



CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY - RAPPORT ANNUEL 2007 - 2008



D'hier à **DEMAIN**





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

Message

du président et du directeur général et chef de la direction

C'est avec fierté que nous vous soumettons le bilan des activités du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) pour l'année 2007-2008.

Reconnu pour son efficacité et sa performance exceptionnelle, le CHSM poursuit ses efforts pour une utilisation optimale des ressources, tout en maintenant sa longue tradition de prestation de soins et de services de santé à la communauté.

Une entente de gestion a été conclue entre le CHSM et l'Agence de la santé et des services sociaux (l'Agence), définissant nos objectifs pour 2007-2008, tout en visant une cohérence entre nos actions et celles du réseau de la santé. Les objectifs et cibles issus de cette entente ont fait l'objet d'un suivi rigoureux et régulier de la part de l'équipe de direction.

Cette année encore, nos résultats en matière de performance financière sont conformes aux cibles établies par l'Agence qui avait fixé le déficit maximal pour l'exercice à 2,7 millions de dollars. De plus, une augmentation récurrente de notre base budgétaire de trois millions de dollars nous a été consentie, portant notre budget total de fonctionnement à 115 millions de dollars.

Grâce aux efforts soutenus et à la collaboration de chacun, nous avons également réalisé l'ensemble des volumes chirurgicaux visés. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau système visant l'amélioration de la gestion des listes d'attente en chirurgie électorale et la réduction des temps d'attente, le CHSM a été choisi comme site pilote pour la mise en œuvre du Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

Un hôpital est une entité dynamique sans cesse en mouvement. Les nouvelles technologies, l'élévation des connaissances et l'évolution des façons de faire sont autant de facteurs qui influencent et commandent des changements significatifs. Dans ce sens, le comité sur la planification stratégique du campus de l'hôpital a entrepris de revoir le développement des installations du CHSM. L'étude qui a été réalisée par la firme Conseil en immobilisations et management inc. nous a permis d'identifier les principales modifications que devra subir l'hôpital pour répondre aux besoins et exigences futurs. Le 28 novembre 2007, au terme d'une large consultation, les membres du conseil d'administration ont approuvé à l'unanimité le projet de développement immobilier qui vous est présenté plus loin dans ce rapport. C'est donc dans ce contexte stimulant que s'amorce un nouveau cycle de planification stratégique pour notre institution.

Parallèlement à cette phase importante de transformation et de croissance, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donné son approbation finale aux travaux de rénovation et d'agrandissement de l'unité de dialyse. C'est au cours d'une conférence de presse qui s'est déroulée le 17 mars 2008 que M. Raymond Bachand, ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et ministre du Tourisme, a annoncé la réalisation de cet important projet de l'ordre de 4,8 millions de dollars.

De plus, dans un souci constant de rehausser l'offre des soins et services et d'accroître la satisfaction du personnel, le CHSM poursuit depuis de nombreuses années la réfection de ses installations. Au nombre des projets réalisés ou en cours, mentionnons l'imposante transformation du Centre de jour en oncologie, la réfection des ascenseurs de l'édifice principal qui se déroulera sur une période de 12 mois, de même que la rénovation du Bureau d'admission et des Laboratoires.

Sur le plan des équipements, rappelons qu'un financement nous a été consenti pour le remplacement des génératrices. Sur le point d'être finalisé, ce projet majeur assurera le maintien de tous nos services en toutes circonstances.

Par ailleurs, dans le cadre du programme d'investissements en haute technologie, le MSSS a confirmé une contribution financière de 480 000 \$ pour l'acquisition de deux appareils d'anesthésie et d'un système de monitoring pour la salle de réveil.

Comme dans tout le réseau de la santé, le CHSM fait face à la rareté de la main-d'œuvre. Les problèmes qui découlent de cet état de fait sont bien réels : heures supplémentaires et surcharge de travail sont encore trop fréquentes. Le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre deviennent donc de la plus haute importance. Nous devons nous assurer de pouvoir continuer à attirer du personnel hospitalier et médical talentueux et à lui offrir un milieu de travail motivant et valorisant.

Le CHSM et ses partenaires ont une responsabilité collective envers la population du territoire. Nous assumons cette responsabilité en travaillant conjointement pour assurer l'accessibilité aux services et la continuité des soins.

C'est dans cet esprit que des travaux de réflexion et de conception ont été amorcés en vue de doter l'établissement d'un plan d'action novateur en matière de développement des ressources humaines. La pénurie des effectifs nous oblige à revoir l'organisation du travail. C'est en se positionnant en tant qu'employeur de choix que le CHSM réussira à relever l'immense défi qui se posera à tous les établissements de santé au cours des prochaines années.

Suivant le principe d'approche populationnelle, le CHSM et ses partenaires ont une responsabilité collective envers la population du territoire. Nous assumons cette responsabilité en travaillant conjointement pour assurer l'accessibilité aux services et la continuité des soins.

En plus de maintenir les alliances et ententes existantes, nous avons abordé et développé plusieurs thématiques avec les CSSS avoisinants, soit les CSSS Cavendish et de la Montagne. Dans le même esprit, le CHSM s'est impliqué activement au sein du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill.

Pour conserver la confiance que nous témoigne la population, l'offre de soins et de services de santé de haute qualité doit se conjuguer avec la nécessité d'assurer un environnement sécuritaire. Ainsi, la gestion des risques et de la qualité, de même que la prévention et le contrôle des infections demeurent des enjeux de toute première importance pour la direction et le conseil d'administration.

Les résultats enregistrés en 2007-2008 témoignent des efforts déployés par le personnel hospitalier et médical, de même que par les bénévoles pour appliquer les mesures de prévention de manière rigoureuse et pour assurer une prompt intervention lors de l'apparition de cas d'infection. Une chose est certaine, pour parvenir à contrer les infections nosocomiales, notre vigilance doit demeurer sans faille.

