



Le CHSM : au cœur de notre
communauté



Centre hospitalier affilié
universitaire

A University-Affiliated
Hospital Centre





Notre mission

Le Centre hospitalier de St. Mary est un hôpital communautaire jouissant d'une affiliation universitaire et desservant une clientèle multiculturelle. Nous visons à assurer des soins sécuritaires de grande qualité axés sur le patient et la famille.

Nos valeurs

Nous croyons :

- Au respect de la dignité de la vie
- Au soutien et au développement de notre personnel
- À l'intégrité et à la compassion.

Le CHSM : Au cœur de notre **communauté**

Le rapport annuel 2010-2011 du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) vise à tracer un portrait de notre communauté animée et diversifiée. Notre communauté va bien plus loin que les limites de notre quartier de la Côte-des-Neiges et de ses résidents. Elle s'étend du réseau de la santé montréalais, aux confins du Québec et, au-delà des frontières, au sein même de la communauté internationale, où le CHSM exporte son savoir-faire pour aider d'autres communautés à demeurer en bonne santé et à prospérer. Cette communauté s'étend bien au-delà de nos murs, englobant nos différences et célébrant nos points communs.

Au fil des ans, le CHSM s'est agrandi et s'est diversifié, augmentant continuellement son rayonnement, sans jamais négliger ses fortes racines communautaires.



Message du président et du directeur général et chef de la direction

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel du Centre hospitalier de St. Mary pour l'exercice financier 2010-2011.

À titre de l'un des meilleurs hôpitaux d'enseignement de Montréal, St. Mary possède un héritage dont il est fier car il offre des services à la communauté depuis plus de 85 ans en soins de courte durée. L'hôpital dispense de nombreux services hautement spécialisés tels que la dialyse rénale, l'oncologie, l'évaluation gériatrique et la psychogériatrie, la médecine nucléaire, la tomodensitométrie, ainsi que des examens d'imagerie par résonance magnétique. Il est l'un des plus importants centres de naissance à Montréal. Notre Département d'urgence a été reconnu comme l'un des plus efficaces de la ville. St. Mary est également reconnu comme l'un des deux sites désignés pour la chirurgie de la cataracte à Montréal. Nous sommes l'un des hôpitaux les plus achalandés pour les chirurgies de la cataracte, le remplacement de hanche et de genou, la chirurgie et la chirurgie d'un jour. Nous sommes responsables de la formation d'une importante cohorte d'étudiants et de résidents en médecine et dans un grand nombre de disciplines de la santé.

St. Mary a nommé D^{re} Susan Law à titre de vice-présidente des affaires académiques en avril 2010. Ce nouveau poste a été créé pour développer et consolider les activités de recherche et d'enseignement de l'hôpital en tant que centre hospitalier affilié universitaire. À la suite d'une analyse approfondie et d'une vaste consultation, le conseil d'administration a entériné la création d'un centre de recherche. Le Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires a été aboli; les fonctions et les équipes de recherche de ce département ont été incorporées au centre de recherche sous la direction des affaires académiques, ainsi que tous les éléments reliés à l'enseignement. Ce directorat possède un plan bien défini pour développer la recherche en services de santé et consolider davantage notre rôle au niveau de l'enseignement.

Un comité des affaires académiques du conseil d'administration a également été mis sur pied afin d'assumer un rôle consultatif et de surveillance en ce qui a trait à la recherche et à l'enseignement.

Nous sommes fiers d'annoncer qu'un comité de sélection a été mis sur pied pour la chaire de l'Université McGill en oncologie communautaire ayant comme principal objet le cancer du sein. Celle-ci sera la seconde chaire de McGill basée au Centre hospitalier de St. Mary.

Le mandat des membres du conseil d'administration a été prolongé jusqu'en 2011 puisqu'un nouveau projet de loi sur la gouvernance a été présenté à l'Assemblée nationale. Plusieurs groupes ont fait des représentations auprès de la Commission parlementaire. L'AQESSS (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux) et le CREPUQ (Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec) ont bien exprimé la position de l'hôpital qui est d'assurer une représentation adéquate de la collectivité et des universités afin de nous acquitter de notre mission avec un solide conseil d'administration.

St. Mary est responsable de la formation d'une importante cohorte d'étudiants et de résidents en médecine et dans un grand nombre de disciplines de la santé.



Pavillon
NORMA & ROBERT HAYES
Pavillon

En 2010-2011 trois membres du conseil d'administration ont remis leur démission. Nous désirons offrir nos sincères remerciements pour leur engagement et leur contribution à Mesdames Ida Graniero, Maureen Simonds et au Dr Marc Cotran qui se sont acquittés de leurs fonctions avec diligence comme représentants du personnel non-clinique, de l'université et des résidents respectivement.

De nouveau cette année la situation financière du système de santé fut au premier plan. La Loi 100, qui demande aux établissements de santé de réduire leur coût administratif de 10 %, incluant 25 % des coûts de formation, de publicité et de frais de déplacement jusqu'en 2013-2014, a été adoptée à l'Assemblée nationale. Pour St. Mary, la réduction de 10 % représente un montant de 850 000 \$. Les trois éléments suivants doivent être considérés pour effectuer les coupures : 1) le remplacement d'un employé sur deux qui partiront à la retraite – le ministère a décidé d'imposer une réduction de 2,4 % de la masse salariale du personnel administratif pour tous les établissements. Pour St. Mary, cela représente un équivalent temps complet pour cette année; 2) la réduction de 25 % pour la formation, les frais de déplacement et la publicité – pour un total de 24 000 \$. Cette proportion est relativement élevée puisqu'elle représente un quart de nos dépenses de formation; 3) nous avons une certaine latitude pour choisir où seront effectuées les autres coupures; elles ne doivent cependant pas toucher les services à la population.

À la suite des négociations avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, nous avons terminé l'exercice financier avec un déficit autorisé de 1,85 million \$. St. Mary a accepté de respecter la cible déficitaire pour les trois exercices financiers à venir (jusqu'à 2013-2014). Cet engagement repose sur les volumes d'activités actuels et ne tient pas compte des événements extraordinaires qui pourraient survenir. De plus, cet engagement ne sera réalisable que dans la mesure où l'Agence nous accordera le même soutien financier qu'elle nous a accordé au cours des dernières années. Nous sommes fiers de vous informer que le ministère, dans son évaluation annuelle de la performance des établissements de santé physique, démontre que St. Mary était de loin l'hôpital le plus performant et le plus sous-financé de l'île de Montréal, ainsi que l'un des meilleurs de la province.

St. Mary continuera de viser l'excellence pour l'amélioration des soins aux patients et la qualité des services qu'il offre à notre communauté.

À la suite de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2009, nous avons reçu le rapport final qui confirme que nous avons rempli toutes les exigences contenues dans les 15 recommandations.

Le Collège des médecins du Québec a effectué une visite d'inspection ciblée en mai 2010. L'objectif du comité d'inspection professionnelle est d'améliorer la qualité des soins médicaux offerts aux patients. Le Collège a demandé que des actions soient entreprises pour assurer une meilleure documentation en temps opportun dans les dossiers en urologie et en chirurgie générale dans le but d'améliorer la qualité. Le conseil d'administration a mandaté le comité de vigilance et de la qualité pour assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations en temps opportun et de lui en faire rapport.

Suite à l'enquête effectuée l'an dernier au sujet des analyses liées aux marqueurs tumoraux du cancer du sein, St. Mary s'est démarqué par sa conformité et les résultats qu'il a obtenus. Nous avons été invités à poser notre candidature pour être désigné comme centre régional pour les tests visant le cancer du sein.

Le programme de résidence en médecine familiale demeure l'un des plus importants et des plus recherchés au Canada. En conséquence, en 2010, toutes les places

ont été comblées au premier tour. Nous avons également reçu une confirmation pour le financement du programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger et nous prévoyons recevoir la première cohorte en mai 2011, compte tenu que des travaux de construction seront nécessaires pour répondre aux besoins de ce nouveau programme.

Une visite d'évaluation pour la certification « L'initiative Hôpitaux amis des bébés » a été effectuée les 29, 30 et 31 mars. Cette initiative a été lancée par l'Unicef et l'Organisation mondiale de la santé en 1991. Elle a pour objectif la promotion de l'allaitement maternel et procure une reconnaissance internationale aux établissements qui sont certifiés. Afin d'obtenir cette certification, l'établissement doit protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Le rapport verbal à la fin de la visite était extrêmement positif et nous sommes confiants que nous recevrons la confirmation écrite de cette désignation prestigieuse.

La construction de deux étages supplémentaires sur l'aile ouest de l'hôpital est notre priorité première. Nous avons reçu l'approbation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en février 2011 et le projet est maintenant à l'étude au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Des sessions d'information ont été offertes à nos voisins en mars et elles furent très appréciées. Ces deux étages supplémentaires permettront d'offrir des chambres privées et semi-privées, réduisant ainsi les risques d'infections nosocomiales. Ils amélioreront également la qualité de vie au travail de notre personnel dévoué tout en fournissant des installations qui répondront aux exigences qu'entraîne l'enseignement dans un centre hospitalier affilié universitaire.

Tout au long de l'exercice la situation des infections nosocomiales fut suivie de près et des rapports réguliers ont été présentés au conseil d'administration concernant le *C-difficile*, le SARM et l'ERV. Beaucoup de ressources ont été mises à contribution afin de contenir les infections nosocomiales. De plus, le personnel de l'hôpital a reçu plusieurs sessions de formation au cours de l'année.

