



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 2018-2019* 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 2019.



Alain-Philippe Lemieux Directeur
général

Diffusion

Ce présent *Rapport annuel de gestion 2018-2019* a été adopté lors de l'assemblée ordinaire du conseil d'administration du 12 juin 2019. 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.....	5
II – FAITS SAILLANTS ET BILAN DE L'ANNÉE	8
Planification stratégique	8
Projet d'agrandissement et de rénovations fonctionnelles.....	8
Évolution des activités.....	9
Enseignement 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	16
III – SITUATION FINANCIÈRE (voir annexe)	17
IV - GOUVERNANCE	18
Conseil d'administration	18
Comités et conseils relevant du conseil d'administration.....	19
Comité des ressources humaines	20
Comité de vigilance et de la qualité	21
Comité de gouvernance et de mise en candidature.....	22
Comité d'audit.....	23
Comité de révision	23
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	23
Comité de pharmacologie.....	25
Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CEMDP).....	27
Sédation palliative continue.....	28
Comité des familles.....	28
Comité d'éthique clinique	29
Comité d'éthique de la recherche.....	30
Éthique et déontologie des administrateurs.....	30
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin.....	30

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

L'année 2018-2019 s'est inscrite dans la continuité des actions amorcées depuis quatre ans. Le plan d'action sur cinq ans découlant du Plan stratégique 2013-2018 a été suivi à la lettre et le bilan final des actions démontrent un niveau d'atteinte très enviable des cibles fixées. Un nouveau plan stratégique 2018-2021 a été développé par un comité spécifique du Conseil d'administration mandaté à cet effet, avec la collaboration de la Direction générale. Après de multiples consultations, tant à l'interne qu'à l'externe auprès de nos principaux partenaires, ce nouveau plan stratégique, intitulé « composer avec l'incertitude : s'adapter pour évoluer » a été adopté en juin 2018 par le Conseil d'administration. Ce nouveau plan fera l'objet du même niveau d'attention dans son suivi régulier.

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. Nous nous préparons déjà à la prochaine visite d'Agrément Canada, qui devrait avoir lieu en juin 2020. Il y a eu en cours d'année, d'énormes changements dans tout le processus d'agrément des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Nous n'avons pas échappé à la vague d'incertitude qu'a déclenché le renouvellement du contrat d'Agrément Canada avec le MSSS. Nous sommes la seule Maison de soins palliatifs au Québec à être évaluée de cette façon. Nous souhaitons toujours travailler de concert avec les autorités d'Agrément Canada pour que cette prochaine visite soit le reflet de ce qu'est une Maison de soins palliatifs en adaptant certaines normes à cette réalité et en acceptant de continuer à y travailler dans l'avenir.

Le projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle reporté 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'analyses complémentaires par un groupe de travail mené par la Direction générale. Ce groupe de travail a déposé en juin 2018 aux trois conseils d'administration de l'organisation une nouvelle proposition de projet d'amélioration et de rénovation fonctionnelle plus réaliste, moins coûteuse, en deux phases principales soit l'amélioration des chambres dans un premier temps et un agrandissement modeste vers l'arrière de la Maison dans un deuxième temps. Cette proposition a reçu l'aval des 3 Conseils et sa réalisation est inscrite dans la nouvelle planification stratégique de la MMS. Sa réalisation est prévue sur deux ans soit 2020 pour la rénovation des chambres et 2021 pour l'agrandissement. Ce nouveau projet est toujours guidé par la prudence collective et par une volonté commune d'assurer la pérennité de l'œuvre de la Maison Michel-Sarrazin à long terme. Il respectera par ailleurs les exigences de la Ville de Québec et celles du Ministère de la culture et des communications.

Au niveau de l'enseignement et de la recherche, les réalisations se succèdent et témoignent toujours de l'excellence et de la notoriété acquise par nos équipes. Un important projet de coopération franco-québécoise soumis par la Maison est en cours de réalisation incluant plusieurs visites de partages avec nos homologues français. Plusieurs activités de transfert de connaissance ont été faites en 2018 et une autre a lieu au colloque annuel de l'association française de soins palliatifs en juin 2019. Ce projet vise le partage et la description d'initiatives bénévoles et solidaires en soins palliatifs de part et d'autre de l'Atlantique.

Par ailleurs, l'équipe de recherche ERMOS est à peaufiner la mise en place du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie financé par les Fonds de recherche québécois en santé. Pour ce faire, l'équipe a réussi le tour de force de fédérer tous les chercheurs en soins palliatifs actifs au Québec. La mise en place de ce Réseau permet déjà aux chercheurs d'avoir accès à des financements inaccessibles jusqu'à maintenant. La Maison, 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, avec laquelle se dessine la possibilité de développer un Institut universitaire de soins palliatifs et de fin de vie.

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

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

A handwritten signature in blue ink, reading "Jocelyne Guay".