Par ailleurs, en lien avec le plan montréalais et les orientations ministérielles, les travaux préparatoires à une éventuelle pandémie d'influenza se sont poursuivis tout au long du dernier exercice. Ces travaux, qui représentent une quantité considérable de travail de la part de l'équipe de coordination et des équipes formées aux fins de développer les différents volets du plan local, nous permettront de faire face à une situation exceptionnelle qui pourrait survenir au cours des prochaines années.

Enfin, les 4 et 5 mars 2008, les représentants du MSSS ont procédé à une visite d'appréciation de la qualité des services des unités de soins de longue durée, notamment au plan de l'application de l'approche « milieu de vie ». Bien que le rapport soit attendu, de nombreux efforts ont déjà été consentis au soutien d'une meilleure intégration de cette approche.

Nous terminons cet exercice fiers des réalisations énormes que l'ensemble du personnel est parvenu à accomplir, en dépit d'un contexte particulièrement exigeant.

Nous tenons à remercier les membres de nos conseils et de la direction, les gestionnaires, les médecins, les employés et les bénévoles pour leur engagement et leur compassion envers la population que nous desservons. Le leadership qu'ils assument dans les dossiers stratégiques et leur investissement personnel dans les travaux des nombreux comités formés au cours des années font de St. Mary un établissement qui se positionne de manière avantageuse dans le réseau des soins de santé montréalais.

Nous tenons également à remercier la Fondation de l'hôpital St. Mary qui continue à jouer un rôle crucial nous permettant de poursuivre notre développement.

Nous sommes confiants qu'au cours des années à venir, nous confirmerons et améliorerons notre rôle à titre de centre hospitalier affilié universitaire et de leader dans la prestation de soins et de services de santé empreints d'humanité.

Le président,

Le directeur général et chef de la direction,



Richard J. Renaud



Arvind K. Joshi, M.D.



Richard J. Renaud, Président

Projet

de développement immobilier du campus

Dans le cadre de son développement, le Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) a confié à la firme Conseil en immobilisations et management inc. (CIM) le mandat de réaliser une étude ayant pour but de revoir l'organisation de certaines installations de l'hôpital et d'examiner les possibilités d'expansion qui s'offrent à lui.

C'est dans l'esprit des objectifs énoncés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, soit l'accessibilité aux soins, la hiérarchisation des services et la continuité des soins, que ce projet a été développé.

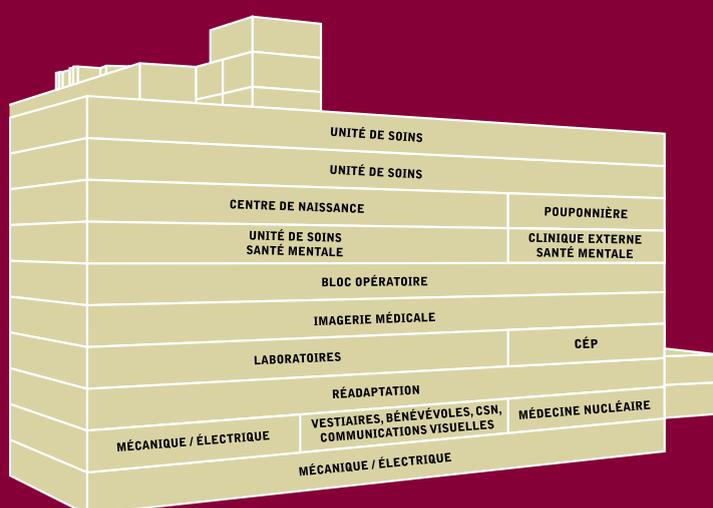
La désignation imminente de notre établissement à titre de centre hospitalier affilié universitaire a été prise en compte dans l'élaboration du projet. En effet, avec une telle désignation, le CHSM sera appelé à jouer un rôle plus important tant dans le domaine de l'enseignement médical, qu'au plan de la recherche clinique, ce qui accroîtra d'autant l'importance du développement immobilier du campus.

Tout au long du processus, des consultations ont été menées auprès des différents intervenants de l'hôpital. Une collaboration étroite a également été instaurée depuis le début des démarches avec nos partenaires, dont le Collège Notre-Dame et la Paroisse Notre-Dame-des-Neiges, qui ont tous deux des projets d'importance pour notre communauté.

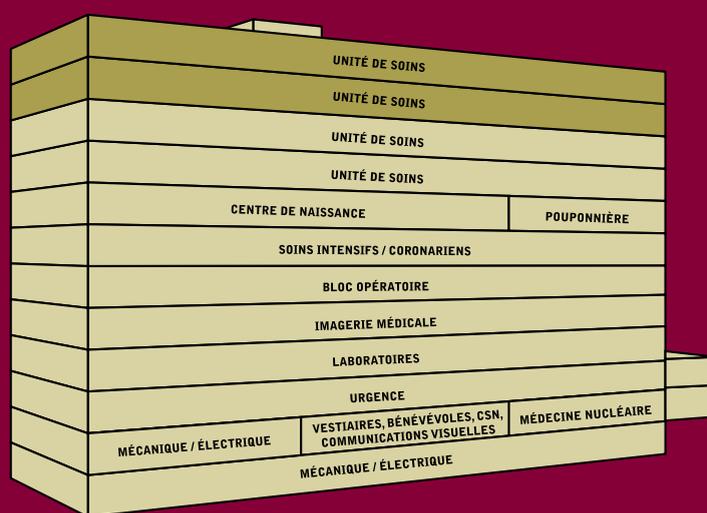
Des études populationnelles, des projections cliniques, de même que l'analyse des besoins en superficies supplémentaires ont également été complétées avant d'en arriver à la présentation du projet, lequel comporte les éléments suivants :