St. Mary a toujours investi beaucoup d'efforts pour améliorer ses installations matérielles afin de répondre à la demande grandissante de services dans les divers secteurs de l'hôpital. Parmi les projets courants et à venir, on retrouve :

- Le centre de prélèvements, qui effectue un nombre élevé de tests et qui traite des échantillons provenant d'autres établissements, a été modernisé afin de mieux répondre aux besoins des patients et de notre communauté.
- Un plan d'agrandissement de l'urgence a été déposé pour répondre au nombre croissant d'ambulances qui atteint une moyenne de 20 par jour. Le ministère a approuvé l'agrandissement proposé ce qui augmentera la capacité de l'urgence de 15 à 22 civières.
- Les rénovations du hall d'entrée sont en cours et devraient être complétées au cours de l'été.

Prix et récompenses

- L'Association des résidents en psychiatrie de McGill – D^r Michel Élie, meilleur professeur de l'année et D^r Santokh Singh, meilleur superviseur clinique de l'année.
- Collège des médecins de famille du Canada – D^r Marc Cotran, membre sortant du conseil, a reçu le Prix de leadership pour les résidents de médecine familiale du CMFC.
- Madame Claire Mullins-Kruyt, membre du conseil, a reçu le Prix de bénévolat par excellence lors de la Journée nationale de la philanthropie.
- Madame Marie Iskandar, chef du Département de pharmacie, a reçu le prix « Femme arabe du Québec 2010 - Santé » pour sa contribution exceptionnelle à l'amélioration de la santé au Québec.

St. Mary continuera de viser l'excellence pour l'amélioration des soins aux patients et la qualité des services qu'il offre à notre communauté.



Nous aimerions remercier nos bienfaiteurs, bénévoles et conseils (centre hospitalier, fondation, gouverneurs et auxiliaires) pour leur soutien et leur engagement. Nous désirons également souligner la contribution de nos employés et médecins qui s'efforcent de maintenir des standards élevés de qualité de soins empreints de compassion.

Le président,

Marc W. Trottier

Le directeur général et
chef de la direction,

Arvind K. Joshi, M.D.

Portrait de la communauté du CHSM

D'abord établi en mai 1924 dans la maison Shaughnessy, au centre-ville de Montréal (maintenant le Centre canadien d'architecture), l'hôpital St. Mary puise ses origines dans la communauté irlandaise montréalaise. À l'époque, cet hôpital catholique irlandais comptait 45 lits. C'est en novembre 1934 que l'hôpital St. Mary a déménagé sur la rue Lacombe. Dans le temps, c'était l'hôpital le plus moderne en ville.



Affilié à l'Université McGill, le Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) compte maintenant 271 lits. C'est un hôpital communautaire desservant une clientèle multiculturelle et qui vise à assurer des soins sécuritaires de grande qualité, axés sur le patient

et la famille. Le CHSM est membre à part entière du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill.

Aujourd'hui, le CHSM se trouve au cœur de la ville de Montréal, dans l'arrondissement de Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce. Il sert une population située sur les territoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish et de la Montagne. Avec ses 338 696 habitants, ce territoire est l'un des plus peuplés de la ville et représente 18,3 % de sa population.

C'est aussi un territoire des plus variés culturellement. Près d'une personne sur deux (43,2 %) y est née à l'extérieur du Canada et un peu plus d'une personne sur dix (12,3 %) y est nouvellement arrivée au pays. On y retrouve les plus importantes communautés philippine, chinoise et roumaine sur le territoire de l'Île de Montréal.

Les territoires des CSSS Cavendish et de la Montagne comptent un nombre sensiblement plus élevé de familles avec enfants (64 %) que sur l'ensemble des 12 territoires des CSSS de la région montréalaise (62,7 %). À l'opposé,

De nos origines modestes comme premier hôpital catholique irlandais de l'île jusqu'à nos installations d'une diversité incroyable d'aujourd'hui, le CHSM a grandi avec les générations qui composent notre communauté. L'équipe de St. Mary comprend vraiment ce que signifie être au cœur d'une communauté et se consacre à la servir avec grand respect et passion.

les personnes de 65 ans ou plus vivant seules y sont plus concentrées que la moyenne montréalaise.

Même si 59 % des personnes vivant sur le territoire sont de langue maternelle française ou anglaise, l'anglais demeure généralement la langue d'usage au quotidien. Près d'une personne sur trois (26,5 %) parle tout de même une autre langue que le français ou l'anglais à la maison.



Les territoires des CSSS Cavendish et de la Montagne présentent de plus une forte concentration de diplômés universitaires. Si 44,8 % de la population de 25 ans et plus possède un diplôme universitaire, cette moyenne est de 28,6 % dans l'ensemble de la région montréalaise. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus y est aussi plus élevé et atteint 31 943 \$, comparativement à 26 793 \$ pour l'ensemble du territoire montréalais.

Outre la fabrication, les hommes travaillent principalement dans les services professionnels, scientifiques ou techniques, tandis que la population féminine est surtout spécialisée dans les soins de santé et l'enseignement. Ces concentrations s'expliquent par la proximité de plusieurs établissements hospitaliers, de l'Université de Montréal et de plusieurs autres établissements d'éducation.

De nos origines modestes comme premier hôpital catholique irlandais de l'île jusqu'à nos installations d'une diversité incroyable d'aujourd'hui, le CHSM a grandi avec les générations qui composent notre communauté. L'équipe de St. Mary comprend vraiment ce que signifie être au cœur d'une communauté et se consacre à servir notre communauté avec grand respect et passion.

Sources :

Agence de la santé et des services sociaux (2009) : Principales caractéristiques de la population du CSSS Cavendish, Direction de la santé publique, 12 pages.

Agence de la santé et des services sociaux (2009) : Principales caractéristiques de la population du CSSS de la Montagne, Direction de la santé publique, 12 pages.

Dr. J.J. Dinan, St. Mary's Hospital – The Early Years, Optimum publishing international, Ottawa 1987, 111 pages.

Territoire des centres de santé et de services sociaux (CSSS) Montréal



Le CHSM sert la population des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish et de la Montagne. Avec ses 338 696 habitants, ce territoire est l'un des plus peuplés de la ville et représente 18,3 % de sa population.

Notre communauté interne

Journée de reconnaissance du personnel 2010 - célébrons notre communauté interne

En guise d'appréciation pour le dévouement et les efforts de tout notre personnel et de nos bénévoles, le Service des ressources humaines du CHSM a organisé une journée de reconnaissance. Pour l'occasion, tout le monde était invité à déguster une variété de plats savoureux et à apprécier des animations musicales tout au long de la journée.



Le Dr Howard Stuart et son groupe de musiciens ont divertifié le personnel, les patients et les visiteurs sur des airs de jazz endiablés

La foire aux talents du comité des usagers

Pour une troisième fois, le comité des usagers du CHSM a organisé une foire amusante et divertissante qui mettait en vedette les talents artistiques des patients et du personnel de l'hôpital. En plus des expositions hautes en couleurs et attrayantes d'art et d'artisanat, telles que bijoux de fantaisie et peintures, les patients, les visiteurs et le personnel ont apprécié des danses rythmées, des prestations vocales et musicales d'artistes talentueux. Cet événement a non seulement servi à remonter le moral du personnel de l'hôpital et à favoriser un rassemblement harmonieux de la communauté du CHSM, mais les fonds recueillis seront versés à des projets axés sur le patient, principalement au Programme de santé mentale. Cette année, le service des nouvelles de CTV a couvert l'événement. Félicitations aux artistes et aux musiciens de talent!

Notre communauté interne, composée du personnel de l'hôpital, des bénévoles et des patients, combine leurs talents pour soutenir notre Programme de santé mentale.



Lyne McCready, coordonnatrice administrative en santé mentale (à gauche) et Diane Lapointe, superviseuse de la cuisine, qui a pris sa retraite après 40 années de service, devant un buffet bien garni.



Dr Ron Onerheim, pathologiste



Marie Iskandar, chef de la pharmacie.



David Bérubé, infirmier chef à l'unité de psychiatrie interne.

Notre communauté locale

L'esprit de générosité de la communauté du CHSM se reflète également par notre volonté d'aider notre communauté locale en donnant des produits non périssables de toutes sortes à MultiCaf, un organisme de ressources communautaires en alimentation situé au cœur du quartier de la Côte-des-Neiges, et en participant à la campagne Entraide, qui vient en aide aux nécessiteux à travers le Québec.



De gauche à droite : Yves Perreault, Avmor; Carlo DeStefano, chef du Service d'hygiène et de salubrité; Melissa Peneycad, EcoLogo; Mike Kamel, directeur des ressources matérielles et services de soutien.

Le CHSM continue son virage vert avec le programme Allégo

Le CHSM cherche continuellement à améliorer son environnement pour les patients et la communauté, son personnel, les médecins et les bénévoles. Après avoir été le premier établissement de santé canadien à recevoir la certification environnementale EcoLogo, nous nous sommes engagés dans un autre projet vert, le programme Allégo. Ce programme, initié par l'Agence métropolitaine de transport (AMT), vise à favoriser l'utilisation de modes de transport plus durables (le transport en commun, le transport actif comme le vélo ou la marche, le covoiturage, etc.).

Les objectifs du programme Allégo sont de faciliter et d'améliorer l'accessibilité à l'hôpital pour nos patients et notre communauté, nos employés et nos bénévoles; trouver des moyens de transports alternatifs et réduire l'utilisation individuelle de l'automobile; permettre au CHSM de continuer son virage vert en réduisant les émissions de gaz à effet de serre dans l'environnement; et contribuer à réduire la congestion automobile autour du CHSM.



Le CHSM célèbre notre communauté à « Côte-des-Neiges en fête »

La huitième édition de la grande fête de quartier « Côte-des-Neiges en fête » s'est déroulée au parc Kent. Tout le monde a eu l'occasion de célébrer la riche diversité culturelle, artistique et sociale de notre communauté. La fête a aussi été une occasion idéale de passer un après-midi rempli de plaisir et de divertissements pour toute la famille. Le CHSM s'est joint aux célébrations en y organisant un kiosque d'information.