Jocelyne Guay
Présidente du conseil d'administration

A handwritten signature in blue ink, reading "Alain-Philippe Lemieux".

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

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

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

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

La **recherche** en soins palliatifs a débuté au milieu des années 1990. Cette recherche repose sur une grande rigueur scientifique et des normes éthiques strictes, sous la vigilance du Comité d'éthique de la recherche relevant du conseil d'administration. Les projets de recherche sont le fruit d'interactions fréquentes entre cliniciens et chercheurs, pour que les recherches demeurent proches des préoccupations des professionnels sur le terrain et pour assurer un transfert des connaissances issues de la recherche dans les pratiques courantes. Depuis 2011, 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. L'an dernier, 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 a subi quelques modifications cette année. Le poste de coordonnatrice à la formation a été aboli et remplacé par une responsable de la formation non gestionnaire. La secrétaire administrative du secteur s'est vue rehausser ses responsabilités. Ce 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 2018-2019 :

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 de jour, ou dans des fonctions reliées à l'administration, au secrétariat ou à l'accueil, ou encore dans d'autres domaines tels que l'entretien du terrain et du bâtiment, le travail des personnes bénévoles est essentiel à la réalisation des objectifs de la Maison. Un encadrement et des activités de formation et de soutien sont offerts aux nouveaux venus comme aux bénévoles en place.

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

	Temps complet	Temps partiel régulier	Temps partiel occasionnel	TOTAL
Professionnels				
Employés MMS (17.97 = temps complet)	2	24	34	60
Prêt de service		7	0	7
Médecins et dentistes	3		5	8
Total				74
Personnel administratif et de soutien				
Employés MMS (12.38 = temps complet)	2	15	28	45
Personnel d'encadrement				
Employés MMS (6 = temps complet)	1	5		6
Recherche et bénévolat				
Chercheurs, professionnels, assistants, étudiants				200
Bénévoles				360
GRAND TOTAL	8	51	67	686

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 2019. 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 2018-2019 de cette planification est très positif : sur 103 actions prévues, 34% ont déjà été rencontrées et 35% 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.

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 de jour et la Maison et faciliter le transport du matériel et des équipements ;
- Accroître la capacité du Centre de jour 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 de jour 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 Cataracti, 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 seront prises en compte dans le projet final.

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, 549 demandes ont été adressées à l'équipe de liaison pour 194 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 25,5 jours. Le tableau suivant démontre l'évolution des admissions depuis les 5 dernières années.

Évolution des admissions et profil des personnes admises

	<i>2014/2015</i>	<i>2015/2016</i>	<i>2016/2017</i>	<i>2017-2018</i>	<i>2018-2019</i>	<i>Cumulatif 1985/2019</i>
Nombre d'admissions	203	165	183	210	194	8 303
# de femmes	116	94	106	126	108	4 357
# d'hommes	87	71	77	84	86	3 945
Âge moyen	71	69,6	71,4	71	71	67
Provenance						
du domicile	52 %	51,5%	48 %	58,6%	58,2%	47,6 %
d'un hôpital	48 %	48,5%	52 %	41,4%	43,8%	52,4%
Durée moyenne du séjour (en jours)	23	29	28,5	22,8	25,5	18,5
Taux d'occupation	89,4 %	93%	90,3 %	87%	89%	
Décès	198	163	183	202	196	8054
Départs *		2	4	6	7	230

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

L'achalandage du centre de jour se maintient dans la capacité d'accueil du centre de jour. 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. Il y a eu plusieurs décès en cours d'année et la condition générale des personnes malades les a limités dans leur assiduité.

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

	<i>2014/2015</i>	<i>2015/2016</i>	<i>2016/2017</i>	<i>2017-2018</i>	<i>2018-2019</i>	<i>Cumulatif 2000/2019</i>
Nombre d'inscriptions	128	129	129	106	94	2 366
# de femmes	84	73	83	39	49	1 277
# d'hommes	44	56	46	67	45	1 078
Âge moyen	64	69	68	68	68	67
Occupation moyenne par jour (invités seulement)	11,5	11,3	11	11	10	11
Nombre de visites	2 880	2 738	2 707	2 596	2 520	
Nombre moyen de visites par	23	21	28,2	25	27	24
Présences des proches	958	889	931	736	774	
Décès			98	88	81	

Enseignement et publications

En 2018-2019, plusieurs activités destinées à des clientèles externes ont été offertes par le service de formation, notamment 9 stages, 32 sessions de formation continue sur place et 23 sur demande (en déplacement chez le client et en nette progression), de même que 36 rencontres des divers groupes de développement professionnel. L'offre de formation à distance s'est poursuivie grâce à la visioconférence, soit 15 activités en mode émission et 14 en mode réception.

