'évolution des admissions depuis les 5 dernières années.

Évolution des admissions et profil des personnes admises

	<i>2015/2016</i>	<i>2016/2017</i>	<i>2017-2018</i>	<i>2018-2019</i>	<i>2019-2020</i>	<i>Cumulatif 1985/2019</i>
Nombre d'admissions	165	183	210	194	187	8 490
# de femmes	94	106	126	108	106	4 463
# d'hommes	71	77	84	86	81	4 026
Âge moyen	69,6	71,4	71	71	74	67
Provenance						
du domicile	51,5%	48 %	58,6%	58,2%	66,8%	48%
d'un hôpital	48,5%	52 %	41,4%	43,8%	33,2%	52%
Durée moyenne du séjour (en jours)	29	28,5	22,8	25,5	26,9	18,8
Taux d'occupation	93%	90,3 %	87%	89%		
Décès	163	183	202	196	177	8231
Départs *	2	4	6	7	11	241

* 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 Bonenfant-Dionne se maintient dans sa capacité d'accueil. On y reçoit en moyenne 14 invités et proches par jour. Le nombre de proches qui passent la journée avec l'invité s'est légèrement réduit. Le nombre de décès en cours d'année a diminué mais ceux-ci sont survenus concentrés sur les mêmes journées. Cela a eu un impact sur la stabilité émotionnelle des invités restant. Le nombre de visites totales a augmenté pour les invités mais a légèrement diminué pour les proches dont la condition générale les limitait dans leur assiduité.

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

	<i>2015/2016</i>	<i>2016/2017</i>	<i>2017-2018</i>	<i>2018-2019</i>	<i>2019-2020</i>	<i>Cumulatif 2000/2019</i>
Nombre d'inscriptions	129	129	106	94	96	2 451
# de femmes	73	83	39	49	63	1 340
# d'hommes	56	46	67	45	33	1 111
Âge moyen	69	68	68	68	69	68
Occupation moyenne par jour (invités seulement) seulement)	11,3	11	11	10	10	11
Nombre de visites (invités)	2 738	2 707	2 596	2 520	3 154	
Nombre moyen de visites par	21	28,2	25	27	25	24
Présences des proches	889	931	736	774	753	
Décès		98	88	81	58	

Formation, enseignement, centre de documentation et publications

Au cours de l'exercice 2019-2020, plusieurs activités de formation et d'enseignement ont été offertes par le service de la formation, notamment 32 ateliers de formation en présentiel à la Maison Michel-Sarrazin, 8 formations sur demande (en déplacement chez le client), 29 stages, de même que 35 rencontres de divers groupes de développement professionnels.

L'acquisition d'équipement permettant l'utilisation d'une plate-forme web en 2020 permet une offre de service de formation à distance plus versatile tout en continuant d'offrir les services aux clients par visioconférence. Cet équipement s'avère indispensable en temps de pandémie.

Faits saillants 2019-2020:

L'équipe du service de la formation et du centre de documentation est désormais composée de 8 personnes dont 6 bénévoles. Ces bénévoles soutiennent la responsable ainsi que la secrétaire du service dans de multiples tâches.

4 nouvelles formations du domaine des soins cliniques ont été ajoutées à la programmation du répertoire.

L'ensemble des 28 formations du domaine des soins cliniques ont été accréditées par la Faculté de médecine de l'Université Laval (applicable pour les médecins).

Six représentants de la MMS ont participé à la rédaction de 4 articles pour les Cahiers francophones de soins palliatifs.

Suite au travail minutieux d'archivage réalisé par l'équipe du centre de documentation et dans le but de conserver précieusement les documents faisant état des origines de la Maison, l'Université Laval a accepté de conserver en ses murs le Fonds historique de la MMS. L'équipe du centre de documentation a également classé et numérisé tous les documents audio visuels pertinents qui ont été créés depuis la fondation de la MMS.

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). En 2017, l'équipe a reçu la reconnaissance et le financement comme Réseau thématique Québécois de recherche en Soins Palliatifs et de Fin de Vie – RQSPAL. La mise en place de ce réseau intégré de plus de 250 personnes (61 membres réguliers, 69 membres associés et plus de 120 étudiants inscrits au cycle supérieur), a permis la consolidation des forces vives en recherche en SPFV au Québec. L'ERMOS est le pilier central de ce nouveau réseau et permet d'envisager une association productive avec la MMS et les autres partenaires institutionnels du Québec pour les années à venir.

L'année 2019-2020 a été caractérisée par une augmentation du nombre de chercheurs (+ 8 chercheurs réguliers et + 15 chercheurs associés) au sein du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie - RQSPAL. En somme, ce fut une excellente année pour le développement et la consolidation de la recherche en soins palliatifs au Québec. Voici les principaux faits saillants :

- 1- Consolidation du rôle de leader national du RQSPAL. Cela place l'ERMOS dans une position de leadership au niveau provincial et solidifie l'infrastructure de recherche, incluant le salaire du coordonnateur. Le coordonnateur est donc rémunéré à la hauteur de quatre jours par semaine par le RQSPAL et un jour par semaine par la Maison Michel-Sarrazin – MMS. De nombreux liens et partenariats furent créés au cours de la dernière année, dont plusieurs à l'international.
- 2- Départ à la retraite académique de Serge Dumont et départ à la retraite au niveau de la recherche de Lise Fillion. De plus, Marie-Claude Blais a réorienté sa carrière pour ne faire que de la clinique et a abandonné sa charge universitaire.
- 3- Départ à la retraite également de la Dre Michèle Aubin, au printemps 2020, qui quitte ainsi le poste de titulaire de la chaire en soins palliatifs de la Faculté de médecine, poste qui a été transféré à la Dre Lynn Gauthier, chercheure régulière de l'ERMOS et du RQSPAL.
- 4- Un projet de recherche fut financé via la Chaire de Soins palliatifs et de fin de vie lors du concours de projets pilotes. Le RQSPAL en a financé trois à la grandeur du Québec.
- 5- Nous avons tenu deux rencontres de chercheurs réguliers.
- 6- Nous avons alimenté grandement les médias sociaux ainsi que notre chaîne YouTube. Après seulement trois années d'existence, nous pouvons maintenant affirmer que le RQSPAL se place dans le top 3 des réseaux thématiques provinciaux en termes de capacité à rejoindre la population générale.
- 7- Nous avons publié un total de 54 articles scientifiques/chapitres de livres/entrevues.
- 8- Des membres de l'ERMOS ont participé à différents dossiers prioritaires, dont le nouveau centre hospitalier (NCH).
- 9- Nous avons obtenu plusieurs prix, nominations et bourses d'étude (11 au total) pour les membres de l'ERMOS. Nous avons tenu 11 conférences de diffusion de travaux de recherche (conférence RQSPAL- ERMOS). Un total de 367 participants ont assisté à ces conférences de partout au Québec grâce à la webdiffusion (+51 sur un an).
- 10- La journée scientifique fut, encore une fois, un succès. Au total, 165 personnes étaient présentes à l'Université Laval le 4 octobre 2019.