St. Mary partage son expertise en soins de santé avec la communauté

Cette année encore, St. Mary a été le seul hôpital à participer au onzième anniversaire du Festival « Un goût des Caraïbes », organisé par la communauté antillaise, qui s'est déroulé à la Place Bonaventure. Le kiosque du CHSM portait sur le thème de la santé cardiovasculaire. Notre infirmière clinicienne, Paulette Morris, a rappelé à tous de faire preuve de vigilance avec leur santé cardiaque. De nombreux visiteurs ont profité de l'occasion pour faire vérifier leur tension artérielle, pour en apprendre davantage sur leur IMC (indice de masse corporelle) et pour se documenter sur le maintien d'un cœur en bonne santé. Plus de 2000 personnes ont assisté à cet événement qui a été couronné de succès.

Gemma Raeburn-Baynes (à gauche), présidente du Festival « Un goût des Caraïbes » et Paulette Morris, infirmière au CHSM, tout sourire après les résultats du test de pression sanguine.



« 24 heures de science » au CHSM

En collaboration avec « 24 heures de science » partout au Québec, et sous la direction du Dr Indrojit Roy, directeur du laboratoire de pathologie au CHSM, les membres de notre communauté ont eu l'occasion unique de faire un voyage à travers le corps humain, en passant de l'organe à la cellule. Les enseignants et les étudiants du James Lyng High School, le personnel du CHSM et le grand public ont participé à l'événement. Les étudiants ont également participé à un jeu interactif qui consistait à reconstituer les organes du système digestif sur un mannequin. Ils ont tous exprimé leur gratitude envers le CHSM de leur avoir donné un aperçu du fonctionnement interne du corps humain, ce qui les aide maintenant à comprendre l'impact réel de nos habitudes de vie sur notre corps!

Une autre initiative visant à partager nos connaissances avec les jeunes membres de notre communauté

Le CHSM a appuyé une nouvelle initiative appelée « Programme d'intéressement aux métiers et professions de la santé et des services sociaux ». Ce programme a été développé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, en collaboration avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC). L'objectif était de soutenir les élèves des écoles secondaires intéressés à poursuivre des carrières dans le réseau de la santé. Cinquante étudiants à travers l'île de Montréal ont participé au programme, dont trois ont été parrainés par notre établissement.

Les trois élèves ont complété un stage de sept semaines à St. Mary où ils ont eu l'occasion d'en apprendre davantage sur les diverses carrières disponibles à l'hôpital et d'observer nos employés dans le feu de l'action. Merci à tous les départements et services qui ont participé au programme en offrant une excellente opportunité d'apprentissage aux trois élèves!

Les participants à « 24 heures de science » reconstituent les organes du système digestif sur un mannequin.



Première rangée, les diplômés des écoles secondaires du quartier Côte-des-Neiges. Deuxième rangée, le personnel du CHSM.





Notre communauté de partenaires en santé

Onzième symposium annuel sur la recherche et premier colloque sur la recherche du CHSM

Le symposium annuel sur la recherche et la qualité des soins de St. Mary est l'occasion idéale pour les professionnels de la santé de l'île de Montréal d'évoquer des sujets de controverse en santé. Chaque année, cet événement offre à notre réseau de soins de santé une variété de conférences, débats, discussions et occasions de réseauter pour partager et diffuser les connaissances et les bonnes pratiques de chacun. Le thème de 2010 portait sur la gestion des émotions : « Du rire aux larmes : confronter la gamme émotionnelle ».

De plus, afin de rejoindre également la communauté des chercheurs, le Centre hospitalier de St. Mary a inauguré en septembre 2010 son premier colloque sur la recherche. Cet événement devrait devenir annuel et aborder un thème innovant différent à chaque édition; la première édition portait sur les unités de soins virtuelles, une innovation britannique en matière de réorganisation des services de santé qui associe les capacités prédictives de l'électronique avec une organisation humaine pour prévenir et éviter les hospitalisations imprévues. Des experts du Royaume-Uni, de Nouvelle-Zélande, mais aussi de Toronto et de notre hôpital ont échangé leurs expériences et leurs opinions sur ce sujet.

Certaines des fournitures médicales que Phil Carpenter et l'équipe du journal *The Gazette* ont apportées à Haïti.



PHOTO : COURTOISIE DU JOURNAL *THE GAZETTE*, PHIL CARPENTER

Notre communauté internationale

Le CHSM vient en aide aux communautés locales et internationales

Haïti

Lorsque Phil Carpenter, journaliste au journal *The Gazette*, a été affecté à la couverture de l'épidémie de choléra à Haïti, il a approché plusieurs hôpitaux afin d'obtenir des dons de fournitures médicales pour aider le peuple d'Haïti, les équipes médicales et les bénévoles présents sur place. St. Mary n'a pas tardé à réagir, ce qui fait dire à M. Carpenter qu'il fut « impressionné et touché par la générosité et le désir d'aider de St. Mary. Ces fournitures ont été d'un secours inestimable pour les patients et les équipes médicales dans la gestion de cette crise médicale. »

Népal

Rebecca Dyck, qui enseigne les soins infirmiers au Collège Dawson et est instructeur en soins infirmiers au CHSM, est allée à Tansen au Népal l'automne dernier pour enseigner les soins infirmiers. Elle a apporté avec elle quelques moniteurs électroniques de signes vitaux qui ont été donnés par le CHSM. « Dès le premier jour de notre arrivée à l'hôpital, un moniteur a été utilisé pour une intervention chirurgicale sur un enfant âgé de 6 jours. Le chirurgien a reconnu que le moniteur avait sauvé la vie du bébé! Il est étonnant de voir ce que nous pouvons faire avec les choses que nous jetons ici parce qu'elles sont périmées, mais qui peuvent avoir une nouvelle vie ailleurs », dit-elle.



Rebecca Dyck et Ganga Jirel, directrice des soins infirmiers à l'hôpital de Tansen, au Népal.

Le CHSM exporte ses compétences jusqu'en Afrique

Marie-France Brizard, gestionnaire du Programme mère-enfant du CHSM, a participé à la mise en place d'une équipe de référence en obstétrique, à Kinshasa, en République démocratique du Congo. Du 24 septembre au 9 octobre 2010, elle est partie en mission avec une collègue de l'Université McGill pour former le personnel et visiter les infrastructures de la clinique N'Galiéma. À l'inverse, M^{me} Odette Mwamba, directrice des soins de la Clinique N'Galiéma, et M^{me} Marianne Atambutubobale, infirmière chef de l'obstétrique dans la même clinique, sont venues au CHSM en avril 2011 pour observer le fonctionnement de notre équipe et échanger sur les protocoles administratifs et cliniques importants.

Cet échange s'est déroulé dans le cadre d'un projet du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) et de l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal, avec un financement de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).



De gauche à droite : Infirmière du centre de santé et maternité du Haut-commandement Kinshasa/Gombe; Marie-France Brizard, gestionnaire du Programme de soins mère-enfant du CHSM; Infirmière du centre de santé et maternité du Haut-commandement Kinshasa/Gombe; Luisa Ciofani, infirmière clinicienne à l'Université McGill.

Bilan combiné au 31 mars 2011

	2011	2010
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	6 036 132 \$	3 908 508 \$
Débiteur-Agence	33 812 267	4 960 619
Autres débiteurs	3 721 865	3 017 234
Charges payées d'avance	601 505	478 869
Stocks	3 372 386	3 496 021
Autres éléments	2 112	-
À long terme		
Immobilisations	75 014 599	69 372 856
Subvention à recevoir - réforme comptable	(3 300 414)	(3 585 776)
Placements à long terme	1 400	1 400
Congés à traitements différés	615 264	617 086
Total de l'actif	119 877 116	82 266 817
PASSIF		
À court terme		
Emprunts de banque	62 222 961	50 998 893
Autres créditeurs	26 661 351	23 625 498
Intérêts courus à payer	194 196	152 038
Avance de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées	4 003 879	2 319 772
Revenus reportés	1 324 884	659 639
Autres éléments	6 162	14 109
À long terme		
Billets - Fonds d'immobilisations	14 656 207	16 350 508
Revenus reportés	17 917 236	21 011 590
Autres éléments du passif à long terme	631 253	12 105
Total du passif	127 618 129	115 144 152
Solde du fonds		
Fonds d'exploitation	(7 813 884)	(32 950 206)
Fonds d'immobilisations	72 871	72 871
Fonds à destination spéciale	-	-
Total du solde de fonds	(7 741 013)	(32 877 335)
Total du passif et solde de fonds	119 877 116 \$	82 266 817 \$

État des résultats pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2011

REVENUS	2011		2010	
Agence	117 923 414	\$	113 748 403	\$
Contributions des usagers	4 703 098		4 893 047	
Autres	7 506 448		6 940 906	
	130 132 960		125 582 356	
CHARGES				
Salaires et avantages sociaux	86 718 373		84 188 894	
Médicaments	8 133 663		7 814 130	
Produits sanguins	2 820 292		2 924 987	
Fournitures médicales	12 749 500		12 402 643	
Denrées alimentaires	941 353		816 814	
Créances douteuses	636 930		772 681	
Intérêts sur emprunts	463 946		268 493	
Frais des services administratifs	4 417 166		3 909 113	
Entretien et fonctionnement des installations	5 904 479		5 859 939	
Autres	9 200 237		9 322 967	
	131 985 939		128 280 661	
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus)	(1 852 979)	\$	(2 698 305)	\$

Charges brutes des activités principales

Programme santé physique	69 216 147	\$	68 058 914	\$
Administration et soutien aux services	20 643 955		19 870 588	
Services non exclusifs à un programme	20 624 772		19 659 646	
Gestion des bâtiments et des équipements	10 847 808		10 959 873	
Programme santé mentale	2 968 064		2 929 742	
Programme services généraux – activités cliniques et d'aide	2 510 499		2 242 043	
Programme santé publique	17 009		71 899	
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	19 046		19 039	
Total des charges brutes	126 847 300	\$	123 811 744	\$

Statistiques

	2011	2010
Jours présence		
Courte durée	90 630	89 055
Longue durée	-	-
Nouveau-né	10 158	11 412
Admissions		
Adultes	11 449	11 639
Nouveau-nés	4 395	4 783
Accouchements	4 370	4 763
Durée moyenne du séjour		
Courte durée (jours)	7,92	7,65
Longue durée (jours)	-	-
Taux d'occupation (%)	91,62	90,03
Consultations externes	124 844	113 681
Chirurgie d'un jour - visites	10 364	10 332
Consultations - urgence	37 445	38 047
Audiologie et orthophonie - visites	2 329	1 935
Ergothérapie - visites	10 612	10 093
Physiothérapie - visites	28 724	26 982
Psychiatrie - visites	12 934	12 638
Imagerie médicale - examens	89 148	90 100
Laboratoires - procédures	2 967 715	3 016 345

RESSOURCES HUMAINES

Équivalents temps complet

Cadres	74	74
Employés - temps complet	969	938
Employés - temps partiel	343	346
Occasionnels	165	157
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice pour les occasionnels	301 356	287 254

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion et des contrôles afférents

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.