Faits saillants de l'année :

- Deux nouvelles formations ont été ajoutées au calendrier : une dans le domaine des soins cliniques, une en accompagnement psychosocial.
- Le calendrier des activités de formation contient maintenant 5 formations accréditées, reconnues auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi qu'une formation accréditée auprès de l'Ordre de psychologues du Québec.
- Huit représentants de la MMS ont participé à la rédaction de 8 articles pour les Cahiers francophones de soins palliatifs.
- La Conférence Michel-Sarrazin de mai 2018 recevait cette année M. Réjean Carrier, travailleur social et a été un franc succès. De plus, le service de formation a obtenu la certification écoresponsable auprès de l'Université Laval pour la tenue de la prochaine Conférence Michel-Sarrazin.
- Une bénévole du centre de documentation a élaboré une nouvelle base de données avec le logiciel FileMakerPro afin d'y transférer les informations relatives aux clients du service de formation. Cette base de données est maintenant fonctionnelle depuis septembre 2018.

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 200 personnes (50 membres réguliers, 53 membres associés et plus de 100 étudiants), 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.

Pendant l'année 2018-2019, nous avons poursuivi la productivité de l'équipe de recherche et la consolidation du réseau. Malheureusement, au cours de l'année, trois chercheurs seniors ont pris leur retraite. Il y a cependant une belle relève d'assurée. Ainsi, le nombre de chercheurs au sein de l'ERMOS reste stable malgré tout avec un total de 20 chercheurs. L'ERMOS a effectué deux rencontres au cours de l'année avec l'ensemble des chercheurs. Les règles d'acceptation et de maintien comme membre de l'ERMOS sont toujours en vigueur et restent appliquées malgré la création du Réseau.

Le site web de l'équipe de recherche est très consulté pour un site aussi spécialisé. Il a été scindé en deux pour séparer les activités de l'ERMOS de celles du réseau. Le site comprend un système d'enregistrement en ligne, une infolettre, une gestion de listes d'envois ainsi qu'un répertoire complet des présentations de l'équipe.

Nous avons publié un total de 67 articles scientifiques, chapitres de livres, entrevues.

Les activités régionales ont également connu un grand succès, dont la treizième journée scientifique annuelle de l'ERMOS et la deuxième du RQSPAL. Onze rencontres scientifiques ont été effectuées au cours de l'année 2017-2018. La mise en place du RQSPAL a produit un grand changement dans la diffusion et le transfert de connaissances de nos activités scientifiques. En effet, nous avons opté pour de la « web-diffusion ». Cela permet à un plus grand nombre de personnes partout au Québec de se connecter à nos activités. De plus, cela nous permet de les enregistrer pour ensuite les téléverser sur notre chaîne Youtube. Un total de 301 personnes a assisté à ces conférences de partout au Québec grâce à la webdiffusion.

La journée scientifique du réseau fut tenue cette année à même le congrès international de soins palliatifs de McGill. Ce congrès, l'un des plus importants à l'échelle mondiale, a attiré 2000 congressistes de partout à travers le monde. Les trois symposiums du réseau ont attiré près de 300 personnes au total.

Par ailleurs, le comité étudiant du réseau a organisé une première activité scientifique. Au total, 14 résumés furent soumis, 45 participants y ont assisté et les évaluations furent élogieuses. La formation de la relève est l'un des enjeux majeurs soulevés par les comités de direction et scientifique du réseau RQSPAL.

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

L'ERMOS continue présentement son travail actif pour rechercher des sources de financement qui assureront la pérennité de l'infrastructure de l'équipe de recherche. Les demandes en cours, pour assurer la pérennité, ont déjà porté fruit et assurent présentement le fonctionnement minimal de l'équipe. Ces

démarches se poursuivent activement pour renforcer et augmenter le financement ce qui assurera le développement de nouveaux projets de recherche pilote.

L'équipe a obtenu au total 12 prix et nominations dont le prix Diamant du CHU de Québec-Université Laval dans la catégorie innovation

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

Projet de rayonnement international

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

Sécurité des soins et services

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

Pour l'exercice 2018-2019, 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 (à partir du 22-11-2018)*

Madame Geneviève LÉVEILLÉ, *directrice générale adjointe, secrétaire*

Madame Lynda BEAUDOIN, *coordonnatrice du Centre de jour*

Madame Louise BEAULIEU, *représentante du Comité des familles (jusqu'au 10-05-2018)*

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

Madame Jacinthe BOUCHARD, *ergothérapeute (jusqu'au 22-11-2018)*

Madame Geneviève DORVAL, *ergothérapeute (à compter du 22-11-2018)*

Docteure Odette DÉSILETS, *chef du service de médecine (jusqu'au 10-05-2018)*

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 (à partir du 22-11-2018)*

Madame Louise ST-AMANT, *représentante du CA du bénévolat (jusqu'au 10-05-2018)*

Monsieur René MOISAN, *représentant du CA du bénévolat (à compter du 22-11-2018)*

Le comité a tenu quatre (4) réunions régulières en 2018-2019. Les principaux dossiers abordés ont été: l'adoption des rapports trimestriels sur la sécurité des soins, le suivi des recommandations qui en découlent, le suivi de l'état d'avancement du plan triennal 2015-2018 d'amélioration de la sécurité des soins aux patients (PASS) qui démontre que 100% des actions retenues ont été complétées ou amorcées, la présentation du PASS 2018-2021, qui regroupe 50 actions à être mises en œuvre, la présentation de l'INFOPASS, bulletin trimestriel sur la sécurité des soins et des services rédigé à l'intention du personnel et des bénévoles et émis après la sortie de chacun des rapports trimestriels.