- La construction d'un centre ambulatoire au 5300 Côte-des-Neiges, dont les activités portent principalement sur la santé de la femme et auquel se greffent plusieurs autres services cliniques, de même que des services commerciaux.
- L'ajout de nouvelles superficies, par la construction de deux étages au-dessus de l'aile ouest de l'hôpital, permet de répondre à différents besoins :
 - La transformation de toutes les chambres multiples en chambres privées et semi-privées, réduisant ainsi les risques d'infections nosocomiales ;
 - La mise aux normes de l'unité des soins intensifs, du bloc opératoire, du centre de médecine de jour et de la chirurgie d'un jour ;
 - La modernisation d'unités de soins localisées dans le bâtiment principal (5^e, 7^e et 8^e) ;
 - L'ajout d'espaces dédiés à l'enseignement et la recherche.
- La relocalisation de l'urgence dans l'aile ouest, avec entrée au niveau de la rue Légaré, permet d'en augmenter la superficie et d'offrir un aménagement fonctionnel en établissant un lien vertical entre les secteurs névralgiques et le plateau technique de l'hôpital, dont le bloc opératoire, le centre de naissance, l'imagerie médicale, les laboratoires et la pharmacie.
- Le réaménagement majeur du rez-de-chaussée et de l'entrée principale permet une meilleure circulation des patients, des visiteurs et du personnel. L'ajout d'un corridor d'accès menant à la salle d'urgence relocalisée est également prévu.
- L'aménagement d'un stationnement souterrain pour notre personnel, sur le site du Collège Notre-Dame, nous permet d'atteindre trois objectifs : accroître la disponibilité des places de stationnement dédiées aux visiteurs sur le campus, favoriser la création d'espaces verts et améliorer la circulation piétonnière et véhiculaire sur le site de l'hôpital et dans le secteur avoisinant.

Aile ouest existante



Aile ouest projetée





1935 - Hôpital St. Mary

Au nombre des observations tirées des analyses réalisées, notons que certains secteurs connaîtront une croissance. À titre d'exemple, le nombre de civières à l'urgence passera de 13 à 18 et le nombre de lits de soins intensifs passera de 11 à 16. Une unité de soins intermédiaires de quatre lits sera également mise en place dans le but d'assurer une meilleure transition vers les unités de soins.

Soucieux que tous les besoins de l'hôpital soient pris en compte au cours du processus de réalisation, le conseil d'administration a mis sur pied trois comités qui ont pour mandat de conseiller les décideurs tout au long du processus. Il s'agit de comités visant à examiner les coûts opérationnels, l'ordre de réalisation des différentes phases du projet et le financement.

Il va sans dire que le projet de développement immobilier du campus en est un d'envergure, dont les scénarios devront être étudiés attentivement avant que ne soient prises les décisions finales. Sa réalisation s'échelonnera sur plusieurs années et tiendra compte des enjeux locaux et régionaux. Il rehaussera assurément la qualité des soins et services offerts aux patients et améliorera le milieu de travail de tous ceux et celles qui oeuvrent au sein de notre établissement.

**Une chose est certaine : St. Mary a le vent dans les voiles
et le futur est prometteur!**



1968 - Début de la construction de l'aile ouest

Conseil des infirmières et infirmiers



Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) a la tâche d'apprécier la qualité des actes infirmiers posés, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et les règles de soins infirmiers, ainsi que d'assurer le maintien des standards professionnels. Les soins infirmiers apportent une précieuse et unique contribution aux soins des patients et au maintien de la culture d'excellence de notre établissement.

Au cours de la dernière année, le CII a vu à la coordination et à la réalisation de plusieurs projets. Grâce à la participation de nos membres, plusieurs activités importantes ont été mises de l'avant, leur offrant des possibilités uniques.

En 2007-2008, le CII a participé aux activités suivantes :

- Le conseil a maintenu sa participation au processus d'implantation des dispositions de la Loi 90, laquelle modifie le code des professions. Cette participation se poursuivra au cours de l'année à venir, alors que les infirmières auxiliaires se pencheront sur le rôle élargi que cette loi leur confère.
- Dans le cadre du processus relatif au plan de développement des ressources humaines entrepris par notre établissement, le conseil a été invité à soumettre ses commentaires et ses recommandations par le biais du comité de pratique professionnelle en soins infirmiers (CPPSI), concernant l'attraction et la rétention du personnel infirmier.
- Le conseil a participé par le biais du CPPSI à l'élaboration d'une politique relative aux bracelets d'identification des patients.

- En collaboration avec les services environnementaux, le conseil s'est penché sur la contribution du personnel infirmier à un environnement de travail plus vert.
- Dix séances scientifiques ont été tenues, de même qu'une activité offerte conjointement par les trois conseils, soit une conférence prononcée par Dr Richard Béliveau portant sur le rôle de l'alimentation dans la prévention du cancer.
- Les cérémonies entourant la 7^e édition de la remise des prix d'excellence en soins infirmiers ont eu lieu en mai 2007. Décernés sur une base annuelle aux infirmières, infirmières auxiliaires et partenaires de la pratique, ces prix visent à souligner la performance exceptionnelle de certains d'entre eux.
- Le conseil a poursuivi son engagement en matière de perfectionnement professionnel grâce au programme de remboursement des frais de scolarité et au fonds de perfectionnement professionnel (FPP). Cette année, les demandes soumises au FPP devaient viser le rehaussement des connaissances autour du thème suivant : la responsabilisation du patient dans le cadre de différentes conditions cliniques.