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 s'est finalisé en juin 2019 par un rapport final dont les résultats ont été dévoilés au congrès annuel de la SFAP (Société française de soins palliatifs) à Paris. Plusieurs visites de partages ont été en cours d'année exécutées avec nos homologues français. Une activité de transfert de connaissance avait été faite en mai 2018 au congrès annuel de l'Association québécoise de soins palliatifs. Plusieurs autres activités de transfert de connaissance ont été organisées particulièrement avec des partenaires communautaires au Québec. 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 reconnue et les principaux constats recherchés étaient bien établis. L'action bénévole en soins palliatifs 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. Un colloque sur l'impact du bénévolat en soins palliatifs au Québec est prévu à l'automne 2020 si les rassemblements sont possibles en suivi de cette recherche.

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 événements est tenu, incluant une déclaration des événements évités de justesse. Ces données sont enregistrées 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 puis au Conseil d'administration.

Pour l'exercice 2019-2020 le comité de gestion des risques était composé des personnes suivantes :

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, *directeur général, président du comité*

Docteur Samir AZZARIA *représentant des médecins*

Madame Geneviève LÉVEILLÉ, *directrice générale adjointe, secrétaire*

Madame Lynda BEAUDOIN, *coordonnatrice du Centre de jour*

Madame Louise BEAULIEU, *représentante du Comité des familles*

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

Madame Geneviève DORVAL, *ergothérapeute*

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

Madame Martine LEROUX, *coordonnatrice des soins infirmiers*

Madame Sylvie LEBREUX, *représentante du comité des familles*

Monsieur René MOISAN, *représentant du CA du bénévolat*

Le comité a tenu quatre (4) réunions régulières en 2019-2020. 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 d'amélioration de la sécurité des soins aux patients (PASS) 2018-2021 (qui au 31 mars 2020, démontre un état d'avancement très satisfaisant), 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. Ont aussi été déposés auprès du Comité de gestion des risques et du Comité de vigilance et de la qualité, les documents suivants : l'analyse prospective 2019 portant sur les « Risques de piégeage associés à l'utilisation combinée lit/surface de lit » et la « Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité » dans sa version révisée, de même que le rapport annuel en découlant. De la formation en lien avec le « Protocole des mesures de contrôle » (qui a été déposé au printemps 2019) a été donnée aux membres du personnel et professionnels concernés les 10 et 17 juin 2019.

L'analyse des incidents et accidents est l'un des éléments majeurs des rapports trimestriels. Les incidents et accidents déclarés se répartissent essentiellement en quatre grandes catégories soient, les événements indésirables en lien avec l'administration des médicaments et avec l'utilisation des équipements, les chutes et les lésions de pression. D'autres types d'événements indésirables moins fréquents y sont aussi recensés dont les événements sentinelles et les événements de niveau de gravité E2 pour lesquels une analyse détaillée est faite, avec émission de recommandations et suivis rigoureux. Un seul accident a été traité à titre d'événement sentinelle au cours de l'exercice 2019-2020.

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

	2018-2019		2019-2020	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Nbre total des événements (inc./acc.)	63	46	74	41
Nbre d'incidents évités de justesse	14	3	23	8
Taux (%) d'accidents avec conséquences	26,5%	30,2%	25,6%	29,2%
Tx (%) d'év. ind. / Nbre de doses	0,08%	0,06%	0,08%	0,05%
Tx d'év. ind. / 1000 J.P.	25,2	19,3	30,2	16,4
Tx de divulgation-événements	100%	100%	97,5%	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 quatre ans, un plan de prévention des chutes a été créé de toutes parts à la MMS et la grille de prévention des chutes, qui en est partie intégrante, a été déployée et mise en œuvre, autant au niveau de la Maison qu'au Centre de jour. Ce plan de prévention est actuellement en processus de mise à jour, bien que les ajustements requis y soient apportés en continu. Le tableau qui suit illustre l'évolution des indicateurs relatifs aux chutes.

Indicateurs sur les chutes

	2018-2019		2019-2020	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Nbre de chute (Maison et C. de jour)	29	35	18	29
Nbre de pts ayant chuté (Maison)	16	22	17	20
Tx de chutes avec conséquences (%) (M et CJ)	34,4%	37,1%	55,5%	65,5%
Tx de chutes / 100 admissions (Maison)	28,5	37,6	17,6	34,1
Tx de chutes /1000 J.P.(Maison)	10,3	14	7,3	11,5
Tx de pts ayant chuté / Nbre de pts adm. (%)	17,5%	21,3%	16,6%	23,5%
Tx de pts avec chutes multiples (%) (Maison)	50%	22,7%	17,6%	15%
Tx chutes multiples / Nbre de chutes (%) (M)	50%	48,5%	38,8%	20 6%
Tx de divulgation (événements applicables) (%)	100%	100%	100%	96,1%

La prévention et le traitement des lésions de pression font l'objet d'observations et de suivis rigoureux tels que définis dans le « Plan de prévention des lésions de pression ».

Indicateurs sur les lésions de pression

	2018-2019		2019-2020	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Taux d'incidence des lésions de pression de stade 3 ou plus /1000 J.P.	3,5	1,6	2	3,5

La prévention des infections fait également l'objet de beaucoup d'attention. Le comité de prévention des infections s'est réuni à 3 reprises. Il suit le plan d'action élaboré pour l'année et reçoit et adopte régulièrement les protocoles et procédures de prévention des infections qui lui sont acheminés via le CIUSSSCN. 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 éclosion (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.