L'analyse des incidents et accidents est l'un des éléments majeurs des rapports trimestriels. Les incidents et accidents déclarés se répartissent essentiellement en quatre grandes catégories soient, les événements indésirables qui sont 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, des recommandations sont émises et des suivis sont assurés.

Les processus de gestion de la médication à la Maison Michel-Sarrazin font l'objet d'une grande vigilance qui se traduit 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

	2017-2018		2018-2019	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Nbre total des événements (inc./acc.)	43	30	63	46
Nbre d'incidents évités de justesse	6	4	14	3
Nbre (%) d'accidents avec conséquence	43,8%	29,2%	26,5%	30,2%
Tx d'év. ind. / Nbre de doses (%)	0,07%	0,05%	0,08%	0,06%
Tx d'év. ind. / 1000 J.P.	19,3	12,5	25,2	19,3
Tx de divulgation-événements	100%	100%	100%	100%

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

Indicateurs sur les chutes

	2017-2018		2018-2019	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Nbre de chute (Maison et C. de jour)	29	10	26(M) 3(CJ)	35(M)
Nbre de pts ayant chuté (Maison)	16	9	16	22
Tx de chutes avec conséquences (%) (M et CJ)	44,4%	33,3%	34,4%	37,1%
Tx de chutes / 100 admissions (Maison)	25,1	13,1	28,5%	37,6%
Tx de chutes /1000 J.P.(Maison)	12,3	4,1	10,3	14
Tx de pts ayant chuté / Nbre de pts adm. (%)	14%	8,9%	17,5%	21,3%
Tx de pts avec chutes multiples (%) (Maison)	32,5%	12,5%	50%	22,7%
Tx chutes multiples / Nbre de chutes (%) (M)	66,9%	20%	50%	48,5%
Tx de divulgation (événements applicables) (%)	100 %	100 %	100%	100%

Indicateurs sur les lésions de pression

	2017-2018		2018-2019	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Taux d'incidence des lésions de pression de stade 3 ou plus /1000 J.P.	1,6	4,5	3,5	1,6

La prévention des infections fait également l'objet de beaucoup d'attention. Le comité de prévention des infections s'est réuni à 4 reprises. Il suit le plan d'action élaboré pour l'année et 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 infection nosocomiale (SAG, influenza, SARM, *clostridium difficile* ou ERV) ne s'est déclarée. Des audits sur l'hygiène des mains et en hygiène et salubrité sont, entre autres, réalisés annuellement. Un programme intégré de la qualité en hygiène et salubrité, volet opérationnel, est en vigueur, de même qu'une procédure de prévention et contrôle des infections pendant les travaux d'entretien ou de rénovation.

Le plan de mesures d'urgence a été revu et le *Guide d'intervention en sécurité civile et mesures d'urgence* a été complètement révisé 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 pratiques, et d'exercices d'application de la liste pyramidale d'appels en cas d'urgence. De la formation par la conseillère en mesures d'urgence du CHU et de la formation en ligne sur le code rouge ont aussi été offerts à l'ensemble du personnel et des bénévoles.

Un protocole d'utilisation des mesures de contrôle a été élaboré puis présenté et adopté au Comité de gestion des risques et au Comité de vigilance et de la qualité respectivement les 2018-11-22 et 2018-12-06. La formation en lien avec ce protocole sera donnée aux membres du personnel et bénévoles concernés les 10 et 17 juin prochains.

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 2018-2019 le taux de réponse obtenu aux 276 envois faits est de 57% et le taux de satisfaction demeure très élevé à 99,5%. 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

La responsable du traitement des plaintes, Madame Marie Breton, remet annuellement un rapport au conseil d'administration sur les dossiers qu'elle a traités. Au cours de l'année 2018-2019 aucune plainte n'a été reçue et aucune intervention spécifique n'a été faite.

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

Les motifs des interventions portent particulièrement sur les relations interpersonnelles (comportement/attitude) et les soins et services dispensés. La responsable du traitement des plaintes n'a eu à assurer aucun suivi spécifique au cours de l'exercice, mais des rappels ou précisions particulières ont été portés à l'attention de coordonnateurs ou de chefs de services par la directrice générale adjointe qui est responsable du dossier de la satisfaction à la clientèle.