La prestation de soins de qualité exige une pratique infirmière qui puisse s'exercer dans un contexte interprofessionnel. La prise de décision est renforcée par la sagesse collective acquise et enrichie par le dialogue et les observations diverses des membres du conseil. Nous sommes honorés et privilégiés d'avoir contribué par le biais de nos actions à améliorer non seulement la qualité de vie de nos patients, mais aussi celle de chacun et chacune d'entre nous qui exerçons la profession infirmière.

Donna Robinson
Présidente

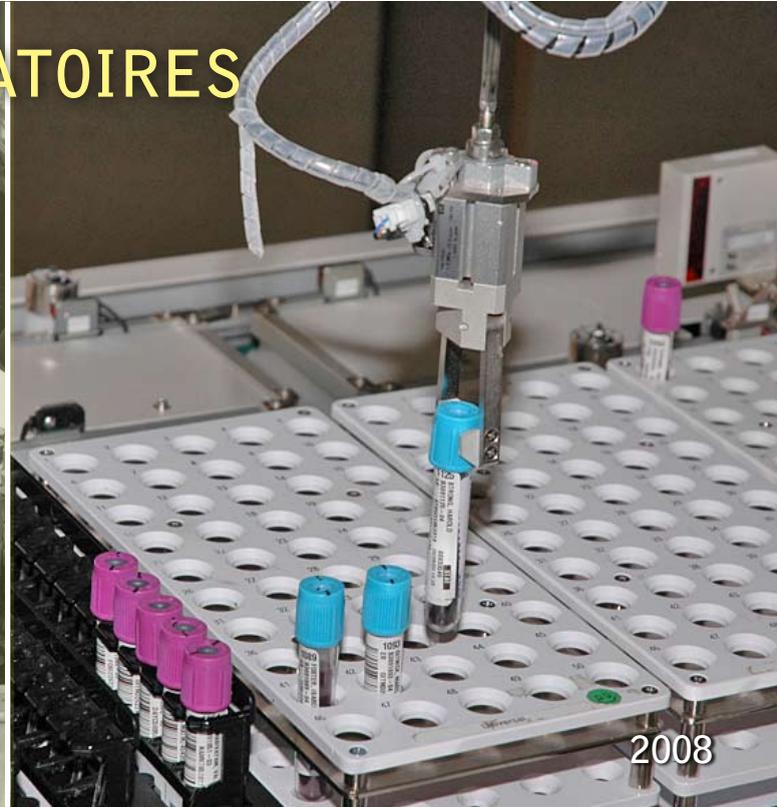


SOINS INFIRMIERS

1926



2008



Conseil multidisciplinaire

Les membres du Conseil multidisciplinaire (CM) travaillent en collaboration avec les autres professionnels au sein de l'hôpital et des autres établissements de santé, les établissements d'enseignement collégial et universitaire, les organismes régionaux, provinciaux et nationaux, de même qu'avec les services de soutien aux patients et la collectivité en général. De plus, les membres du CM participent activement à des activités liées à l'enseignement, la recherche et au perfectionnement.

Le CM, par le biais de son comité exécutif, du comité interprofessionnel et de celui de la qualité/éducation, a participé aux activités suivantes :

- Les résultats d'un sondage effectué par le comité de la qualité/éducation auprès des membres et des étudiants sous leur supervision ont démontré la nécessité d'améliorer l'éducation relative à la prévention des infections. L'équipe de prévention des infections élaborera un plan d'action qui sera soumis au comité exécutif à l'automne 2008.
- Des mesures ont été mises de l'avant afin d'accroître la collaboration entre le CII et le CM. À l'occasion des séances scientifiques en soins infirmiers, certains représentants du CM ont effectué des présentations sur des sujets tels que: les transfusions et les prélèvements de sang, le décès d'un nouveau-né et les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires se rapportant aux soins du « pied diabétique ».
- Dans le but d'offrir l'accès à des opportunités éducationnelles aux membres du CM, ainsi qu'à tout le personnel de l'hôpital, six séances scientifiques ont été tenues, de même qu'une activité présentée conjointement par les trois conseils.
- En collaboration avec les professionnels de leurs disciplines, les membres du comité interprofessionnel ont étudié le formulaire intitulé « Loi 90 - Demande d'activité réservée » et formulé leurs commentaires sur le sujet.

- Des représentants du comité interprofessionnel siègent au comité de développement des ressources humaines dont le mandat consiste à établir les besoins et les priorités se rapportant au développement professionnel des employés représentés par l'APTS (Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux) et à déterminer l'allocation de fonds en cette matière.

Des inspections professionnelles ont été effectuées avec succès auprès des membres de deux disciplines du CM. En effet, les physiothérapeutes ont reçu la visite de leur ordre professionnel et l'organisme Énergie Atomique du Canada a procédé à une inspection des services de médecine nucléaire. Pour sa part, le département des laboratoires a obtenu un agrément de deux ans de la part du *College of American Pathologists*. De plus, à la suite d'un processus d'agrément, un certificat a été émis au service d'ergothérapie conjointement par l'Université McGill et l'Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie confirmant son excellence en tant que site de formation clinique. Le certificat a été émis pour une durée de cinq ans.

Le CM regroupe des professionnels de la santé voués à la prestation de soins de santé de qualité, efficaces, sécuritaires, axés sur le patient et offerts en temps opportun.

Grace Biunno
Présidente



Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) regroupe environ 300 membres. Au cours de l'exercice 2007-2008, il a poursuivi quatre principaux objectifs :

- Poursuite de l'examen et de la mise en application des dispositions de la Loi 90 ;
- Révision des règlements du CMDP ;
- Élaboration d'une solution permanente visant à assurer une garde sur place au sein de l'établissement ;
- Participation active au recrutement de médecins.