Tout au cours de l'exercice financier 2010-2011, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2010-2011 du Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Le directeur général et chef de la direction,



Arvind K. Joshi, M.D.





Conseil des infirmières et infirmiers

Crystal
Côté

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est responsable envers le conseil d'administration d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre hospitalier, de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers, de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés et d'assumer toute autre fonction que leur confie le conseil d'administration. Conformément aux règlements de l'établissement, le CII est responsable envers le directeur général de donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du centre hospitalier, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers et toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Au cours de l'exercice, le CII a décidé de recentrer ses énergies sur des sujets qui émergent sur une base continue : les problèmes de professionnalisme et les problèmes de communication de la part du CII envers ses membres. Le conseil a voulu envoyer un message énergique à ses membres relativement au développement d'une culture professionnelle qui fait la promotion des soins axés sur les patients, de la collaboration et de l'imputabilité. Au cours de l'exercice le CII a travaillé sur plusieurs projets dans le but général de redéfinir la culture des soins infirmiers et l'importance d'une évaluation continue des soins infirmiers, tout en mettant l'emphase sur la continuité des soins.

Le CII a également travaillé à la restructuration interne et au développement du conseil afin de promouvoir des canaux de communication appropriés des membres vers le conseil. Ceci permettrait, de plus, au CII de mieux évaluer les besoins du personnel de première ligne et d'assumer l'orientation nécessaire de ses membres. Afin de se recentrer sur la qualité des soins infirmiers, plusieurs comités qui se rapporteront au CII ont été mis sur pied.

Une inspection professionnelle aura lieu en janvier et, sous la direction de la vice-présidente des opérations et soins infirmiers, le CII se prépare à une autoévaluation en octobre 2011.

Les sujets d'intérêt au cours de l'année furent : la mise en œuvre des ordonnances collectives, la vérification du plan thérapeutique des soins infirmiers, le recrutement et la rétention des infirmières et infirmiers, le développement professionnel du personnel, la Journée des infirmières et infirmiers et les prix d'excellence.

Le conseil poursuit sa collaboration avec le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et désire souligner l'étendue du travail effectué par ce comité. Le CII vise à développer cette relation de travail de collaboration au cours de l'année à venir.

Crystal Côté,
présidente







Conseil multidisciplinaire

Judy Surette Le rôle du conseil multidisciplinaire est l'évaluation de la qualité des activités professionnelles de ses membres et l'amélioration constante des soins et des services qu'ils dispensent. Le conseil est composé de différents groupes de professionnels qui partagent l'engagement de fournir des soins de qualité empreints de compassion à une clientèle qui est également remarquablement diversifiée.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire accomplit son mandat par le biais de son comité interprofessionnel et de son comité de la qualité/éducation. Le comité interprofessionnel agit à titre de liaison entre le comité exécutif et les membres des disciplines, alors que le comité de la qualité/éducation partage et divulgue les activités des différentes disciplines du conseil en faisant la promotion de la formation et de la qualité par le biais de projets et de conférences, partageant et communiquant ainsi les activités des différentes disciplines du conseil multidisciplinaire.

Objectifs atteints et accomplissements de 2010-2011

Un sous-comité du comité exécutif du conseil multidisciplinaire a été mis sur pied pour mettre à jour les règlements du conseil, en tenant compte du nouveau statut de centre hospitalier affilié universitaire et des changements à la loi. Son mandat se terminera à l'automne 2011.

Le conseil multidisciplinaire, par le biais de son comité exécutif, a déposé des propositions à la vice-présidente des ressources humaines pour le recrutement, le maintien des effectifs et la reconnaissance de ses membres.

En collaboration avec le Service du contrôle et de la prévention des infections, le conseil multidisciplinaire continue de promouvoir la vigilance et l'éducation en matière de contrôle des infections et de la planification de pandémie.

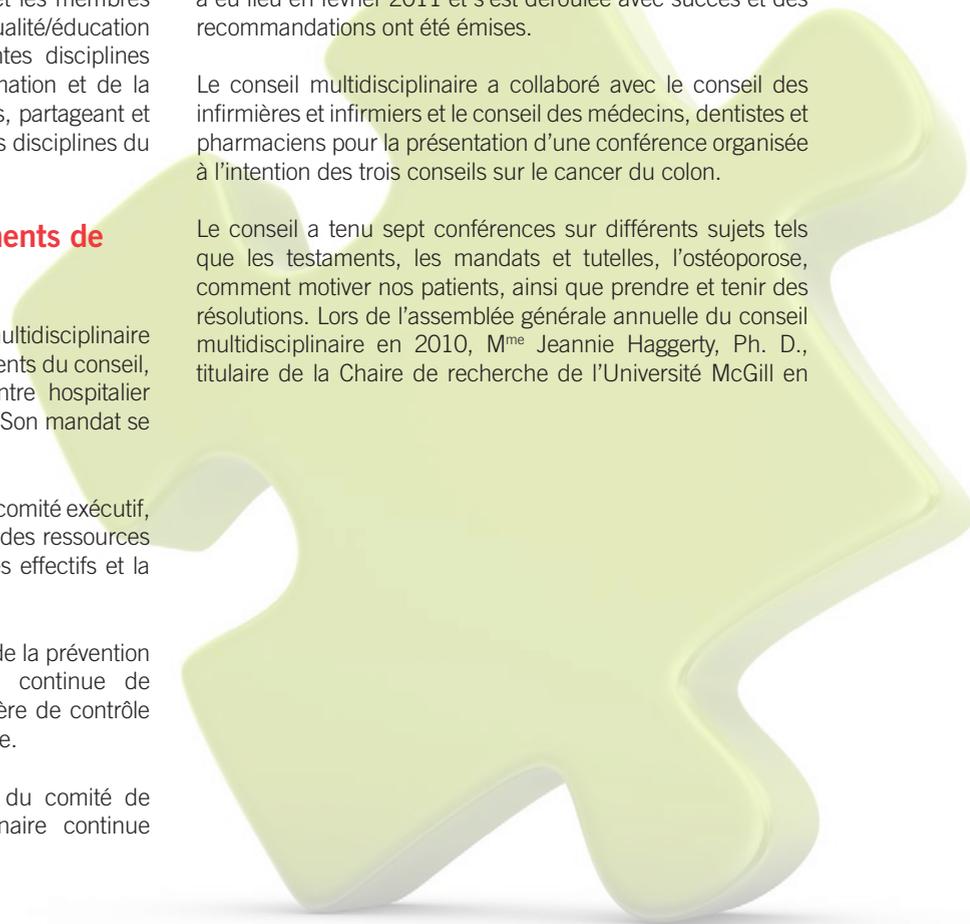
Par le biais du comité interprofessionnel et du comité de la qualité/éducation, le conseil multidisciplinaire continue

d'encourager le processus de révision par les pairs et les activités d'amélioration de la qualité des membres de toutes les disciplines.

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) a effectué avec succès une visite d'inspection du Service de physiothérapie en juillet 2010 touchant les pratiques recommandées et les directives pour l'entretien des équipements et des produits. L'inspection professionnelle a eu lieu en décembre 2010 pour laquelle nous attendons les résultats. La visite d'inspection du Service d'imagerie médicale a eu lieu en février 2011 et s'est déroulée avec succès et des recommandations ont été émises.

Le conseil multidisciplinaire a collaboré avec le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour la présentation d'une conférence organisée à l'intention des trois conseils sur le cancer du colon.

Le conseil a tenu sept conférences sur différents sujets tels que les testaments, les mandats et tutelles, l'ostéoporose, comment motiver nos patients, ainsi que prendre et tenir des résolutions. Lors de l'assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire en 2010, M^{me} Jeannie Haggerty, Ph. D., titulaire de la Chaire de recherche de l'Université McGill en





Anne Lacourse, musicothérapeute, avec une de ses patientes.



Jeanne Wong, physiothérapeute, avec un de ses patients.

médecine familiale et communautaire à St. Mary a présenté « La recherche à St. Mary – Un petit quelque chose pour chacun ». Ces initiatives éducatives furent bien reçues par les membres.

Le conseil multidisciplinaire privilégie des soins de santé de qualité, efficaces et sécuritaires, axés sur les patients et dispensés en temps opportun à l'intérieur et au-delà des contraintes de notre système de soins de santé. Les membres

exercent leur profession en collaboration avec les autres professionnels. Ils sont activement impliqués dans des activités d'enseignement, de recherche et de formation continue. Ils s'investissent auprès des collectivités universitaires et collégiales, ainsi qu'auprès de leur ordre professionnel; ils contribuent à des organisations régionales, provinciales et nationales, à des services de soutien communautaire et à la collectivité en général.

Objectifs pour 2011-2012

Faire la promotion de la sécurité des patients au sein des disciplines du conseil multidisciplinaire.