On ne peut passer sous silence le fait que l'exercice 2020 s'est terminé alors que la pandémie liée à la COVID-19 venait d'être décrétée : cette situation a entraîné de nombreux ajustements et la mise en œuvre de mesures de prévention rigoureuses afin d'assurer la protection de la clientèle tout comme celle des employés et des bénévoles œuvrant à la Maison. À ce jour, aucun cas d'infection à la Covid-19 n'a été diagnostiqué en nos murs.

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 en 2017. 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 en lien avec l'application de la liste pyramidale d'appels en cas d'urgence. Au moment de déposer le présent rapport, nous sommes toujours en attente des disponibilités que doivent nous fournir les préventionnistes qui nous sont prêtés par le CHU, afin que nous puissions tenir, sous leur observation et leur évaluation, un exercice général d'évacuation.

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. Pour l'exercice 2019-2020 le taux de réponse obtenu aux 231 envois faits est de 46,4% et le taux de satisfaction demeure très élevé à 99%. Parmi les personnes qui ont complété le sondage, 100% 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:

Introduction

La responsable aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de veiller au respect des droits des usagers et au traitement diligent de leurs plaintes.

Cette responsabilité lui est dévolue par la Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q. chap. S-4.2)

Rôle

La responsable aux plaintes et à la qualité est appelée à exercer son rôle de différentes façons :

- 1) Elle reçoit, analyse et, le cas échéant, fait des recommandations suite à une plainte. Précisons qu'une plainte est une insatisfaction transmise par un usager ou son représentant concernant les services reçus, auraient dû recevoir, reçoit ou requiert.
- 2) Elle fait une intervention sur demande s'il lui est signalé une situation qui porte ou risque de porter préjudice à un patient ou groupe de patient ou fait une intervention de sa propre initiative si elle est témoin d'une situation qui semble porter ou risque de porter préjudice au patient. Dans ce type d'intervention, il ne s'agit pas d'une plainte formelle mais d'un questionnement sur une situation qu'elle doit clarifier.
- 3) Elle accompagne un patient ou son représentant qui veut être soutenu dans le dialogue qu'il souhaite entreprendre ou poursuivre avec la Maison Michel Sarrazin. Il s'agit ici d'une demande d'assistance.
- 4) Elle répond aux demandes d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, sur les droits des usagers et sur l'amélioration de la qualité des services. Il s'agit ici d'une demande de consultation.

Rapport d'activités

Pendant l'année 2019/2020, il n'y a pas eu de plainte formelle mais la responsable du traitement des plaintes a fait 3 interventions auprès de membres de familles qui l'ont interpellée pour mieux saisir des situations perçues comme complexes ou incompréhensibles. Ses interventions ont permis d'entendre les personnes et de leur expliquer la nature des soins, entre autres les exigences liées aux mesures de protection et de limites des visites imposées par les autorités sanitaires en temps de pandémie. Ses suggestions et commentaires constructifs ont été acheminées aux personnes ou aux services concernés.

Par ailleurs, la responsable a travaillé, en collaboration avec Mme Geneviève Léveillée, à partir d'un canevas préparé par Mme Jacinthe Bouchard, sur la mise à jour de la politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

Conclusion

Selon la responsable de la gestion des plaintes la Maison Michel Sarrazin a une façon de fonctionner qui favorise la qualité de vie de sa clientèle. Cependant il est important de demeurer vigilant à identifier des améliorations possibles et d'en effectuer le suivi.

Divulgence d'actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible n'a été signalé ou divulgué.

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^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, 4 demandes d'aides médicales à mourir ont été formulées sur place et deux demandes d'AMM avaient déjà formulées par le malade avant son admission. Cinq malades ont été transférées dans un autre milieu avec son accord et celui de ses proches pour avoir l'AMM et une personne a plutôt demandé une sédation palliative continue. Les personnes ont été accompagnées, suivies, évaluées et référées avec la plus grande attention selon la politique de l'organisation à cet égard pour obtenir le soin dans le milieu de leur choix.

Pour la même période, 26 sédations palliatives continues ont été administrées conformément aux protocoles prescrits. Il est noté une augmentation progressive des sédations palliatives continues depuis 5 ans. La détresse psychologique demeure la raison principale de l'utilisation de ce type de soins.

III- SITUATION FINANCIÈRE

La MMS est en bon contrôle de ses dépenses, comme en font foi les états financiers pour 2019-2020 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 2 312 367 \$ sans l'enseignement la formation et la recherche pour l'exercice 2019-2020, soit 50% 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 41% 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 (58,1%), les services d'hébergement (21,5%), la formation et l'enseignement (5,7%), la recherche (1,8%) et l'administration (13%). La masse salariale représente 86,8% de toutes les dépenses, les autres charges se répartissant principalement entre les fournitures médicales et les médicaments (2,5%), le service des repas (2,5 %), l'hébergement et l'entretien du bâtiment (4,1%), les fournitures générales en administration, formation et recherche (4,1%).

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 plus de 51 838 heures en 2019-2020. Calculé à un taux horaire de 15 \$, ce bénévolat représente une contribution valant plus de 775 000 \$.

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 (52 550,40\$) et des contributions spécifiques de la Fondation, en fonction des besoins et des dons dédiés reçus.

La Maison a procédé en 2019-2020 à l'acquisition d'immobilisations pour une valeur de 141 707\$.

Rapport des auditeurs externes pour les états financiers au 31 mars 2020.
(Voir document en annexe).

IV – GOUVERNANCE

Conseil d'administration

Le conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin était composé, en 2019-2020, des personnes suivantes :

Madame Jocelyne GUAY, *présidente*

Monsieur Louis CHANTAL

Madame Marie-José CÔTÉ

Madame Clémence DALLAIRE

Monsieur Denys FORGUES (à partir du 12 juin 2019)

Madame Marie-Andrée GIROUX (jusqu'au 31 août 2019)

Madame Lyse LANGLOIS (jusqu'au 9 avril 2019)

Monsieur Hugues MATTE

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

Monsieur Sylvain POULIOT, *vice-président*

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

Madame Line SIMARD, *trésorière*

Madame Michèle TOURIGNY

Monsieur André VIEN

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

Madame Sylvie MARCOUX, *secrétaire*, non-membre et sans droit de vote, tel que prévu au Règlement.