Les politiques suivantes ont été approuvées par le comité exécutif :

- Politique relative au formulaire « Demande d'activité réservée » (disposition de la Loi 90) ;
- Prescription collective pour les antiémétiques en cancérologie ;
- Protocole d'utilisation de la Naloxone ;
- Protocole d'utilisation du Bévacizumab (Avastin) - soumis au conseil d'administration.

Trois comités se rapportent directement au comité exécutif :

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

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

Trois sous-comités relèvent du 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 de grossesses subséquentes peuvent être faites, lorsqu'il y a lieu.

- Comité des dossiers médicaux

Au cours de l'année, ce comité a approuvé 13 nouveaux formulaires qui ont été intégrés aux dossiers médicaux de l'hôpital. Les dossiers incomplets sont aussi régulièrement portés à l'attention de ce comité.

- Comité de prévention des infections

Au nombre des activités et aspects étudiés, notons :

- Surveillance continue du SARM, ERV et *C-difficile* ;
- Surveillance active et mesures de contrôle concernant les cas asymptomatiques de SARM et de conjonctivite liés au SARM décelés à la pouponnière de soins intermédiaires ;
- Audit sur l'observance du lavage des mains et campagnes de sensibilisation visant à renforcer la pratique du lavage des mains au sein de l'hôpital ;
- Surveillance des infections du site opératoire.

Comité de pharmacologie

L'une des principales responsabilités du comité de pharmacologie est de veiller à la surveillance de l'utilisation des médicaments au sein de l'hôpital en conformité avec les politiques et lignes directrices établies.

Revue de l'utilisation des médicaments :

- Prescription d'opiacés ;
- Revue de l'utilisation des antibiotiques restreints ;
- Utilisation des médicaments hors-formulaire ;
- Utilisation des corticostéroïdes (Solu-medrol).

Approbation des lignes directrices suivantes :

- Protocole pour le monitoring des patients prenant des opiacés ;
- Bévacizumab (Avastin) pour le cancer colorectal métastatique ;
- Utilisation de la Daltéparine pour la prévention de thrombose veineuse profonde chez les patients qui ont subi une chirurgie générale.

En plus de la revue mensuelle des réactions indésirables aux médicaments signalées à la pharmacie sur une base régulière, trois cas ont été rapportés au Programme de surveillance des effets indésirables des médicaments de Santé Canada.

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 à St. Mary et a soumis par la suite ses recommandations au Comité exécutif du CMDP.

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

Paul Stephenson, M.D.
Président



Gestion de la qualité et des risques

L'objectif primordial de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital St. Mary 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, en mettant l'accent sur 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 également responsable de la supervision du processus d'agrément d'Agrément Canada (CCASS).

Le service de la gestion de la qualité et des risques a pris part à de nombreuses activités importantes au cours du dernier exercice.

- **Suivi de la visite d'Agrément Canada (CCASS)**

Les éléments suivants du plan d'action mis en place à la suite des recommandations émises par Agrément Canada au terme de sa visite ont été réalisés ou sont en voie de l'être :

- L'aspect de la sécurité des soins a été inclus dans l'énoncé de mission de l'hôpital.
- Un processus de planification stratégique relatif au leadership et à la gestion des ressources humaines a été entamé.
- Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité du patient sont intégrés dans les descriptions de tâches, ainsi que dans le processus d'évaluation de la performance du personnel.
- Des efforts soutenus sont déployés pour assurer la tenue de registres concernant la participation du personnel à toutes les sessions offertes en cours d'emploi en matière de sécurité des patients.
- Une politique a été élaborée relativement à l'entreposage et à l'utilisation du phosphate de potassium à l'unité des soins intensifs.
- Un audit des processus de stérilisation et de désinfection a été réalisé en juin 2007 en collaboration avec l'équipe de chirurgie. Il a été suivi d'un plan d'action.
- Un programme continu est en place visant à assurer la réduction et l'élimination de la réutilisation du matériel à usage unique.
- Les locaux pour le matériel propre et le matériel souillé en oncologie ont été réaménagés afin d'éliminer l'accumulation d'objets dans les couloirs.
- La fréquence des exercices de sécurité et d'évacuation en cas d'incendie a été accrue.
- Des travaux de construction seront entrepris à l'automne 2008 pour le réaménagement des aires d'attente et d'entreposage au département des laboratoires.
- Les travaux additionnels recommandés pour les laboratoires sont en cours.



- **Épidémiologie clinique et études communautaires**

Aucun cas de manquement à l'éthique et d'inconduite scientifique en recherche n'a été noté au cours de l'exercice financier 2007-2008.

- **Promotion du processus de déclaration d'incidents et d'accidents**

La promotion du processus de déclaration des incidents et accidents est effectuée dans le cadre de la formation en cours d'emploi offerte à tous les nouveaux membres du personnel lors des sessions d'orientation générale bi-annuelles, aux gestionnaires et aux superviseurs, de même qu'aux membres du personnel clinique et de soutien lors de visites sur les unités de soins. De nombreuses présentations sont également offertes à l'heure du midi dans le cadre des forums de la qualité.

Le développement de matériel audiovisuel interactif de formation pour la déclaration d'incidents et d'accidents est également projeté.

- **Rapports d'incidents/accidents et risques identifiés :**

- La déclaration des incidents et accidents est effectuée au moyen du formulaire de rapport d'incident/accident AH-223. Au cours de l'exercice 2007-2008, un total de 2 512 rapports ont été complétés, représentant une augmentation de 1,3%. De ce nombre, 326 (13%), faisaient état d'accidents (comportant des conséquences pour le patient), tandis que 2 186 (87%) faisaient état d'incidents (ne comportant aucune conséquence pour le patient).
- Les incidents reliés aux médicaments représentent le type d'événement qui a généré le plus grand nombre de rapports (662). À cet égard, une équipe de gestion des médicaments a été mise sur pied pour voir à l'amélioration de la situation dans les secteurs identifiés dans le cadre du programme d'agrément Qmentum.
- La chute des patients vient en second lieu avec 576 rapports complétés. Un programme de prévention des chutes est en voie d'être créé.
- Le question de l'identification des patients est également une source de préoccupation. Une nouvelle politique se rapportant à la gestion des bracelets d'identification des patients est en préparation.