Compléter la mise à jour des règlements du conseil en tenant compte du nouveau statut de centre hospitalier affilié universitaire et des changements à la loi.

Encourager et contribuer au renforcement de l'autonomie des patients au sein de toutes les disciplines.

Continuer de promouvoir les activités d'amélioration de la qualité dans toutes les disciplines.

Judy Surette,
présidente





Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr Marcel Fournier

Le comité exécutif représente le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qui regroupe environ 300 membres.

Au cours de l'exercice 2010-2011, le CMDP s'était fixé cinq objectifs :

- l'inspection professionnelle par le Collège des médecins du Québec
- le programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger
- le recrutement des médecins – participation active du comité exécutif du CMDP à la promotion et la recommandation de médecins au CHSM.
- la Loi 90
- le projet OACIS

Les priorités du comité exécutif pour l'exercice 2011-2012

1. L'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec

C'est à l'unanimité que le comité exécutif a convenu d'agir dans les dossiers suivants :

- révision des règlements administratifs des départements conformément aux recommandations du CMQ
- révision des règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- dossiers incomplets et rapports d'interventions chirurgicales
- inspection de l'évaluation de la qualité
- création d'un plan d'action spécifique conforme aux recommandations du CMQ pour les divisions de la chirurgie générale et de l'urologie
- révision des critères et des formulaires nécessaires pour le renouvellement de nomination des médecins.

2. Le programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger

Un programme d'éducation formel a été mis sur pied grâce à un travail ardu et beaucoup de dévouement. Les

premiers candidats commenceront leur formation dans un endroit dédié à cette fin à compter du mois de mai 2011, sous la direction du Dr Éric Tremblay.

3. Recrutement des médecins

Le recrutement des médecins est restreint par un processus long et compliqué, et ralenti par les différents niveaux d'exigences gouvernementales.

4. Loi 90

La loi concernant les ordonnances collectives – une partie importante de l'année a été consacrée à l'instauration d'un paradigme de travail pour l'évaluation et l'approbation des ordonnances par les divers comités impliqués dans leur surveillance.

5. Le projet OACIS

Docteur Howard Stuart est impliqué activement dans le projet OACIS. Une présentation est provisoirement à l'horaire pour l'automne 2011.

Trois comités se rapportent directement au comité exécutif :

- le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
- le comité de pharmacologie
- le comité d'examen des titres.

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CÉMDP)

Quatre comités font régulièrement rapport au CÉMDP :

- Comité de morbidité et de mortalité périnatales
Ce comité transmet des rapports mensuels relativement aux décès intra-utérins et néonataux. Des recommandations concernant la gestion des grossesses subséquentes peuvent être faites, lorsqu'il y a lieu.
- Comité des dossiers médicaux
Au cours de l'exercice, ce comité a révisé et entériné seize nouveaux formulaires qui ont été insérés aux dossiers médicaux de l'hôpital. Les dossiers incomplets sont aussi régulièrement portés à l'attention de ce comité. Le nombre de dossiers incomplets a diminué

à 902 (octobre 2010); augmenté à 1105 (janvier 2011); et diminué à 859 en avril 2011.

- Comité de prévention des infections
Au nombre des activités et des aspects étudiés, notons :
 - la surveillance continue du *Staphylococcus* résistant à la méthicilline (SARM), des *Enterococci* résistantes à la vancomycine (ERV) et du *C-difficile*;
 - les taux de fin d'année 2009 ont été présentés et étaient légèrement plus élevés à cause du ERV;
 - le taux d'infections du site opératoire était dans l'ensemble moindre. La plupart des recommandations sont suivies, comme les « trousse de préparation cutanée »;
 - la politique sur la pandémie d'influenza est maintenant complétée et fait partie du manuel de contrôle des infections;
 - les taux d'observance de consignation des antibiotiques préopératoires ont augmenté. Les taux sont passés de 45 % et atteignent maintenant 93 %. Une vérification a eu lieu au 6^e étage, en chirurgie.
- Comité d'examen des chirurgies
Des mini projets portant sur le cancer rectal seront mis en œuvre avec la participation du directeur de la pathologie.

Comité de pharmacologie

L'une des principales responsabilités de ce comité est de veiller à la surveillance de l'utilisation des médicaments en conformité avec les politiques et directives en vigueur au CHSM.

- Révision de l'utilisation des médicaments
 - révision de l'hyperalimentation;
 - nutrition parentérale totale – mise en œuvre d'analyses préliminaires des ordonnances pour une ordonnance non médicale justifiable; intervention du médecin des soins intensifs pour appuyer la nutritionniste.

- Approbation des règles d'utilisation suivantes :
 - ordonnances pré-imprimées et prescriptions de départ pour *hyperemesis gravidarum*;
 - ordonnances pré-imprimées pour parathyroïdectomie;
 - ordonnances pré-imprimées de soins intensifs pour choc septique;
 - ordonnances pré-imprimées de soins intensifs pour les cas de kétoacidose diabétique;
 - ordonnances pré-imprimées de soins intensifs pour les cas d'hypothermie suite à un arrêt cardiaque;
 - ordonnances collectives d'ibuprofène (pour les infirmières au triage de l'urgence);
 - ordonnances collectives d'acétaminophène (à l'échelle de l'hôpital);
 - ordonnances collectives M-003 pour butylbromure de scopolamine en imagerie médicale; nouveau dosage accru;
 - abandon temporaire de warfarine (Coumadin) avant la chirurgie – transition avec Fragmin;
 - ordonnances pré-imprimées pour l'hypersensibilité à la chimiothérapie;
 - substitution systématique de meropenem à imipenem;
 - protocole pour l'Intralipid;
 - politique pour l'utilisation de drogues en oncologie (révision);
 - ordonnances pré-imprimées pour l'induction de sonde cervicale;
 - substitution systématique de Timentin à Tazocin.

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a procédé à l'étude des compétences des médecins qui ont adressé une demande de nomination au CHSM et a soumis par la suite ses recommandations au comité exécutif du CMDP.

Les activités d'amélioration de la qualité

Les membres du CMDP prennent part également aux activités d'amélioration de la qualité des diverses équipes de l'hôpital. Ils présentent un rapport sur les résultats de leur travail au comité de coordination de la gestion de la qualité et des risques, ainsi qu'au comité exécutif du CMDP.

Marcel Fournier, M.D.,
président

Gestion de la qualité et des risques

L'objectif primordial de la gestion de la qualité et des risques au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) est le renforcement de la qualité des soins et de la sécurité lors de la prestation de nos services. Notre priorité est d'offrir un soutien aux divers programmes et conseils dans le cadre de leurs activités en matière de gestion de la qualité et des risques, et de maintenir la gestion de la qualité et des risques dans son ensemble au sein des divers programmes.

Le comité de coordination de la gestion de la qualité et des risques est l'élément central de la structure et sert de point de ralliement pour les équipes. En 2010-2011, le comité a tenu treize rencontres et a passé en revue les rapports annuels sur la gestion de la qualité et des risques présentés par les équipes suivantes : gériatrie, santé mentale, médecine familiale, soins intensifs, urgence, oncologie, ressources humaines, gestion de l'information, contrôle et prévention des infections, dialyse, soins mère-enfant, chirurgie, laboratoires, conseil des infirmières et infirmiers, conseil multidisciplinaire, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, services de réadaptation et imagerie médicale.

Agrément Canada

En 2010-2011, le Service de gestion de la qualité et des risques a participé au suivi en réponse aux recommandations émises à la suite de la visite d'agrément qui a eu lieu du 4 au 8 octobre 2009.

Les problématiques suivantes ont fait l'objet des principaux suivis :

- la nécessité de mettre en place un contrôle et un suivi des risques plus structuré dans deux zones d'activités cliniques;
- la création d'un processus de collecte de données sur l'administration des antibiotiques anaphylactiques;
- la création d'un processus de communication pour les informations sur les transfusions sanguines;
- la mise en oeuvre d'un processus de temps d'arrêt au bloc opératoire;

- l'extension du calendrier de conservation pour l'équipement de laboratoire;
- la planification d'une station de lavage des mains équipée d'un mécanisme automatique d'action;
- l'accessibilité aux outils de mesures des radiations pour le personnel des salles d'opération;
- la présentation systématique des rapports trimestriels d'incidents/accidents au conseil d'administration;
- la mise en place de formations aux mesures d'urgence en temps réel;
- les règles et procédures écrites de gestion des médicaments.

Tous les suivis furent complétés et Agrément Canada les a acceptés. L'organisme a également reconnu l'engagement constant de St. Mary à l'amélioration de la qualité des soins à ses patients.

Centre de recherche

Aucun cas de manquement à l'éthique et d'inconduite scientifique en recherche n'a été noté au cours de l'exercice financier 2010-2011.

Processus de déclaration des incidents et accidents

Le profil statistique des incidents/accidents pour l'exercice financier 2010-2011 est incomplet car des délais dans la mise en place du programme SSSS (Système d'information sur la sécurité des soins et services) ont repoussé la saisie des données. La mise en oeuvre du nouveau programme SSSS a permis de commencer la saisie des données des rapports d'incidents/accidents seulement à la fin de l'exercice financier 2010-2011. Le but principal de la mise en place de ce programme est de permettre un codage standardisé des événements de façon à pouvoir extraire des données valables pour les statistiques. En 2010-2011, 1791 incidents/accidents ont été rapportés¹. Il s'agit d'une baisse de 9,5 % par rapport à 2009-2010.

1. Reçus au Service de gestion de la qualité et des risques au 2 juin 2010.

Bien qu'une analyse plus fine des types d'erreurs rapportées n'est pas possible à cause des limitations et des défis liés à la mise en œuvre du logiciel SISSS, des études spécifiques effectuées au cours de l'année n'ont pas montré de changement significatif dans le type ou la sévérité des incidents/accidents rapportés.