Afin d'assumer pleinement ses responsabilités, le conseil d'administration a tenu, au cours de l'année 2019-2020, trois rencontres régulières, soit les 12 juin 2019, 25 septembre 2019 et 12 février 2020. Lors de cette dernière réunion, les gestionnaires de la Maison et les chefs de service ont été invités à rencontrer les administrateurs pour transmettre leurs rapports d'activités et présenter les défis et projets envisagés dans leurs secteurs respectifs. Par ailleurs, une rencontre s'est tenue conjointement avec les administrateurs de la Fondation et du Bénévolat de la Maison Michel-Sarrazin le 17 avril 2019. Il est à noter que la réunion du conseil d'administration normalement tenue en mars a dû être reportée à la mi-avril en raison de la pandémie de Covid-19. Il en va de même pour une seconde rencontre des trois conseils (Maison, Fondation et Bénévolat) prévue en mars 2020.

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, la Maison élabore depuis plusieurs années, en étroite concertation avec la Fondation, un projet de rénovation et d'améliorations fonctionnelles, au coût estimé de 4 M\$. Le projet devait être amorcé à l'été 2020 par la rénovation des chambres pour un plus grand confort des malades et se poursuivre au printemps 2021 avec l'agrandissement du centre de jour, l'amélioration des espaces voués à la formation et de certains espaces dédiés à la cuisine et aux soins. Le tout devait être jumelé à une grande campagne de financement de la Fondation dont le lancement était prévu pour l'automne 2020. La situation d'urgence sanitaire ayant entraîné une réduction importante des revenus philanthropiques et des activités de la Fondation, dont le report de la grande campagne, le projet a malheureusement dû être reporté à un moment plus propice.

Le conseil se prépare de façon continue à la prochaine visite d'Agrément Canada. Le conseil veille à ce que ses règles de gouvernance soient toujours en accord avec les normes les plus à jour de l'organisme d'agrément. Il s'assure également de l'avancement des travaux des différents comités

Rapport annuel de gestion 2019-2020

mis en place pour préparer la visite. La visite d'Agrement Canada était prévue pour juin 2020; Agrement Canada a pris la décision de la reporter en raison de la pandémie. Nous sommes dans l'attente de la confirmation d'une nouvelle date à l'automne 2021. Entre temps, l'organisation est toujours agréée.

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, pour adoption, les rapports périodiques que doit fournir l'établissement sur l'application de la Loi 2 aux instances concernées. Lors de la rencontre des trois conseils, le 19 avril 2019, les administrateurs ont reçu une présentation sur le programme de formation développé par la MMS et destiné à guider et soutenir ses intervenants dans l'accompagnement à donner aux malades qui expriment le désir d'en finir avec la vie. Les administrateurs ont également pris connaissance d'une lettre de la sous-ministre adjointe Opatrny du ministère de la Santé et des Services sociaux, invitant les Maisons de soins palliatifs à reconsidérer leur position concernant l'aide médicale à mourir. Après considération de divers enjeux ainsi que de la consultation tenue par le directeur général auprès du comité de direction et du comité d'éthique clinique, le conseil d'administration a maintenu sa décision de ne pas inclure l'aide médicale à mourir dans son offre de services, tel que convenu lors de l'exercice de planification stratégique 2018-2021, et en a informé la sous-ministre.

Le CA est préoccupé par la situation des effectifs médicaux à la MMS. Depuis le départ à la retraite d'un des trois médecins, les services ne sont assurés que par les deux médecins réguliers restants et quelques membres associés pour couvrir les gardes et les congés. Le conseil se tient bien informé des démarches de recrutement faites par le directeur général (qui agit aussi comme directeur des services professionnels) tant auprès du département régional de médecine générale que du MSSS. Le CA suit la situation de près.

Le conseil a fait un suivi semestriel de l'état d'avancement du plan d'action en lien avec la planification stratégique 2018-2021, avec le constat que la planification stratégique en cours est réalisée selon les prévisions convenues. Des circonstances hors du contrôle de la direction (ex : urgence sanitaire) sont responsables des rares dossiers mis en attente (ex : rénovations).

Le directeur général a fait part régulièrement des dossiers régionaux concernant les soins palliatifs, dont les travaux du comité sur le devenir de l'Hôtel-Dieu de Québec auquel il a été invité à participer.

Le projet de création d'un Institut universitaire en soins palliatifs et de fin de vie (IUSPFV) a été présenté aux administrateurs des trois conseils le 17 avril 2019 et a reçu l'appui du CA de la MMS et de la Fondation. Ce projet s'est développé sous l'initiative du directeur général, de Serge Dumont et de Lucie Baillargeon, ces deux derniers étant associés à la fois à la MMS et à l'Université Laval. La MMS y figure comme partenaire important. Le projet a suscité l'adhésion de sept facultés. La mission de l'IUSPFV sera : 1) d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'équité des soins par la recherche et la formation ; 2) de favoriser la synergie entre les acteurs universitaires, les soignants et les citoyens pour soutenir l'innovation ; 3) de favoriser une culture d'enseignement et de recherche interdisciplinaire pour soutenir le développement d'une relève qualifiée de cliniciens et de gestionnaires capables de relever les défis associés aux SPFV. Nous sommes en attente de l'adoption du projet par les hautes instances universitaires.

Le mandat du directeur général, le Dr Alain-Philippe Lemieux, prendra fin le 18 octobre 2020. Le Dr Lemieux ne souhaite pas solliciter un nouveau mandat. Le conseil a mis en place un comité de recrutement, présidé par Michèle Tourigny. Le profil recherché du candidat ou la candidate, le calendrier de recrutement et la grille d'entrevue ont été précisés. Le processus suit son cours. Par ailleurs, le CA a révisé son *Plan de relève pour les postes de gestion clés*, en prévision des changements à venir à la direction générale.