- **Audit annuel relatif à l'utilisation de mesures de contention**

Un audit concernant les mesures de contention a lieu annuellement en juillet afin d'évaluer la prévalence de l'utilisation des mesures de contention à St. Mary et les pratiques visant à documenter la question. Au terme de cet exercice, il nous est apparu nécessaire d'assurer une éducation continue concernant les aspects suivants :

- Application adéquate des mesures de contention ;
- Solutions alternatives aux mesures de contention en lien avec la philosophie se rapportant à la réduction des mesures de contention ;
- Politique concernant l'utilisation des mesures de contention et la documentation à cet égard.

- **Suivi relatif aux recommandations du coroner**

À la suite des recommandations du coroner et des directives subséquentes transmises par l'Agence de Montréal le 18 octobre 2007 à tous les centres de santé et de services sociaux, les centres hospitaliers et les centres de soins de longue durée, concernant le Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale, les modalités du plan d'action mis en place sont les suivantes :

- Mise en œuvre d'un protocole pour l'utilisation des analgésiques opiacés conformément aux directives du ministère de la Santé ;
- Élaboration d'un graphique pour les signes vitaux et d'une feuille d'observation pour les opiacés à l'intention de toutes les unités de soins.

- **Recommandations et priorités en matière de gestion des risques pour 2008-2009**

- Création d'un comité permanent sur la sécurité des médicaments ;
- Développement continu du programme relatif au bilan comparatif des médicaments ;
- Élaboration d'un programme basé sur des données probantes relativement à la prévention des chutes et à la réduction des blessures qui leur sont attribuables pour les secteurs à haut risque ;
- Diffusion de la nouvelle politique relative aux bracelets d'identification des patients ;
- Renforcement du programme de prévention d'escarre pour les secteurs à haut risque ;
- Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) pour les patients transportés avec de l'oxygène ;
- Renforcement du processus de divulgation des accidents ;
- Renforcement du processus de déclaration des incidents et des accidents au moyen du formulaire AH-223 ;
- Renforcement du processus de déclaration des événements sentinelles et des suivis.

- **Activités de prévention et de contrôle des infections et résultats**

- Surveillance continue du *Clostridium difficile* et transmission des résultats au Département de santé publique et à la direction de l'hôpital. En 2007-2008, 33 cas d'infections nosocomiales ont été rapportés, comparativement à 55 en 2006-2007, soit une diminution de 60 pourcent.
- Surveillance continue du staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline (SARM) et de l'entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV) et transmission des résultats à la direction de l'hôpital. Le nombre de cas de SARM était de 63 en 2007-2008 comparativement à 57 en 2006-2007. Aucune transmission de ERV n'a été notée au cours du présent exercice. L'un des principaux défis a été de contenir la transmission de SARM à la pouponnière de soins intermédiaires à la suite de l'éclosion survenue en juin 2007. Parmi plus de 2 000 dépistages effectués à la pouponnière de soins intermédiaires, de juin 2007 à mars 2008, 22 cas asymptomatiques de SARM ont été décelés, et trois de conjonctivite liés au SRAM. En raison de l'absence d'une ligne de base, la comparaison de ces données avec celles de l'année précédente a été impossible.
- Surveillance continue des infections du site opératoire chez les patients hospitalisés pour des chirurgies générales, orthopédiques, gynécologiques et des césariennes. Un total de 62 cas de ce type d'infection ont été rapportés en 2007-2008 comparativement à 65 en 2006-2007.
- Depuis le début de 2006-2007, St. Mary participe à un nouveau programme de surveillance provinciale de la bactériémie à staphylococcus aureus. Une ligne de base est maintenant disponible nous permettant d'effectuer des comparaisons entre le taux d'infections noté au sein de notre établissement et celui des autres établissements de même taille. Le taux observé à St. Mary est analogue à celui des établissements comparables.
- Le taux de contamination des hémocultures a diminué de façon constante depuis 2002. Le taux acceptable de contamination des hémocultures est généralement de l'ordre de trois pourcent ou moins et celui qui a été observé à St. Mary se situe en deçà de ce seuil.
- Un audit sur le lavage des mains effectué en avril 2007 a révélé un taux de conformité de 48 pourcent. Une campagne de sensibilisation au lavage des mains a également été organisée en juin 2007.
- Conformément aux recommandations émises à la suite de la visite d'Agrément Canada en 2006, un audit des processus de stérilisation et de désinfection a été réalisé en juin 2007 en collaboration avec l'équipe de chirurgie.



1963



2008

Comité de vigilance et de la qualité

Ce fut une année de consolidation en ce qui concerne le comité de vigilance et de la qualité nouvellement formé, qui a tenu trois rencontres au cours de l'exercice.

En cours d'année, les règlements approuvés par le comité ont été soumis au conseil d'administration, lequel a procédé à leur adoption.

Dans le but d'assurer une meilleure compréhension de la structure existante au sein de l'établissement en matière de qualité, le vice-président des services professionnels, la coordonnatrice de la gestion des risques et de la qualité, ainsi que la présidente du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ont été invités à faire une présentation au comité de vigilance relativement au mode de fonctionnement et aux mécanismes de rapports établis.

Le comité a demandé d'être informé concernant les recommandations émises par les divers organismes d'agrément et l'évolution du processus lié à leur implantation. Par conséquent, une mise à jour concernant les recommandations formulées par Agrément Canada à la suite de la visite d'agrément de 2006 a été présentée au comité.