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

Divulgarion 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 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 2018 au 31 mars 2019, 7 aides médicales à mourir ont été formulées, 4 ont été transférées dans un autre milieu avec l'accord du malade et de ses proches pour avoir l'AMM et 3 ne l'ont pas reçue. De ces trois cas, un est décédé trop rapidement et deux ont changé d'idée. 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, 23 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 2018-2019 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 2 223 720 \$ sans l'enseignement la formation et la recherche pour l'exercice 2018-2019, soit 49.6% 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 40% 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 (59,5%), les services d'hébergement (22,2%), la formation et l'enseignement (5,6%), la recherche (1%) et l'administration (13,2%). La masse salariale représente 85,3% de toutes les dépenses, les autres charges se répartissant principalement entre les fournitures médicales et les médicaments (2,8%), le service des repas (3%), l'hébergement et l'entretien du bâtiment (4,3%), les fournitures générales en administration, formation et recherche (4,3%).

Par ailleurs, il faut noter l'impact financier non négligeable de la présence de plus de 360 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 49 000 heures en 2018-2019. Calculé à un taux horaire de 15 \$, ce bénévolat représente une contribution valant plus de 735 000 \$.

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 (48 211,37\$) et des contributions spécifiques de la Fondation, en fonction des besoins et des dons dédiés reçus.

La Maison a procédé en 2018-2019 à l'acquisition d'immobilisations pour une valeur de 36 906\$. Rapport des auditeurs externes pour les états financiers au 31 mars 2019. (Voir document en annexe).

IV – GOUVERNANCE

Conseil d'administration

Le conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin était composé, en 2018-2019, des personnes suivantes :

Madame Jocelyne GUAY, *présidente*

Monsieur Louis CHANTAL

Madame Marie-José CÔTÉ

Madame Clémence DALLAIRE

Madame Lyse LANGLOIS

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

Madame Marie-Andrée GIROUX

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 2018-2019, cinq rencontres régulières, dont une où il a rencontré les gestionnaires de la Maison et les chefs de service.

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

Ainsi, le conseil a adopté la planification stratégique 2018-2021 et fait un suivi semestriel de l'état d'avancement du plan d'action, avec le constat que la planification stratégique en cours est réalisée selon les prévisions convenues.

Le projet de rénovation et d'améliorations fonctionnelles de la Maison demeure un objectif important. Une rencontre stratégique des trois conseils (Maison, Fondation et Bénévolat) s'est tenue le 6 juin 2018. La direction de la MMS y a présenté un plan d'améliorations modifié avec un modèle différent de gestion du projet, un échéancier avec des étapes plus étalées dans le temps, un financement plafonné à 4 M\$ et une priorité à la rénovation des chambres pour le plus grand confort des personnes malades. Ce plan a reçu l'adhésion de tous les membres. Il a été convenu cependant d'attendre la décision du CA de la Fondation de s'engager dans une grande campagne de financement avant de procéder. Cette décision fut prise en février 2019. La campagne vise à assurer la pérennité de la MMS et à réaliser le projet d'amélioration fonctionnelle. Ce projet comprend un agrandissement modeste afin d'agrandir le centre de jour, d'améliorer les espaces dédiés à la formation et l'enseignement ainsi que ceux consacrés à la cuisine et aux soins. Une chambre des familles est aussi prévue dans le nouveau projet.

Les prochaines étapes ont été à nouveau discutées à la lumière de la capacité financière de la Fondation et des plus récents échanges avec les instances réglementaires dont la Ville de Québec et le ministère de la Culture et des Communications afin de planifier le meilleur échéancier possible. La rénovation des chambres est prévue à l'été 2020 et l'agrandissement possible vers l'arrière de la Maison au printemps 2021.

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

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

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

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

Enfin, en juin 2018, le conseil a aboli le comité exécutif et créé en contrepartie un nouveau comité, soit le comité des ressources humaines. En cohérence avec ces changements, le conseil a adopté une version révisée du *Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et ses comités*. Il a également adopté une révision de l'énoncé des conditions relatives au statut de membre de l'organisme et une révision du *Comité des familles : composition et fonctionnement*. Il s'est aussi acquitté de ses obligations habituelles telles que l'examen des rapports sur la sécurité des soins et la satisfaction de la clientèle, l'adoption et le suivi du plan d'amélioration de la sécurité des soins 2018-2021, l'examen des états financiers périodiques, l'adoption du budget, l'adoption des états financiers vérifiés, le renouvellement des membres des comités d'éthique clinique et de la recherche, les nominations au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, l'adoption de diverses politiques nouvelles ou révisées, l'adoption des rapports annuels des comités qui relèvent de sa compétence et l'adoption du rapport annuel de la responsable du traitement des plaintes et de la qualité.

Comités et conseils relevant du conseil d'administration

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

- Comité 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 2018-2019 des personnes suivantes :

Monsieur Sylvain POULIOT, *président et administrateur* ;

Madame Marie-Andrée GIROUX, *administratrice* ;

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.