Inventaire des risques

La gestion de la qualité et des risques surveille une variété de fonctions reliées à la gestion des risques dans tous les secteurs de l'hôpital. La liste suivante est l'inventaire des systèmes de contrôle en place au Centre hospitalier de St. Mary.

1. Les plaintes des patients
2. Les poursuites judiciaires
3. Les réclamations contre l'hôpital
4. Les réclamations d'assurance contre l'hôpital
5. Les griefs
6. Les isotopes radioactifs
7. Les activités de gestion de la qualité et des risques des conseils (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers)
8. Les activités de prévention des infections
9. Les accidents de travail, maladies professionnelles et CSST
10. Les conditions de travail dangereuses
11. Les risques reliés aux matières dangereuses
12. La violence en milieu de travail
13. Les risques reliés à l'équipement biomédical
14. Les alertes et rappels reliés à l'équipement biomédical
15. Les risques reliés à l'équipement autre que biomédical
16. Les risques reliés aux systèmes informatiques
17. Les risques reliés à la recherche (rapport annuel de l'éthique de la recherche)
18. Les mesures d'urgence et les autres incidents reliés à la sécurité
19. Les incidents/accidents (AH-223)
20. Les risques reliés aux mesures de contention
21. Les événements sentinelles.

Pour chacun des domaines identifiés, il y a un système précis de compte rendu incluant les rapports annuels et des parcours définis relevant de l'équipe de direction, des comités du conseil d'administration ou directement du conseil d'administration.

Les initiatives de la gestion des risques en 2010-2011

Parmi les nombreuses activités liées aux risques, les principales initiatives au niveau de l'hôpital ont été :

- le suivi des incidents/accidents pour s'assurer que les actions appropriées étaient menées par les zones concernées;
- la présentation des résultats de l'AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité) sur la gestion des narcotiques dans l'hôpital;
- les comités ad hoc de veille sur les événements ont analysé plusieurs situations et, dans toutes ces situations, ont préconisé des mesures correctives pour éviter une répétition de ces accidents;
- la Semaine de la sécurité des patients, qui comprenait trois conférences-repas portant sur comment compléter un cycle de la qualité au travail, la prévention et le contrôle des infections et la prévention des erreurs d'identification, et la formation ErroMed (facteurs humains et sécurité des patients) qui a été donnée à 23 membres du personnel.



Projets d'évaluation de la qualité complétés en appui aux équipes d'amélioration de la qualité

L'unité d'évaluation de la qualité a complété onze projets en appui aux équipes d'amélioration de la qualité. L'unité d'évaluation de la qualité a complété six projets et a initié onze nouveaux projets en 2010-2011. Un des projets qui a débuté en 2008-2009 et trois en 2009-2010 sont toujours en cours.

Activités de recherche

Avec le soutien du programme C.A.R.E., une évaluation du programme de formation ErroMed a eu lieu en 2010-2011. Le projet sera complété en 2011-2012. De plus, le Service de gestion de la qualité et des risques est impliqué dans le projet « Patients en tant que partenaires » en offrant son soutien au comité des usagers et aux équipes d'amélioration de la qualité du projet.

Onzième édition du Symposium annuel sur la recherche et la qualité des soins

Les objectifs du Symposium annuel sur la recherche et la qualité des soins sont de disséminer l'information et de favoriser la discussion sur les sujets suivants :

- les actions d'amélioration de la qualité menées à l'hôpital qui découlent de l'application directe des résultats de recherche;
- la recherche menée dans l'hôpital et qui est pertinente avec l'amélioration de la qualité;
- la recherche et/ou les initiatives d'amélioration de la qualité menées à l'extérieur de l'hôpital et dont les résultats peuvent être pertinents pour les soins et les services du CHSM.

La onzième édition de cet événement a rassemblé 138 participants autour du thème « Du rire aux larmes : confronter la gamme émotionnelle ». Les conférenciers ont fait part aux participants de leurs différentes perspectives face à la façon de traiter les émotions des patients, de la famille et des professionnels au sein du contexte des soins de santé. Quinze

affiches ont été présentées en compétition : elles mettaient en valeur des projets de recherche et d'amélioration de la qualité en cours ou achevés par les équipes de recherche et celles de l'amélioration de la qualité.

Audit annuel relatif à l'utilisation des mesures de contention

À cause de la révision de la politique sur l'utilisation des moyens de contention aucune inspection n'a été menée cette année. La dernière étude effectuée en 2008-2009 a démontré que la proportion des contentions n'a pas varié sur trois ans. Elle a également mis en évidence une amélioration dans la documentation sur l'utilisation des moyens de contention. Une autre inspection aura lieu en 2011-2012 pour voir si les tendances ont évolué.

Suivi relatif aux recommandations du coroner

Une recommandation du coroner a exigé un suivi. Une enquête interne approfondie dans ce cas spécifique a été effectuée et a démontré que les moyens de communication inter établissements en place avaient été utilisés de manière appropriée et jugés satisfaisants.

Activité de prévention et de contrôle des infections

Initiatives et projets

1. La surveillance des infections à *Staphylococcus aureus* (SA) mise en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) depuis 2006-2007 se poursuit. Notre intervention est basée sur les résultats. Nos taux d'infection à SA, c'est-à-dire de SARM sont respectivement de 43,75 %, 36,59 %, 28,13 %, et 34,62 % (taux corrigés) pour les quatre exercices financiers précédents. Notre taux s'est amélioré pendant l'exercice financier 2009-2010 pour atteindre un taux comparable aux autres hôpitaux de taille similaire dans la province.
2. Le taux d'infections bactériennes liées aux cathéters intravasculaires centraux déterminé par la surveillance au niveau provincial aux soins intensifs était de 2,33 %

pour l'exercice financier 2009-2010 et de 1,88 % pour 2010-2011.

3. Notre niveau de base du taux d'infections bactériennes liées aux cathéters intravasculaires centraux déterminé par la surveillance au niveau provincial était de 0,26 % pour l'exercice financier 2010-2011. Nous serons capables de nous mesurer aux unités de dialyse de même taille dans la province en 2011-2012.

Activités de surveillance et contrôle des infections nosocomiales

La surveillance et le confinement des organismes multi-résistants tels que le SARM et ERV (*enterococci* résistantes à la vancomycine) se poursuivent. Les *Staphylococcus* résistants à la méthicilline (SARM) font toujours l'objet de mesures particulières dans le service de contrôle des infections. Même si le nombre de patients souffrants de SARM nosocomial est plus bas que les années précédentes, leur nombre total reste élevé et pèse lourdement sur les ressources. Nous avons eu 118 cas de SARM nosocomial en 2010-2011 contre 132 en 2009-2010.

Notre taux d'ERV a diminué par rapport à l'année dernière. Nous avons eu 12 cas d'ERV nosocomial en 2010-2011 comparativement à 23 cas en 2009-2010.

La surveillance des infections du site opératoire (ISO) ne concerne que les patients admis à l'hôpital (les patients en chirurgie d'un jour en sont exclus) et les services de chirurgie suivants : générale, orthopédique, gynécologique et post-césarienne. Les rapports sont adressés individuellement aux chirurgiens et par code aux chefs de chirurgie et de service.

Le système de surveillance de *Clostridium difficile* mis en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2004-2005 à travers la province nous permet de nous placer au même niveau que les autres hôpitaux de même taille. Nous sommes presque de retour à notre niveau de base. Nous avons eu 38 cas en 2010-2011 comparativement à 45 cas nosocomiaux pour l'exercice financier 2009-2010.

Le principal objectif de la surveillance du taux de contamination des hémocultures est d'identifier des changements dans les taux et de préconiser des changements en cas de nécessité.

Les conséquences de la contamination des hémocultures sont :

- l'utilisation non appropriée des antibiotiques
- la durée d'hospitalisation prolongée
- les coûts additionnels liés à des hémocultures supplémentaires.

Le taux acceptable de contamination des hémocultures est généralement de 3 % ou moins. Pour les trois périodes qui ont fait l'objet d'une vérification au cours de l'exercice, les taux de contamination des hémocultures étaient de 0,59 %, 0,91 % et 0,9 % respectivement, bien en deçà du seuil de 3 %. Les contaminations des hémocultures au cours de ces trois périodes ont été répertoriées principalement à l'urgence et aux soins intensifs.

Enquêtes sur les apparitions d'infections

- Pendant l'exercice financier 2010-2011, deux éclosions d'ERV sont apparues au 8^e Principal et au 5^e Principal en février et novembre 2010. Le confinement a nécessité de nombreuses ressources.
- Nous avons aussi vu l'éclosion de SARM en avril et mai 2010 au 5^e Principal, au 5^e Sud et aux soins intensifs qui ont requis la mise en isolement de nombreux patients et l'augmentation des activités de nettoyage.

Formation

Au cours de l'exercice 2010-2011, 545 participants, dont 129 étudiants et 416 employés, ont reçu la formation donnée par l'équipe du contrôle des infections qui a consacré 36 heures aux sessions de formation interne.

Un total de 150 heures fut dédié à la formation du personnel du Service de prévention et de contrôle des infections : deux cliniciens en contrôle des infections, une secrétaire et un gestionnaire (trois cours en ligne, des classes à distance hebdomadaires, deux cours d'informatique et le renouvellement d'accréditation en contrôle des infections de la gestionnaire) ce qui permet à l'équipe d'avoir une connaissance à la fine pointe des pratiques de contrôle des infections, ainsi que de leur permettre de parfaire leur compétence pour accomplir leur travail de façon appropriée.