De plus, la visite d'appréciation de la qualité des services effectuée en mars 2008 par des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les unités de soins de longue durée de l'établissement a également été portée à la connaissance du comité.

Tout au long du présent exercice, le comité a également été informé de l'évolution des dossiers de plaintes soumis à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité.

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit un régime d'examen des plaintes. Si vous êtes insatisfait des soins et des services que vous avez reçus ou si vous avez l'impression que vos droits n'ont pas été respectés, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est là pour traiter votre plainte, promouvoir la qualité des services et s'assurer du respect de vos droits.

Traitement des plaintes

Complété sans mesure corrective	44 %
Complété avec mesures correctives	48 %
Refusé ou interrompu	1 %
Abandonné	7 %

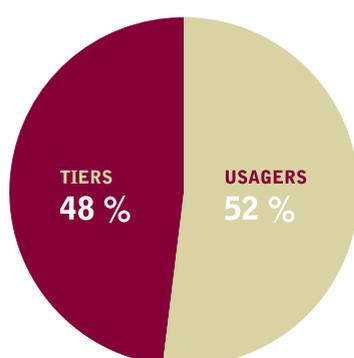
Résumé des plaintes

Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	31
Plaintes reçues durant l'exercice	272
Plaintes conclues durant l'exercice	268
Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	35

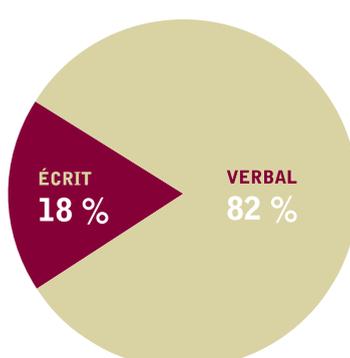
Catégories de plaintes

Accessibilité	52
Soins et services	55
Relations interpersonnelles	58
Environnement et ressources matérielles	31
Aspect financier	63
Droits particuliers	18
Autres.....	–

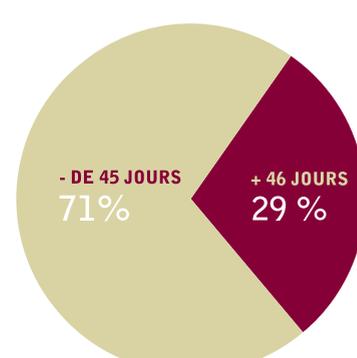
AUTEURS
DES PLAINTES



MODE DE DÉPÔT
DES PLAINTES



DÉLAI DE
TRAITEMENT





Comité des usagers

Depuis l'adoption de la Loi 83, tout établissement est tenu de mettre sur pied un comité des usagers. Le Centre hospitalier de St. Mary pour sa part a procédé à la création d'un tel comité au début des années 1990. Selon les dispositions de l'article 212 de la Loi respectant les services de santé et des services sociaux, les fonctions du comité des usagers sont les suivantes :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations ;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus dans l'établissement ;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente ;
- Accompagner et 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 ;
- S'assurer du bon fonctionnement du comité des résidents (patients de longue durée) et veiller à ce qu'il dispose des ressources nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Le comité, qui tient des réunions une fois par mois, est composé de neuf membres dont deux représentent le comité des résidents. Il est membre du Regroupement provincial des comités des usagers et participe aux rencontres trimestrielles du secteur anglophone de cet organisme. Le comité a deux représentants au sein du conseil d'administration alors que ses membres participent également à divers comités de l'hôpital.

Le comité des usagers, qui travaille en collaboration avec les gestionnaires de programme et les autres membres du personnel pour améliorer la qualité de vie des patients, a déployé de nombreux efforts pour promouvoir son rôle au sein de l'hôpital. Au cours de la dernière année, une attention particulière a été portée aux secteurs suivants : la psychiatrie, la dialyse et la cancérologie.

Voici quelques gestes posés par le comité afin d'améliorer la qualité de vie des usagers au cours du dernier exercice :

- Petites célébrations à l'occasion de Noël, de la journée de la Saint-Valentin et de Pâques à l'intention des patients de psychiatrie et party de Noël pour les patients de longue durée et leurs familles ;
- Financement d'une petite réception tenue une fois par semaine au cours de l'après-midi pour les patients en oncologie et leurs familles ;
- Petits cadeaux offerts aux patients en cancérologie, en dialyse et en psychiatrie à l'occasion de Noël ;
- Petit cadeau offert le matin de Noël sur le plateau de nourriture de chaque patient hospitalisé ;
- Turbans offerts aux patients en cancérologie ;
- Articles de toilette offerts aux patients dans le besoin.

En 2007-2008, le comité des usagers a reçu 15 demandes d'assistance de la part des usagers. Dix d'entre elles, liées au temps d'attente au centre de prélèvement et à l'urgence ainsi qu'à des questions se rapportant aux relations employé/patient, ont été traitées par le comité. Les cinq autres ont été transmises à la commissaire locale aux plaintes.

Le comité s'est fixé les objectifs suivants pour l'exercice 2008-2009 :

- Concentrer ses efforts dans les soins palliatifs ;
- Effectuer un suivi relatif à la visite effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux visant à évaluer la qualité de vie des patients sur les unités de soins de longue durée ;
- Tenir une rencontre avec les patients de l'unité de dialyse et leurs familles ;
- Poursuivre le travail en collaboration avec le département de psychiatrie afin d'améliorer la qualité de vie des patients ;
- Poursuivre la réalisation des projets déjà entrepris.