Enfin, le conseil d'administration s'est acquitté de ses obligations habituelles telles que l'examen des rapports trimestriels sur la sécurité des soins et la satisfaction de la clientèle, le suivi semestriel du Plan d'amélioration de la sécurité des soins 2018-2021, l'adoption de la mise à jour des *Règlements du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)*, l'examen de la liste des contrats et ententes et des états financiers périodiques, l'adoption du budget et des états financiers vérifiés, les nominations des membres des comités d'éthique clinique et de la recherche, les démissions et nominations au CMDP, la nomination de membres de la MMS désignés par le CA, le suivi des travaux des divers comités du CA, l'examen 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. Le CA a également adopté diverses politiques (nouvelles ou révisées) dont plus spécifiquement, pour le présent rapport : *Code d'éthique – Valeurs et philosophie; Cadre de référence en matière d'éthique à la MMS; Politique et procédure de traitement des plaintes; Composition et fonctionnement du comité des familles; Plan des mesures d'urgence; Code de vivre ensemble; Politique et programme sur les soins palliatifs et de fin de vie; Politique de gestion de la santé, la sécurité physique et émotionnelle ainsi que du bien-être au travail; Règlement sur la déclaration, la divulgation, le registre et l'analyse des incidents et des accidents; Politique de vigilance et de qualité; Politique sur la gestion des contrats; Politique sur la détermination des salaires des employés et du personnel d'encadrement; Politique relative à l'hygiène des mains; Composition et fonctionnement du comité des familles; Politique et procédure de traitement des plaintes; Plan des mesures d'urgence.*

Comités et conseils relevant du conseil d'administration

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

- Comité des ressources humaines ;
- 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 des ressources humaines

Le comité des ressources humaines a été constitué par le conseil en juin 2018. Il était formé en 2019-2020 des personnes suivantes :

Monsieur Sylvain POULIOT, *président et administrateur* ;

Monsieur Denys FORGUES, *administrateur* ;

Madame Michèle TOURIGNY, *administratrice* ;

Le comité a pour mandat de soutenir et de conseiller la direction générale et l'équipe de gestion quant à tous les aspects relevant des ressources humaines dont la planification de la main-d'œuvre, les plans de relève du personnel, l'analyse des postes, le recrutement et la sélection, la mobilisation et le développement du potentiel, la qualité du climat de travail, la reconnaissance, la santé et la sécurité au travail, les mesures administratives et disciplinaires.

BILAN 2019-2020

Le Comité des ressources humaines a tenu trois rencontres au cours de la dernière année, soit le 8 juillet, le 18 novembre et le 3 février. Une quatrième rencontre avait été prévue en avril mais elle a été annulée en raison de la pandémie du COVID-19.

Voici une synthèse des activités du Comité des ressources humaines pour l'année 2019-2020.

Planification de la main-d'œuvre (PMO)

Le Comité des ressources humaines a procédé à une rigoureuse analyse des données issues de la PMO. Cet exercice a été fait conjointement avec le Comité organisationnel du bénévolat en collaboration avec deux personnes-ressources de la Direction des ressources humaines du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Par la suite, une présentation de la PMO a été faite en septembre dernier aux membres du Conseil d'administration.

Au cours de l'année, nous avons assisté à plusieurs départs au niveau des bénévoles. Cette situation a été une opportunité pour les membres du Comité organisationnel du bénévolat pour la mise en oeuvre de nouvelles pratiques concernant le recrutement et la rétention des bénévoles en fonction des données de la PMO. Parmi les formules retenues, signalons entre autres une révision de la formule de jumelage, la mise en place d'un groupe de parole et la création d'une liste électronique des disponibilités des bénévoles.

Code de civilité

Le Comité des ressources humaines a jugé opportun de se faire accompagner par une personne-ressource, madame Francine Lavoie, pour ce dossier. Des rencontres ont eu lieu avec le Comité de direction pour déterminer une stratégie organisationnelle en vue de la mise en place d'un code de civilité à la Maison Michel-Sarrazin.

Ainsi un atelier de formation « Civilité au travail : la responsabilité et l'obligation de tous » a été diffusé le 28 octobre 2019 pour les membres du Comité de direction. M. Gilles Demers, qui détient une expertise dans ce domaine, a agi comme personne-ressource pour cet atelier.

Par la suite, un code de civilité intitulé « Vivre ensemble » a été élaboré et adopté par le Conseil d'administration. Quant à la formation du personnel et des bénévoles sur le code de civilité, des actions de sensibilisation ont été faites par le Directeur général dans le cadre de rencontres. Une formation sur le code de civilité est prévue pour l'année 2020-2021.

Mécanisme de coaching

Un cadre de référence sur l'approche de leadership coaching a été élaboré et adopté par le Comité des ressources humaines. Ce cadre de référence a été présenté au comité de direction et les membres ont manifesté de l'intérêt à suivre une formation sur cette approche de gestion.

En complémentarité, la détermination d'un mécanisme de coaching a été exprimée comme un besoin et une valeur ajoutée par les gestionnaires pour les soutenir dans l'intégration de cette nouvelle pratique de gestion. Ce cadre de référence sera présenté au Conseil d'administration pour fins d'adoption.

Évaluation du cadre de référence concernant l'application de mesures disciplinaires et administratives

Le cadre de référence concernant l'application de mesures disciplinaires et administratives a été évalué par l'entremise d'un questionnaire transmis aux gestionnaires.

Ce cadre de référence a grandement répondu aux attentes des gestionnaires et leur a permis d'avoir une cohérence de leurs actions en matière de mesures disciplinaires et administratives. Toutefois, les gestionnaires souhaitent bénéficier d'un coaching pour une meilleure appropriation de ce cadre de référence.

Priorités 2019-2020 du comité des ressources humaines

Le comité des ressources humaines avait retenu les priorités suivantes :

- Plan d'action et suivi des recommandations de la PMO pour employés et bénévoles
- Formation des gestionnaires, employés et bénévoles sur la civilité en milieu de travail
- Élaboration d'un code de civilité
- Évaluation de la mise en application du cadre de référence sur les mesures disciplinaires et administratives
- Suivi du plan d'action PULSE (Agrément Canada)
- Détermination d'un mécanisme de coaching pour les gestionnaires.

Nous pouvons constater que la majorité des priorités ont été respectées. Le seul écart est celui de la formation des employés et des bénévoles sur le code de civilité qui a été reporté en 2020-2021 à la demande des gestionnaires et aussi par le fait que nous n'aurions pu actualiser cette formation à cause de la pandémie du COVID-19.

Sondage pulse

Les résultats du sondage PULSE dans le cadre de la démarche d'Agrément Canada démontrent que nous avons obtenu d'excellents résultats puisque nous avons eu des drapeaux verts pour chaque rubrique de ce sondage.

Dans la perspective de maintenir ces acquis, un plan d'action a été élaboré et monitoré par le Comité des ressources humaines.

Couverture de services

Nous avons assisté au départ d'infirmières au cours de l'automne dernier. Plusieurs motifs expliquent cette situation mais un élément se dégage, soit celui de l'écart dans certaines conditions de travail des infirmières de la Maison Michel-Sarrazin et celles du réseau de la santé et des services sociaux.