Projets achevés

1. La révision du Manuel de contrôle des infections (avril 2010 – mars 2011) se poursuit.
2. Des affiches, enseignes, brochures et documents d'information sur le contrôle des infections sont mis à jour et distribués via le Service de communications visuelles.
3. Des inspections surprises pour évaluer l'observance aux normes de contrôle des infections et d'hygiène des mains sont menées en cas d'éclosion. Ces interventions se font sur la base de l'identification des cas (un total de cinq inspections ont eu lieu en 2010-2011).
4. Le service participe aux tables rondes régionales et nationales sur les infections nosocomiales, avec l'INSPQ, les associations de contrôle des infections nationales et provinciales, et le groupe de travail de McGill sur le contrôle des infections.
5. Sur la base des résultats obtenus lors de deux vérifications effectuées au bloc opératoire en avril 2009, des recommandations ont été partiellement instituées au cours de l'exercice 2010-2011. Le suivi est toujours en cours.

Projets à venir 2011-2012

- La poursuite des efforts en matière de respect des normes d'hygiène des mains.
- Des inspections pour vérifier le respect des normes d'hygiène des mains auront lieu au mois d'août 2011; nous pourrions alors comparer aux inspections similaires qui ont eu lieu en 2007 et 2009.
- La collaboration avec l'équipe de chirurgie pour compléter la mise en œuvre des recommandations suite à l'inspection du bloc opératoire en 2009-2010.
- Le projet de signalisation a pour objectif de standardiser les enseignes indiquant les précautions à prendre pour contrôler les infections dans tous les hôpitaux d'enseignement de l'Université McGill. Le groupe de travail composé de cliniciens en contrôle des infections en provenance des différents hôpitaux du réseau McGill s'est penché sur les recherches et les lignes

directrices disponibles, et conséquemment ont initié des changements aux enseignes de contrôle des infections. Le but est de faciliter la reconnaissance de la signalisation du contrôle des infections pour les professionnels des soins de santé et le personnel de soutien qui travaillent au sein des différents établissements de soins de santé, et par conséquent, améliorer le respect des règles. Pour le même motif la standardisation de la signalisation sera également bénéfique pour les patients et leurs familles qui visitent les hôpitaux du réseau McGill. La première étape s'est déroulée au 5^e Sud à la mi-mai avec un projet pilote d'une durée de trois semaines.

- Le contrôle de la qualité de l'observance des mesures de contrôle des infections dans certaines zones ciblées.

Recommandations et priorités en matière de gestion des risques pour 2011-2012

- Préparer et organiser le processus d'autoévaluation en préparation pour la visite d'Agrément Canada en 2012.
- Réduire l'accumulation d'entrées de données pour les incidents/accidents dans le programme SISSS.
- Suivre de près les projets d'évaluation de la qualité et les liens avec les standards d'agrément.
- Poursuivre les fonctions suivantes :
 - formation au sein des services sur la gestion de la sécurité et du risque pour le personnel et les gestionnaires;
 - l'organisation de la Semaine de la sécurité des patients, qui inclut une formation spéciale de deux jours pour le personnel et les gestionnaires sur les facteurs humains et la sécurité des patients (ErroMed);
 - formation annuelle additionnelle ErroMed pour le personnel à compter de 2011-2012;
 - le soutien aux équipes d'amélioration de la qualité dans tout l'hôpital;
 - le soutien au Symposium annuel sur la recherche et la qualité des soins.

Rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité

Traitement des plaintes

Complété sans mesure corrective	54 %
Complété avec mesures correctives.....	43 %
Refusé ou interrompu	1 %
Abandonné.....	2 %

Résumé des plaintes

Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	9
Plaintes reçues durant l'exercice	189
Plaintes conclues durant l'exercice	191
Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	7

Catégories de plaintes

Accessibilité	35
Soins et services	52
Relations interpersonnelles	47
Environnement et ressources matérielles	30
Aspect financier	24
Droits particuliers	28
Autres	0

Auteurs des plaintes

Usagers	64 %
Tiers	36 %

Délai de traitement

- 45 jours.....	84 %
+ 46 jours.....	16 %

Rapport du comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, le comité s'est rencontré à trois reprises. Au cœur de son mandat, le comité veille à ce qu'un suivi adéquat soit fait quant aux principales recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et qui pourraient être retenues par le conseil d'administration. Ce dernier a retenu la recommandation de la commissaire locale qui concerne les processus de l'accès téléphonique aux différentes cliniques afin que ceux-ci soient révisés.

Le comité a révisé le rapport des poursuites légales ayant été déposées à l'égard du centre hospitalier au cours des dernières années.

Par ailleurs, le comité s'est intéressé aux conclusions présentées par Agrément Canada à la suite de la visite de cet organisme en octobre 2009. Le comité a également pris connaissance des recommandations contenues au rapport d'inspection du Collège des médecins et s'assurera du suivi de celles-ci dès l'automne 2011. Les recommandations du comité seront remises au conseil d'administration le cas échéant.

La nouvelle version du code d'éthique a été présentée au comité à la suite de son adoption par le conseil d'administration.

Le comité a aussi été informé de l'évolution du traitement des plaintes tout au long de l'exercice.



Comité des usagers

Défendre, protéger et s'assurer du respect des droits des patients, tel est le mandat du comité des usagers. Le respect du droit des usagers et la qualité des services représentent la base qui guide les actions du comité des usagers. Il est de la responsabilité du comité d'accompagner et d'assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte en vertu de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Le comité des usagers est formé de neuf membres. Un des membres représente le comité au conseil d'administration de l'hôpital. Une personne-ressource agit à titre de secrétaire du comité.

Le comité des usagers se réunit tous les derniers vendredis du mois, de septembre à mai. Deux réunions d'urgence ont été convoquées au cours du dernier exercice. Les gestionnaires de l'hôpital sont régulièrement invités aux rencontres du comité.

Le comité fait partie du Regroupement provincial des comités des usagers. Une section anglophone a été constituée et elle s'est réunie à trois reprises.

Un budget annuel est alloué au comité des usagers et il est utilisé conformément aux directives émises par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Le comité participe au projet « Patients en tant que partenaires ». Il s'agit d'un projet d'une durée de deux ans auquel participent trois secteurs de l'hôpital : la santé mentale, l'urgence et la cancérologie. Ce projet vise à renforcer la voix du patient au sein des initiatives d'amélioration de la qualité.

Au cours de l'exercice, le comité a reçu environ 100 appels concernant, par exemple, la difficulté de prendre des rendez-vous par téléphone, des rendez-vous annulés sans avertissement, l'impolitesse du personnel, les dossiers perdus, les secteurs cliniques malpropres. On offre à chaque personne la possibilité de formuler une plainte officielle. Lorsque la situation implique un médecin, la personne est automatiquement référée à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Tous les objectifs de 2010-2011 ont été atteints.

Objectifs pour 2011-2012

- S'associer au Service de la gestion des risques pour la Semaine de la sécurité des patients.
- Amorcer une campagne « En parler! » pour les patients.
- Trouver une solution aux problèmes de rendez-vous par téléphone.
- Assister les patients aux prises avec des difficultés de langage à s'acclimater à l'hôpital.

Patricia McDougall,
présidente



Code d'éthique

Le présent code d'éthique régit les membres du conseil d'administration dans l'exercice de leurs fonctions.

Devoirs et obligations générales

1. Les membres du conseil d'administration doivent respecter la dignité de la vie humaine et le droit des personnes de recevoir des services de santé et des services sociaux, indépendamment de leur race, de leur couleur ou de leur religion.
2. Les membres du conseil d'administration doivent démontrer un esprit de collaboration et participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
3. Les membres du conseil d'administration doivent assister aux réunions du conseil et voter sur toutes les questions qui leur sont soumises et qui ne mettent pas en conflit leur intérêt personnel et celui de l'établissement.
4. Les membres du conseil d'administration doivent agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, honnêteté, impartialité, loyauté et objectivité.
5. Les membres du conseil d'administration doivent préserver la confidentialité des débats, des échanges et des discussions.

Devoirs spécifiques

1. Les membres du conseil d'administration ne doivent pas solliciter, accepter ou exiger, directement ou indirectement, de qui que ce soit, tout don, récompense ou avantage qui pourrait raisonnablement porter à croire que leur impartialité, leur jugement ou leur loyauté en tant qu'administrateur de l'établissement est compromis.
2. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur ont été conférés.
3. Les membres du conseil d'administration qui ont un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ou un projet qui met leur intérêt personnel en conflit avec celui de l'établissement, ou qui suscite une appréhension raisonnable d'un tel conflit, doivent aviser le conseil de cette situation par écrit, aussitôt que possible.

4. Tout membre du conseil qui est tenu de dévoiler un intérêt conformément au paragraphe précédent doit s'abstenir de participer aux délibérations ou aux discussions du conseil portant sur le sujet de son intérêt.
5. Les membres du conseil d'administration doivent aviser le conseil, aussitôt que possible, par écrit, de l'existence de tout contrat de biens ou de services professionnels conclu avec l'établissement par toute personne morale, société ou entreprise dans laquelle ils travaillent ou ont des intérêts pécuniaires.
6. Un avis écrit est présumé avoir été donné au conseil d'administration lorsqu'un tel avis est donné au directeur général de l'établissement. Le directeur général doit communiquer l'avis ainsi reçu aux autres membres du conseil d'administration, aussitôt que possible.
7. Les membres du conseil d'administration ne doivent pas faire usage de renseignements de nature confidentielle en vue d'obtenir directement ou indirectement des avantages pour eux-mêmes. Après l'expiration de leur mandat, les membres du conseil d'administration doivent respecter la confidentialité de tout renseignement de quelque nature que ce soit dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions au sein du conseil, à moins que ces renseignements ne soient devenus publics.

Sanctions

1. Tout manquement à un devoir prévu par le présent code ou par la loi constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
2. Toute personne qui a des raisons de croire qu'un administrateur a contrevenu au présent code doit en aviser le directeur général, par écrit, en lui donnant suffisamment d'explications pour décrire la présumée contravention, en indiquant quand et où elle a eu lieu et en faisant état de la preuve qui l'a amenée à conclure qu'une telle contravention avait effectivement eu lieu. Lorsque la plainte concerne le directeur général, l'avis ci-devant prévu doit être adressé au président du conseil d'administration. Les membres du conseil doivent recevoir une copie de la plainte aussitôt que possible.