De façon plus spécifique, il reçoit les rapports du directeur général relatifs à l'embauche du personnel d'encadrement, émet des recommandations quant aux paramètres de rémunération du personnel d'encadrement, recommande l'adoption des politiques de gestion du personnel, incluant la politique de rémunération et d'avantages sociaux, les plans de relève du directeur général et de l'équipe de gestion, recommande l'adoption de la politique et procédure visant à prévenir et à contrer le harcèlement et la violence. Le comité des ressources humaines a également comme mandat de collaborer à l'évaluation du rendement du directeur général, à la détermination de sa rémunération, de ses objectifs annuels et des mesures liées à son développement continu.

Depuis sa récente création, le comité a accordé priorité à la planification de la main d'œuvre. Ce travail est fait avec le soutien de messieurs Christian de Beaumont et Nicholas Bergeron, du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Un portrait démographique et qualitatif des employés et des bénévoles de la MMS a été dressé, en étroite collaboration avec les gestionnaires des secteurs concernés. L'analyse des données est en cours et un rapport sera déposé au conseil en septembre 2019.

Par ailleurs, le comité s'est penché sur la problématique de gestion des employés et bénévoles difficiles. Il a élaboré un cadre de référence concernant l'application de mesures disciplinaires et administratives. Après consultation du comité de gestion, ce cadre a été finalisé et une formation a été offerte aux gestionnaires. Le cadre de référence a été implanté en février 2019. Une évaluation de son utilisation est prévue pour février 2020.

Le comité a aussi contribué à la mise de la politique sur le harcèlement en milieu de travail (octobre 2018) et à celle de la politique de rémunération selon les nouvelles normes de travail (janvier 2019). Enfin, il s'est penché sur un mécanisme de soutien/coaching destiné aux gestionnaires et sur des mesures proactives visant à favoriser un sain climat de travail dans les équipes. Les travaux sur ces derniers aspects se poursuivent.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité était formé en 2018-2019 des personnes suivantes :

Madame Clémence DALLAIRE, *présidente et administratrice*

Monsieur Sylvain POULIOT, *administrateur (jusqu'au 13 juin 2018)*

Madame Marie-José CÔTÉ, *administratrice (à compter du 13 juin 2018)*

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 cinq réunions au cours de l'exercice 2018-2019. Les principaux dossiers traités par le comité sont les suivants :

- Suivi de la politique sur la prévention des plaies de pression et leur déclaration ;
- Examen des rapports trimestriels sur la sécurité des soins, incluant l'analyse des incidents et accidents reliés à l'administration des médicaments, l'incidence des chutes et les circonstances de leur survenue, l'incidence des plaies de pression, les événements associés à l'usage de petits équipements, les recommandations émises et le suivi de ces recommandations;
- Suivi de l'implantation d'un nouveau questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle administré par voie électronique et examen des rapports trimestriels de satisfaction ;
- Étude du plan d'amélioration de la sécurité des soins 2018-2021 en vue de son adoption par le conseil et suivi semestriel de l'avancement du plan d'action en lien avec ce document;
- Étude du programme d'amélioration de la qualité 2018-2021 en vue de son adoption par le conseil ;
- Étude du protocole d'application des mesures de contrôle en vue de son adoption par le conseil ;
- Analyse de plusieurs tableaux de bord contenant des indicateurs de qualité et sécurité, y compris le tableau de bord destiné au conseil et un tableau sur l'état des équipes.

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

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le comité de gouvernance et de mise en candidature était constitué en 2018-2019 des personnes suivantes :

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

Madame Lyse LANGLOIS, *administratrice* ;

Monsieur André VIEN, *administrateur* ;

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

Le comité a tenu trois rencontres formelles au cours de l'exercice 2018-2019 de même que plusieurs rencontres informelles et échanges écrits concernant les diverses questions faisant l'enjeu de son mandat.

Les principales réalisations du comité sont les suivantes :

- Afin de pourvoir les postes devenant vacants au conseil d'administration, le comité a recommandé, à la suite de discussions avec la présidence et la direction générale, la nomination de mesdames Line Simard et Marie-Andrée Giroux. Ces nouvelles administratrices sont entrées en fonction à la suite de leur élection par les membres réunis en assemblée générale le 13 juin 2018. Le comité a aussi recommandé la nomination des dirigeants.
- Des modifications ont été apportées à l'énoncé des conditions relatives au statut de membre afin de préciser la catégorie de membre à vie de la Maison. Ces modifications ont été adoptées par le conseil d'administration en septembre 2018.
- Le *Règlement sur le fonctionnement du conseil d'administration et ses comités* a été modifié afin d'y intégrer le mandat et le fonctionnement du nouveau comité des ressources humaines constitué par le conseil d'administration en juin 2018.
- La révision de la procédure d'évaluation du rendement de la gouvernance a été amorcée et se poursuivra au cours de la présente année, en vue de procéder à l'évaluation individuelle des administrateurs et de la présidence au cours de l'automne prochain.