Face à cette situation, le Directeur général a réalisé une démarche de consultation auprès des infirmières. Une proposition de rehaussement du temps de travail de 15 minutes pour chaque quart de travail a été analysée par le Comité des ressources humaines et le Comité d'audit pour la dimension financière. Cette proposition a été adoptée par le Conseil d'administration.

Nous avons constaté une réponse positive des infirmières à ce rehaussement, le climat de travail s'est amélioré et aucune absence n'a été observée chez les infirmières depuis le début de la pandémie du COVID-19. Ce rehaussement a toutefois entraîné des ajustements dans le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire.

Plan de relève

Le Directeur général et la Directrice générale adjointe quitteront leur fonction respective au cours de l'année 2020 pour une retraite. Dans ce contexte, un plan de relève a été élaboré pour prévoir des scénarios de transition et une nouvelle répartition de certains dossiers organisationnels dont Agrément Canada, la satisfaction de la clientèle et la qualité / gestion des risques. Un suivi de ce plan de relève a été fait au Conseil d'administration.

Politiques

Le Comité des ressources humaines a analysé et recommandé au Conseil d'administration trois politiques touchant la gestion du personnel : la politique de gestion de la santé, de la sécurité physique et émotionnelle ainsi que du bien-être, la politique de rémunération salariale et la politique d'appréciation de la contribution du personnel.

Aide-conseil en relations de travail

Le Comité des ressources humaines a développé une entente avec une personne-ressource de l'externe avec une banque de 7 heures d'aide-conseil en termes de relations de travail, et ce, sans frais pour la Maison Michel-Sarrazin. Cette entente a été renouvelée pour la prochaine année.

Évaluation du fonctionnement du comité des ressources humaines

Le Comité des ressources humaines a déjà 2 ans d'existence. Une évaluation du fonctionnement de ce comité a été faite par l'entremise d'un questionnaire aux membres du comité.

Les membres du comité se disent grandement satisfaits du fonctionnement de ce comité. On souligne l'importance accordée à ce comité par la Présidente du Conseil d'administration, les résultats concrets découlant des travaux du comité, l'expertise des membres mise à profit et le souci constant des membres à ne pas s'ingérer dans la gestion.

La préoccupation d'un milieu de travail sain pour l'attraction et la rétention du personnel et des bénévoles est vue comme un enjeu pour la qualité et la sécurité des soins et des services. Cette préoccupation devient un leitmotiv pour les décisions du Conseil d'administration en matière de gestion du personnel.

Priorités 2020-2021

Les priorités 2020-2021 du Comité des ressources humaines sont :

- Climat de travail chez les employés et les bénévoles durant la pandémie du COVID-19
- Préparation du processus de recrutement du poste de Directeur général
- Transition avec les changements à la Direction générale
- Formation du personnel et des bénévoles sur le code de civilité
- Formation au leadership coaching et mise en place de coaching auprès des gestionnaires

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité était formé en 2019-2020 des personnes suivantes :

Madame Clémence DALLAIRE, *présidente et administratrice*

Madame Marie-José CÔTÉ, *administratrice*

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 la dernière année, soit les 15 octobre et 5 décembre 2019 et les 12 mars et le 11 juin 2020.

Parmi les dossiers examinés par le comité, on trouve les suivants :

- Analyse prospective 2019 : *Les risques de piégeage associés à l'utilisation combinée lit/surface de lit*
- Formulaire d'engagement et de consentement (spécifiques pour les membres du personnel et pour les bénévoles)
- Politique de prévention de la maltraitance

Finalement, le Comité reçoit et analyse des rapports, notamment ceux de la gestion des risques, du comité de la prévention et du contrôle des infections, de la prévention de la maltraitance, des mesures d'urgence et de la responsable des plaintes. Le comité examine plusieurs tableaux de bord contenant des indicateurs de qualité.

Le comité a poursuivi son mandat de surveillance de la qualité avec enthousiasme et en s'assurant qu'il contribue à la qualité et à la préparation au prochain processus d'Agrément.

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le comité de gouvernance et de mise en candidature était composé, pour l'année visée par le présent rapport, de :

Mme Marie-José CÔTÉ, *présidente et membre du conseil d'administration*

Mme Lyse LANGLOIS, *membre du conseil d'administration (jusqu'au 9 avril 2019)*

M. André VIEN, *membre du conseil d'administration*

Le mandat du comité est prévu au Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et ses comités. Le 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.

Travaux du comité

En raison de la vacance survenue en début d'année, plusieurs des projets de travaux envisagés par le comité ont dû être reportés. Les membres du comité se sont toutefois rencontrés de façon plus formelle à deux reprises, soit les 10 et 19 décembre 2019, aux fins de mandats précis. Au printemps 2019 et au printemps 2020, plusieurs discussions et échanges ont eu lieu avec la présidence et la direction générale concernant divers sujets liés à la gouvernance.

Principaux éléments

- Afin de pourvoir les postes qui devenaient vacants au conseil d'administration en raison du départ annoncé de deux administrateurs (Mme Lyse Langlois le 9 avril 2019 et Mme Marie-Andrée Giroux le 31 août 2019), des discussions et des échanges ont eu lieu entre les membres du comité et avec la présidence et la direction générale concernant le profil recherché des futurs administrateurs. Le comité a recommandé la nomination comme membre et comme administrateur de M. Denys Forgues. Il a été nommé membre désigné par le CA et élu ensuite à titre d'administrateur par les membres réunis en assemblée générale le 12 juin 2019.

Le comité a recommandé la nomination comme membre de Mme Hélène Plante. Mme Plante a été acceptée comme membre désignée lors de la réunion du conseil d'administration du 15 avril 2020. Cette réunion devait toutefois se tenir pendant la période visée par le présent rapport, soit le 25 mars 2020, mais a dû être reportée en raison de l'urgence sanitaire. La nomination de Mme Plante comme membre désignée vise à ce que le conseil d'administration puisse proposer sa candidature lors de l'élection des administrateurs devant avoir lieu à l'assemblée générale annuelle, fixée au 8 juillet 2020.