3. Après avoir entendu les explications de l'administrateur visé par la plainte, les autres membres du conseil d'administration peuvent décider de constituer un comité formé de trois d'entre eux afin de faire enquête, de faire rapport au conseil pour lui indiquer si la plainte est fondée ou non et, le cas échéant, de recommander qu'une enquête plus poussée soit effectuée par le conseil ou par d'autres personnes, ou encore qu'une sanction soit prise. Le comité doit aviser l'administrateur visé par la plainte de ses rencontres et doit lui donner, ou à son représentant, une opportunité raisonnable d'être entendu et de faire des représentations par écrit, si tel est son désir. Les délibérations d'un tel comité sont confidentielles.
4. Le comité ainsi formé doit faire rapport au conseil d'administration, par écrit, aussitôt que possible. Dans le cas où le rapport recommande l'imposition d'une sanction, le conseil peut, à sa discrétion, décider de réprimander l'administrateur qui a contrevenu au présent code d'éthique ou lui demander sa démission. En outre, il peut également décider d'entreprendre des procédures civiles ou pénales contre cet administrateur. La décision du conseil d'administration doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.
5. Les membres d'un comité ainsi formé et ceux du conseil d'administration ne peuvent être poursuivis en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions conformément au présent code.

Distribution du code

1. Un exemplaire du présent code doit être remis à tous les membres du conseil d'administration au début de leur mandat avec une mention d'en prendre connaissance et de s'y conformer.
2. Toute personne qui en fait la demande auprès de l'établissement peut avoir accès à un exemplaire du présent code d'éthique, qui sera également publié dans le rapport annuel de l'établissement.
3. Le rapport annuel de l'établissement doit notamment faire état des aspects suivants :
 - a) le nombre et la nature des plaintes reçues;
 - b) le nombre de cas traités et leur suivi;
 - c) le nombre et la nature des sanctions imposées;
 - d) le nom des administrateurs à qui le conseil a demandé la démission, le cas échéant.

Au cours du dernier exercice se terminant le 31 mars 2011, le conseil d'administration n'a reçu aucune plainte ou indication à l'effet que le code n'ait pas été respecté.



Au 31 mars 2011

LA DIRECTION

Arvind K. Joshi, M.D.
Directeur général et chef de la direction

Linda Bambonye
Vice-présidente
Opérations et soins infirmiers

Bruce Brown, M.D.
Vice-président
Services professionnels

Ralph Dadoun, Ph.D.
Vice-président
Services corporatifs et de soutien

Elisabeth Dampolias
Vice-présidente
Ressources humaines

Susan Law, Ph.D.
Vice-présidente
Affaires académiques

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Marcel Fournier, M.D.
Président

Chryssi Paraskevopoulos, M.D.
Première vice-présidente

Paul Stephenson, M.D.
Second vice-président

Marie Iskandar, M.Sc.Pharm.
Trésorière

Balbina Russillo, M.D.
Secrétaire

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Crystal Côté
Présidente

Cindy Marchand
Vice-présidente

Natalie D'Aoust
Trésorière

Megan Fournier
Relationiste

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Judy Surette
Présidente

Marcela Hidalgo
Vice-présidente

Filomena Novello
Trésorière

Marc Pineault
Secrétaire archiviste

Flora Masella
Relationiste

CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ EXÉCUTIF

Marc W. Trottier
Président
Fondation

Rafik Greiss
Premier vice-président
Population

Suzanne Gouin
Seconde vice-présidente
Comité des usagers

James C. Cherry
Trésorier
Personne morale (Gouverneurs)

Richard J. Renaud
Président sortant
Personne morale (Gouverneurs)

MEMBRES

Samuel Benaroya, M.D.
Université

Martin Cauchon
Cooptation

Bonnie Cuthbert
Personnel non-clinique

Anne-Marie d'Amours
Population

Rita Lc de Santis
Agence de Montréal

Lorna Dowson
Conseil multidisciplinaire

Gail Goldman, M.D.
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Arvind K. Joshi, M.D.
Directeur général et chef de la direction

Liette Lapointe
Université

Michael Macchiagodena
Comité des usagers

Nancy Margaret Marrelli
Agence de Montréal

Claire Mullins-Kruyt
Cooptation

Lina Palazzo
Conseil des infirmières et infirmiers

Dominique Piper
Résidents

Murray Steinberg
Cooptation

Marcel Villeneuve
Fondation

CHEFS DE DÉPARTEMENTS CLINIQUES

Molly McHugh, M.D.
Anesthésie

John R. Sutton, M.D.
Chirurgie

Joe Dylewski, M.D.
Laboratoires

Michael Bonnycastle, M.D.
Médecine

Roni Berbari, D.M.D.
(par intérim)
Médecine dentaire

Alan Pavilanis, M.D.
Médecine familiale

Robert Hemmings, M.D.
Obstétrique et gynécologie

Jaroslav Prchal, M.D.
Oncologie

Conrad Kavalec, M.D.
Ophtalmologie

Apostolos Papageorgiou, M.D.
Pédiatrie

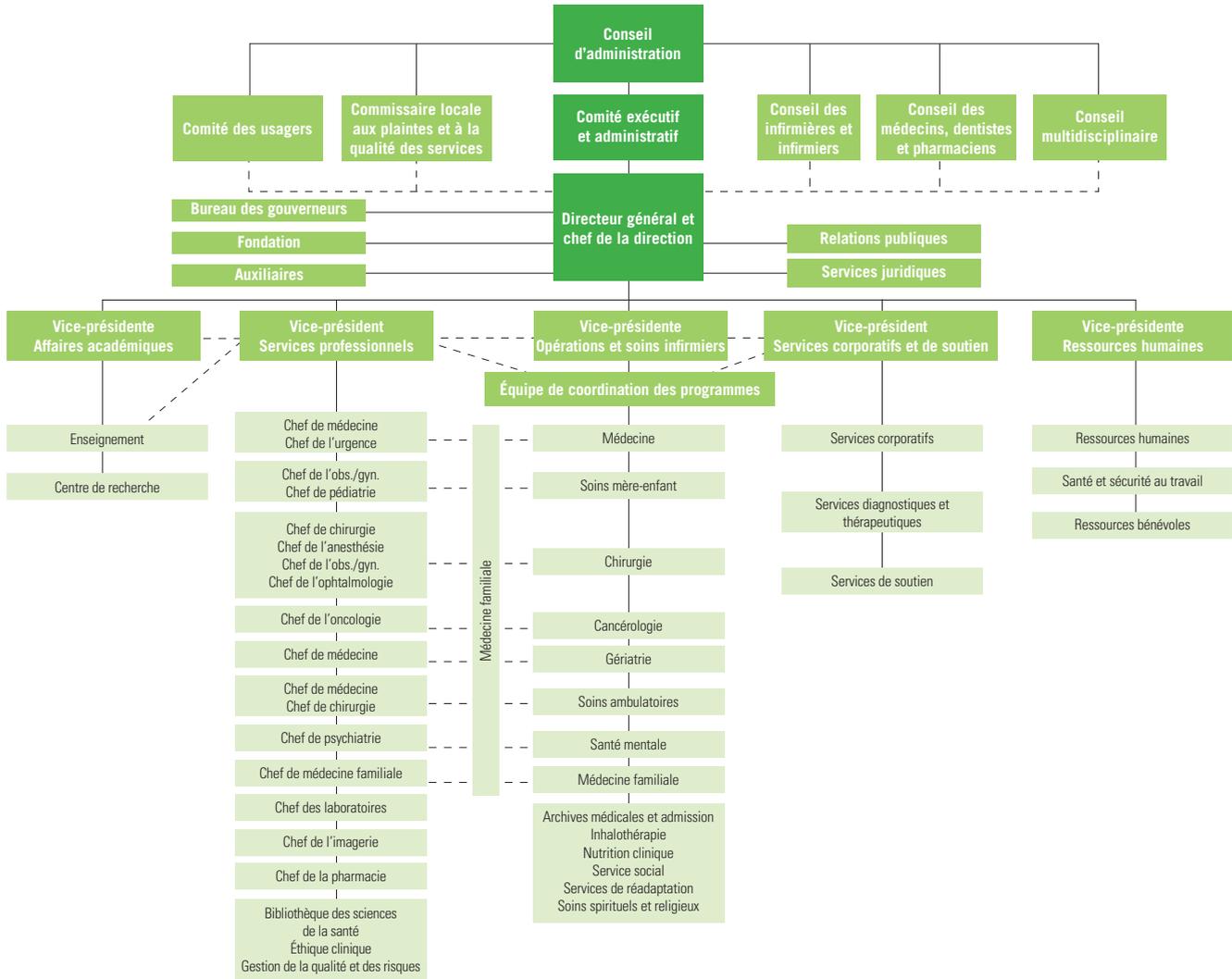
Marie Iskandar, M.Sc.Pharm.
Pharmacie

Suzanne Lamarre, M.D.
Psychiatrie

Jack Glay, M.D.
Radiologie

Rick Mah, M.D.
Urgence

Structure organisationnelle



Au CHSM, nous avons notre
communauté
à cœur!



Centre hospitalier affilié
universitaire

A University-Affiliated
Hospital Centre



McGill

Publication : Service des relations publiques et des communications, CHSM
Design graphique, photographie et production : Service des communications visuelles, CHSM
3830, avenue Lacombe, Montréal (Québec) H3T 1M5

Tél. : (514) 345-3511
Télec. : (514) 734-2692
www.chsm.qc.ca

Avis de non-responsabilité :

Certaines informations exprimées dans ce rapport annuel reflètent des objectifs et des ambitions à long terme.
Les données et statistiques contenues dans ce document représentent les informations disponibles au moment de la publication.