Comité d'audit

Le comité d'audit était formé en 2018-2019 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 2018-2019. Le comité a :

- examiné les états financiers périodiques de la Maison,
- validé les contrôles internes et les contrats émis
- établi les paramètres budgétaires et participé à la finalisation du projet de budget 2019-2020,
- révisé les politiques salariales des cadres et celle des employés,
- analysé les états financiers et le sommaire de l'audit déposé par les vérificateurs pour 2018-2019.
- Révisé la politique sur les frais de déplacements
- Le comité a aussi assuré le suivi de l'évolution des travaux préliminaires en vue d'une demande à la Ville de Québec et du Ministère de la Culture et des communications à l'égard des plans et devis du projet d'agrandissements modifié suite au Lac-à-l'Épaule des 3 CA de juin 2018.

Il a convenu du renouvellement du contrat d'assurance collective avec la Croix Bleu après demandes de soumissions à 5 entreprises et suite à l'analyse des différents scénarios proposés par notre courtier M. Nicolas Côté. L'objectif était de conserver la meilleure couverture possible tout en s'assurant du meilleur coût. La Croix Bleu a rempli ces exigences.

Le comité a assuré le suivi du dossier des gicleurs suite à l'avis de la firme Johnson Controls Contrats de services de plus de 25 000\$ entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019 :

Contrats avec une personne physique : 0

Contrats avec une personne morale : 1

Comité de révision

Le comité de révision a pour fonction de réviser, sur demande, le traitement accordé à l'examen d'une plainte par le médecin examinateur. Dans le contexte du faible nombre de membres du CMDP, un comité de révision différent est nommé chaque fois (*ad hoc*) qu'il y a une demande de révision, dans le but de s'assurer chaque fois de l'indépendance et de l'impartialité des deux membres du CMDP désignés pour siéger à ce comité. Il n'y a pas eu de demande de révision en 2018-2019.

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 2018-2019 des personnes suivantes :

Docteure Odette DÉSILETS, *médecin et présidente (jusqu'en septembre 2018)*

Docteur Samir AZZARIA, *médecin (président à partir de septembre 2018)*

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

Madame Josée BOILY, *pharmacienne*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne*

Madame Marie-Hélène BERGERON-BOIES, *pharmacienne*

Madame Pascale BLAIS, *pharmacienne*

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

Du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, le comité exécutif du CMDP a tenu cinq réunions et trois comités des titres. Les principaux sujets traités ont été :

- Élection à la présidence du CMDP ;
- Nominations des chefs de services de médecine et de pharmacie ;
- Mise à jour de la tenue du dossier professionnel ;
- Réorganisation du fonctionnement du service médical et répartition des responsabilités avec le départ du Dr Désilets.
- Adoption d'ordonnances collectives (11) ;
- Adoption de la politique sur le bilan comparatif des médicaments
- Rencontre annuelle avec les membres du CA de la MMS pour échanges suite au dépôt du rapport 2017-2018 du CMDP ;
- Loi 2 et son impact sur la MMS. Développement d'un guide pratique lors de demandes d'AMM et décision sur le rôle du 2^{ième} médecin dans les évaluations ;
- Sédation palliative ; révision des lignes directrices.
- Révision avec le comité responsable de la politique d'admission ;
- Suivi du projet d'agrandissement et de rénovation fonctionnelle ;
- Discussions sur un projet d'équipe mobile ;
- Planification de l'offre d'enseignement et de formation ;
- Révision des règlements du CMDP.
- Rédaction d'une ordonnance pré-imprimée pour l'insuline.

Comité des titres : 3 rencontres.

- Nomination du Dr Michèle Lavoie comme membre associée puis comme membre active.
- Quatre nominations temporaires pour des évaluations d'AMM.
- Aucune plainte médicale n'a été formulée.

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

- Comité 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 évènements 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 2018-2019 des personnes suivantes :

Mme Isabelle BEAULIEU, présidente, pharmacienne

Madame Martine LEROUX , coordonnatrice des soins infirmiers

Docteur Samir AZZARIA, médecin

Madame Pascale BLAIS, pharmacienne

Madame Marie-Hélène BOIES-BERGERON, pharmacienne

Docteure Odette DÉSILETS, médecin (jusqu'en septembre 2018)

Dr Michèle LAVOIE (à partir de septembre 2018)

Docteure Nancy GAUDREAULT, médecin

Madame Josée BOILY, pharmacienne

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

Le comité a tenu 27 réunions régulières au cours de l'exercice 2018-2019 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 (7) et en pharmacie (4).
- 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 la situation de pénurie de médicaments.
- Révision de 7 ordonnances collectives.
- Révision de 2 protocoles.
- Élaboration et révision de guides de prescription et élaboration de tableaux pour les ordonnances de médicaments pour les pousses-seringues et pour les nouvelles pompes B-Braun.
- Discussion et révision de la section des antimicrobiens du formulaire de médicaments.
- Présentation et révision de la règle de soins sur les ordonnances téléphoniques.
- Discussions sur les pompes à perfusion et les pousses-seringues.