- Le texte public sur la gouvernance a été révisé en mai 2019 pour tenir compte des modifications apportées en mars 2019 au Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et ses comités. Ces modifications visaient la création d'un comité des ressources humaines.
- La procédure d'évaluation du rendement de la gouvernance a été révisée en mai 2019 et déposée au conseil d'administration en prévision de l'évaluation devant se tenir de juin à décembre 2019. Le comité a reçu et colligé les réponses fournies par les administrateurs, quant au questionnaire lié à l'évaluation du rendement de la présidence. La rencontre entre les membres du comité et la présidente s'est tenue le 19 décembre 2019. L'évaluation des administrateurs s'est poursuivie au cours de l'automne 2019 et se terminera au printemps 2020.
- Le comité a revu en mai 2019, avec l'aide de la secrétaire, la liste des documents devant être remis aux nouveaux administrateurs.
- En décembre 2019, une rencontre s'est tenue entre les membres du comité et la direction générale pour réviser et analyser les normes d'Agrément Canada portant sur la gouvernance, et ce, aux fins de l'évaluation qui devait se faire en juin 2020. L'évaluation d'Agrément Canada a été reportée en raison de l'urgence sanitaire.

Les travaux du comité qui avaient été initiés en fin d'année dernière pourront être repris au cours de la présente année. Ils devraient porter, entre autres, sur la révision formelle du tableau des compétences des administrateurs, sur la procédure d'accueil des administrateurs et sur leur formation.

Comité d'audit

Le comité d'audit était formé en 2019-2020 des personnes suivantes :

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

Madame Line SIMARD, *trésorière 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 5 réunions en 2019-2020. Le comité a effectué les travaux suivants :

- examiner les états financiers périodiques de la Maison,
- valider les contrôles internes et les contrats émis
- établir les paramètres budgétaires et participé à la finalisation du projet de budget 2020-2021,
- réviser les politiques salariales des cadres et celle des employés,
- analyser les états financiers et le sommaire de l'audit déposé par les vérificateurs pour 2019-2020.
- suivre l'évolution du dossier de rénovation des chambres particulièrement au niveau des coûts fixés au maximum à 500,000\$ sans taxes. Plusieurs ajustements ont été faits au plans et devis pour maintenir cet objectif financier.

Le comité a aussi assuré le suivi de l'évolution des travaux de concept du projet d'agrandissement en vue du dépôt d'une demande d'approbation à la Ville de Québec et du Ministère de la Culture et des communications. Le dossier a été déposé aux deux instances en décembre 2019 pour approbation finale.

Le comité a débattu de la nature du contrat liant la Maison avec le gérant de projet et de construction L'Intendant dans le cadre de deux projets immobiliers en cours.

Le comité a suivi l'évolution des revenus et dépenses de la Fondation et, particulièrement de la planification d'une Grande campagne de financement par la permanence de la Fondation afin d'assurer la réalisation des travaux immobiliers prévus et aussi la pérennité de la MMS.

En mars 2020, le comité, après constat des impacts significatifs de la pandémie de COVID-19 sur le fonctionnement de la Maison et sur les finances de la Fondation, a recommandé au CA de reporter à une date à déterminer les deux projets en cours. Il a du même coup, recommander l'adoption d'un budget 2020-2021 ajusté selon les revenus et dépenses estimés à la lumière des impacts appréhendés de la pandémie sans coupure de postes au niveau du personnel.

Contrats de services de plus de 25 000\$ entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020 :

Contrats avec une personne physique : 0

Contrats avec une personne morale : 2

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 2019-2020.

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 2019-2020 des personnes suivantes :

Docteur Samir AZZARIA, *médecin (président)*

Docteure Nancy GAUDREAULT, *médecin (chef du service de médecine)*

Madame Josée BOILY, *pharmacienne*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne (chef du service de pharmacie)*

Madame Pascale BLAIS, *pharmacienne*

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

Du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, le comité exécutif du CMDP a tenu cinq réunions et cinq du comité des titres. Les principaux sujets traités ont été :

- Mise à jour des nominations et de la tenue des dossiers professionnels ;
- Adoption d'ordonnances collectives (12) ;
- Adoption de la politique sur le bilan comparatif des médicaments;
- Rencontre annuelle avec les membres du CA de la MMS pour échanges;
- Discussions sur l'application de la loi 2 et de son impact sur les pratiques à la MMS;
- Révision avec le comité responsable de la politique d'admission ;
- Suivi du projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle ;
- Participation au processus de préparation de la visite d'agrément;
- Ajustement de l'offre de services en médecine dentaire et en physiothérapie;
- Planification de l'offre d'enseignement et de formation et évaluation du stage par les résidents en médecine familiale;
- Élaboration du constat de décès à distance;
- Effectifs médicaux et recrutement;
- Accueil éventuel d'IPS-SA en stage.

Comité des titres : 5 rencontres.

- Deux nominations temporaires pour évaluations d'AMM et une pour un stage en pratique d'une semaine;
- Une nomination de membre associé;
- Quatre démissions déjà attendues;
- Aucune plainte médicale n'a été formulée.

Perspectives pour 2020-2021 :

- Traverser la pandémie sans éclosion;
- Poursuivre les efforts de recrutement médical tant régulier que pour la garde;
- Suivre et prévenir les pénuries de médicaments essentiels;
- S'adapter aux pratiques à l'aide des technologies de l'information.

Service de pharmacie

Outre les activités du comité de pharmacologie plus bas, le service de pharmacie gère le budget et les médicaments à la MMS. Il contribue étroitement au processus d'agrément en ce qui concerne la gestion des médicaments. En 2019-2020, les membres du service ont participé à tous les comités du CMDP ainsi que fait l'étude des incidents/accidents médicamenteux lors de 4 réunions, une à chaque trimestre. Ils participent aux activités internes de formation de la MMS et contribuent régulièrement à l'enseignement avec 8 mois de stages pour des résidents en pharmacie durant l'année. Les membres s'impliquent dans la formation à l'Université Laval comme chargés de cours ainsi que dans plusieurs comités externes dont le regroupement des pharmaciens experts en soins palliatifs de l'Association des pharmaciens d'établissements du Québec.

Rapport annuel de gestion 2019-2020

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

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 2019-2020 des personnes suivantes :

Mme Isabelle BEAULIEU, présidente, pharmacienne

Madame Martine LEROUX , coordonnatrice des soins infirmiers

Docteur Samir AZZARIA, médecin

Madame Pascale BLAIS, pharmacienne

Docteur Nancy GAUDREAULT, médecin

Madame Josée BOILY, 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 28 réunions régulières au cours de l'exercice 2019-2020 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 (10) et en pharmacie (8).
- 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 des difficultés d'approvisionnement et des ruptures d'inventaire en continu puisqu'elles surviennent à tout moment de l'année.
- Gestion de difficultés d'approvisionnement en période de pandémie.
- Révision de 12 ordonnances collectives et création d'une nouvelle sur l'utilisation de la Xylocaïne en anesthésie locale.
- Révision de 4 protocoles.

- Multiples discussions et ajustements pour l'utilisation des pompes-seringues et des nouvelles pompes B-Braun.
- Rédaction et implantation d'une ordonnance pré-imprimée pour la prescription des médicaments à l'admission des patients à la MMS.
- Amélioration d'autres ordonnances pré-imprimées en vigueur.
- Élaboration et mise à jour de plusieurs tableaux de conversion des mesures (mg et ml) pour narcotiques.
- Révision et modifications de la politique d'utilisation des opioïdes à la MMS.
- Révision et modifications de la politique de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé ainsi que des ajustements à la liste de ces médicaments.
- Révision du règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances pharmaceutiques (REEOP)
- Révision et modifications du programme de formation du personnel sur les nouveaux médicaments à la MMS.
- Suivi de l'implantation des FADM avec de multiples ajustements au formulaire en collaboration avec la compagnie CGSI.
- Création d'un registre des médicaments pris à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture.

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 2019-2020 des personnes suivantes :

Docteur Samir AZZARIA, *médecin*

Docteur Nancy GAUDREAULT, *médecin et présidente du comité*

Madame Josée BOILY, *pharmacienne*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne*

Madame Pascale BLAIS, *pharmacienne*

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

Principaux points abordés :

- Bilan annuel des sédations palliatives continues et des demandes d'AMM.
- Bilan des décès : 99,4% de conformité.
- Analyse des bilans comparatifs des médicaments : conformité de 97,8% à l'admission et 100% au départ.

Sédation palliative continue (SPC)

Le CEMDP procède annuellement à l'évaluation de la pratique médicale de la sédation palliative continue. Du 1^e avril 2019 au 31 mars 2020, 26 sédations palliatives continues ont été administrées sur 177 décès, soit un taux de 14,6% relativement stable par rapport à l'an dernier. Depuis deux ans, il y a eu une légère augmentation du nombre de sédations palliatives continues. Les 26 dossiers analysés étaient conformes au niveau des indications et du pronostic. Depuis l'adoption de la loi sur les soins palliatifs et de fin de vie, les malades et les familles semblent mieux connaître la SPC et expriment davantage cette demande. Cette tendance est notée aussi au niveau provincial.

La durée des sédations palliatives continues a été au maximum de 6 jours ou moins dans tous les cas, la grande majorité moins de 3 jours. Le consentement signé, exigé par la Loi 2, a été obtenu dans tous les cas. La déclaration obligatoire au CMDP a été faite dans les 10 jours prescrits dans tous les cas.

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 de la qualité des conditions de vie et évaluer le degré de satisfaction à l'égard des services offerts aux personnes malades et aux familles ; renseigner les personnes malades et leurs proches sur leurs droits et obligations, soutenir et accompagner un malade ou un proche dans ses démarches auprès de l'institution.

Les membres actuels sont :

Madame Sylvie LEBREUX, *présidente*

Madame Louise BEAULIEU, *secrétaire*

Madame Isabelle BÉDARD, *membre*

Madame France ROY, *membre*

Madame Gisèle TREMBLAY, *membre*

Le Comité des familles a tenu huit réunions au cours de l'exercice 2019-20. Les principaux sujets traités et les réalisations sont :

- Visite de plus de 90% des familles des malades admis et remise du guide d'accueil.
- Diffusion du dépliant et d'autres informations sur le rôle du comité auprès des personnes malades et de leurs proches.
- Révision complète du dépliant expliquant le rôle du comité des familles.
- Suivi des suggestions reçues par courriel.
- Élaboration d'un tableau de suivi des suggestions et des actions à poser suite aux commentaires des familles en collaboration avec la direction.
- Prise en charge du Livre des témoignages.
- 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, comités d'éthique clinique et de la recherche.
- Avis sur divers sujets apportés par la direction générale.
- Accueil et coaching de nouveaux bénévoles au comité.
- Participation au questionnaire de satisfaction de la clientèle pour la section concernant le comité des familles.
- 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).
- Modifications et allègements aux règlements de fonctionnement du comité pour assurer une participation bénévole accrue et un recrutement plus facile.

Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique était formé en 2019-2020 des personnes suivantes :

Docteur Pierre-Jacob DURAND, médecin gériatre, président

Madame Isabelle BEAULIEU, pharmacienne, MMS

Monsieur Éric GAGNON, chercheur

Monsieur Gilles NADEAU, prêtre et responsable de la pastorale MMS

Monsieur Louis-André RICHARD, professeur de philosophie

Madame Fernande ROUSSEAU, avocate

Docteur Nancy GAUDREAULT, médecin

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

Docteur Alain-Philippe LEMIEUX, secrétaire, Directeur général MMS

Monsieur Réjean BOIVIN, docteur en philosophie et éthicien

Mme Isabelle MARTINEAU, infirmière de liaison MMS

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 2019-2020, 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 sa Planification stratégique 2018-2021 adoptée en juin 2018 et le document Politique et programme de soins palliatifs et de fin de vie adopté par le Conseil d'administration en février 2016 et révisé en juin 2019.

Le comité a entrepris la révision du code d'éthique de la Maison qui devrait être entérinée en juin 2019. Le comité s'est à nouveau penché sur la réalité des personnes malades ayant eu un long séjour à la MMS (plus de 3 mois). Il a réitéré sa position de ne pas enclencher systématiquement un processus de révision du séjour des malades, mais plutôt de laisser l'équipe clinique intervenir selon l'évolution des malades. Il a finalement cherché à recruter un nouveau membre pour compléter sa composition.

Dans le plan d'action 2019-2020, le comité sera sollicité dans le cadre du dépôt d'une politique de la Maison et de la Fondation sur les dons.

Comité d'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche était formé en 2019-2020 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 GAUDREAULT, *médecin, expertise scientifique biomédicale*

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 2019-2020, le comité a tenu une réunion formelle. Aucun nouveau projet n'a été déposé. Le suivi de deux projets a été fait pour les reconduire pour un an. 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 2019-2020. Aucun administrateur n'a fait de déclaration d'intérêts par rapport aux sujets traités par le conseil durant l'exercice 2019-2020.

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'administration¹ 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