- Discussions et révision des procédures d'inscription des allergies médicamenteuses au dossier médical
- Mise à jour de la politique et procédure de destruction des opioïdes en fin de quart de travail.
- Révision du règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances pharmaceutiques (REEOP)
- Rédaction de fiches d'information : Midodrine.
- Suivi de l'implantation des FADM avec de multiples ajustements au formulaire.
- Révision de la politique d'utilisation des opioïdes à la MMS.

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 2018-2019 des personnes suivantes :

Docteur Samir AZZARIA, *médecin et président du comité*

Docteure Odette DÉSILETS, *médecin (jusqu'en septembre 2018)*

Docteur Nancy GAUDREAU, *médecin (à partir de septembre 2018)*

Madame Josée BOILY, *pharmacienne*

Madame Isabelle BEAULIEU, *pharmacienne*

Madame Pascale BLAIS, *pharmacienne*

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

2 mai 2018

- Bilan annuel des sédations palliatives continues
 - (1er avril 2017 au 31 mars 2018)

26 juin 2018

- Suivi du bilan des sédations palliatives continues

6 novembre 2018

- Bilan (partiel) des décès de 2018-2019
 - (1^{er} janvier au 6 novembre 2018)
- Présentation de la version modifiée du formulaire « prescription de la sédation palliative continue » suite aux recommandations lors de la rencontre du 26 juin 2018.
- Bilan des BCM (bilan comparatifs des médicaments)
- Analyse ad-hoc de décès subit, inattendu ou 24 heures post-chute : 2 cas.

5 février 2019

- Suite du bilan des décès 2018-2019
- Suite du bilan des BCM (bilan comparatif des médicaments)
- Analyse ad hoc de décès subit, inattendu ou 24 heures post-chute : 1 cas

Pour l'année 2019-2020, il est prévu de traiter les dossiers suivants

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

Sédation palliative continue (SPC)

Le CEMDP procède annuellement à l'évaluation de la pratique médicale de la sédation palliative continue. Du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, 23 sédations palliatives continues ont été administrées sur 186 décès, soit un taux de 12,4%. A titre comparatif, le taux moyen depuis les 5 dernières années est de 7,9%. Il y a donc eu une augmentation du nombre de sédations palliatives continues constante d'une année à l'autre. Les 23 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 duré 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 CEMDP 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.

Le Comité des familles est normalement composé de deux membres élus pour trois ans par l'ensemble des proches convoqués en assemblée d'élection et de quatre membres cooptés. Plusieurs départs ont obligé à coopter de nouveaux membres pour assurer la continuité des activités du comité. Des élections auront lieu à l'automne 2019.

Les membres actuels sont :

Madame Sylvie LEBREUX, membre coopté

présidente par intérim depuis février 2019

Madame Pauline DÉSILETS, présidente jusqu'au 1^{er} février 2019

Madame Louise BEAULIEU, membre élue *secrétaire*

Madame Isabelle BÉDARD, *membre coopté*

Madame France ROY, *membre coopté.*

Madame Gisèle TREMBLAY, *membre coopté*

Le Comité des familles a tenu dix réunions au cours de l'exercice 2018-2019. Les principaux sujets traités et les réalisations sont :

- Diffusion du dépliant et d'autres informations sur le rôle du comité auprès des personnes malades et de leurs proches
- Participation à la révision du Guide pour un séjour harmonieux remis au malade et à ses proches au moment de l'admission
- Suivi des suggestions reçues dans les boîtes à suggestions du comité ;
- 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 ;
- Présence régulière de membres du comité à la Maison et au Centre de jour, pour faire connaître le comité aux personnes malades et aux proches, et pour répondre à leurs besoins ;

- Présence régulière de membres aux messes commémoratives (deux fois par année) ainsi qu'à la messe hebdomadaire, aux activités de formation, aux activités sociales de la Maison ;
- Participation à des associations ou comités régionaux ou provinciaux (congrès, colloques, formations) (ex : réseau des Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, Regroupement provincial des comités des usagers et des résidents, Conseil pour la protection des malades, Réseau québécois de soins palliatifs).

Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique était formé en 2018-2019 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 GAUDREAU, médecin

Madame Colette SOULARD, infirmière MMS

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 Martine FORTIN, intervenante en accompagnement spirituel.

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 2018-2019, 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 2018-2019 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*
Docteur Nancy GAUDREAU, *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 2018-2019, le comité a tenu deux réunions formelles, un nouveau projet a été déposé et étudié. 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 2018-2019. Aucun administrateur n'a fait de déclaration d'intérêts par rapport aux sujets traités par le conseil durant l'exercice 2018-2019.

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 déçues 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