Bilan combiné

au 31 mars 2008

ACTIF	2008	2007
À court terme		
Débiteur - Agence	9 185 267 \$	4 963 634 \$
Autres débiteurs	3 194 199	1 851 921
Charges payées d'avance	528 072	711 502
Stocks	3 227 822	3 073 728
Autres éléments	1 301	1 771
À long terme		
Congés à traitement différé	735 477	637 229
Placements à long terme	1 400	1 400
Immobilisations	115 167 891	106 335 636
Total de l'actif	132 041 429	117 576 821
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	2 750 123	1 167 624
Emprunts de banque	26 716 000	19 878 000
Autres créditeurs	14 685 596	15 149 491
Revenus reportés	342 561	394 701
Autres éléments	121 425	32 644
À long terme		
Billets - Fonds d'immobilisations	19 739 110	14 392 635
Emprunts de banque - Fonds d'immobilisations	-	249 056
Financement temporaire - enveloppes décentralisées	5 800 676	6 889 048
Total du passif	70 155 491	58 153 199
SOLDE DE FONDS		
Fonds d'exploitation	(27 267 596)	(24 605 246)
Fonds d'immobilisations	88 726 624	83 778 511
Fonds à destination spéciale	426 910	250 357
Total du solde de fonds	61 885 938	59 423 622
Total du passif et solde de fonds	132 041 429 \$	117 576 821 \$

État des résultats

pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

REVENUS	2008	2007
Agence	102 379 911 \$	98 855 735 \$
Contribution des usagers	4 736 771	4 425 668
Autres	5 494 059	5 125 700
	112 610 741	108 407 103
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	75 776 664	68 496 704
Médicaments	6 221 858	5 953 363
Produits sanguins	1 855 737	2 278 661
Fournitures médicales	10 331 639	8 576 253
Denrées alimentaires	862 570	863 771
Frais de services administratifs	3 943 077	3 577 998
Entretien et fonctionnement des installations	6 284 297	5 745 864
Autres	10 027 396	15 599 189
	115 303 238	111 091 803
Excédent des charges sur les revenus	(2 692 497) \$	(2 684 700) \$

Charges brutes

des activités principales par centre d'activité

	2008		2007
Soins infirmiers et soins d'assistance	21 978 204	\$	19 686 996
Services ambulatoires	9 093 911		7 486 499
Services diagnostiques et thérapeutiques	50 751 871		46 015 561
Formation	760 542		767 965
Services de soutien	5 366 551		5 077 312
Services administratifs	7 279 073		6 788 463
Services techniques	15 628 786		14 748 089
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	40 500		10 000
Total des charges brutes	110 899 438	\$	100 580 885

Statistiques

	2008	2007
Jours-présence		
Courte durée	78 325	77 292
Longue durée	26 472	25 454
Nouveau-nés	11 333	10 025
Admissions		
Adultes	11 071	10 608
Nouveau-nés	4 422	3 758
Accouchements	4 400	3 727
Durée moyenne du séjour		
Courte durée (jours)	7,23	7,57
Longue durée (jours)	108,94	106,06
Taux d'occupation (%)	90,61	89,08
Consultations externes - visites	100 305	100 676
Chirurgie d'un jour - visites	10 004	9 903
Urgence - visites	35 356	35 584
Audiologie et orthophonie - visites	2 171	2 179
Ergothérapie - visites	12 730	11 790
Physiothérapie - visites	23 155	22 630
Psychiatrie - visites	10 458	12 757
Imagerie médicale - examens	84 139	85 584
Laboratoires - procédures	2 948 761	2 833 605

RESSOURCES HUMAINES

Équivalents temps complet

Cadres	55,0	35,0
Employés - temps complet	953,0	946,0
Employés - temps partiel	269,0	277,0
Occasionnels	200,0	159,0

Déclaration de responsabilité

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2007 - 2008 du Centre hospitalier de St. Mary :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Le directeur général et chef de la direction,



Arvind K. Joshi, M.D.

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 2008, 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 2008

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

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Paul Stephenson, M.D.
Président

Marcel Fournier, M.D.
Premier vice-président

Dominic Ferrarotto, M.D.
Second vice-président

Marie Iskandar, M.Sc. Pharm.
Trésorière

Chryssi Paraskevopoulos, M.D.
Secrétaire

Conseil des infirmières et infirmiers

Donna Robinson
Présidente

Martin Chicoine
Vice-président

Jennifer Somera
Trésorière

France Desjardins
Relationniste

Conseil multidisciplinaire

Grace Biunno
Présidente

Richard Neto
Vice-président

Filomena Novello
(avril-novembre 2007)

Diana Valentini
(décembre 2007 - mars 2008)
Trésorière

Gilles Teasdale
Secrétaire archiviste

Lucie Champagne
Relationniste

Conseil d'administration

COMITÉ EXÉCUTIF

Richard J. Renaud
Président
Personne morale (Gouverneurs)

Murray Steinberg
Premier vice-président
Cooptation

Marc W. Trottier
Second vice-président
Fondation

Rafik Greiss
Trésorier
Population

Suzanne Guoin
Secrétaire
Comité des usagers

MEMBRES

Samuel Benaroya, M.D.
Cooptation (Université)

Martin Cauchon
Cooptation

Anne-Marie d'Amours
Population

Rita Le de Santis
Agence de Montréal

Lorna Dowson
Conseil multidisciplinaire

Isabelle Girard, M.D.
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Ida Graniero
Personnel non-clinique

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

Michael Macchiagodena
Comité des usagers

Nancy Margaret Marrelli
Agence de Montréal

Paulette Morris
Conseil des infirmières et infirmiers

Claire Mullins-Kruyt
Population

Conrad Sauvé
Population

Chefs de départements cliniques

Molly McHugh, M.D.
Anesthésie

John R. Sutton, M.D.
Chirurgie

Jane McCusker, M.D.
Epidémiologie clinique et études communautaires

Joe Dylewski, M.D.
Laboratoires

Todd McConnell, M.D.
Médecine

Roni Barbari, 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

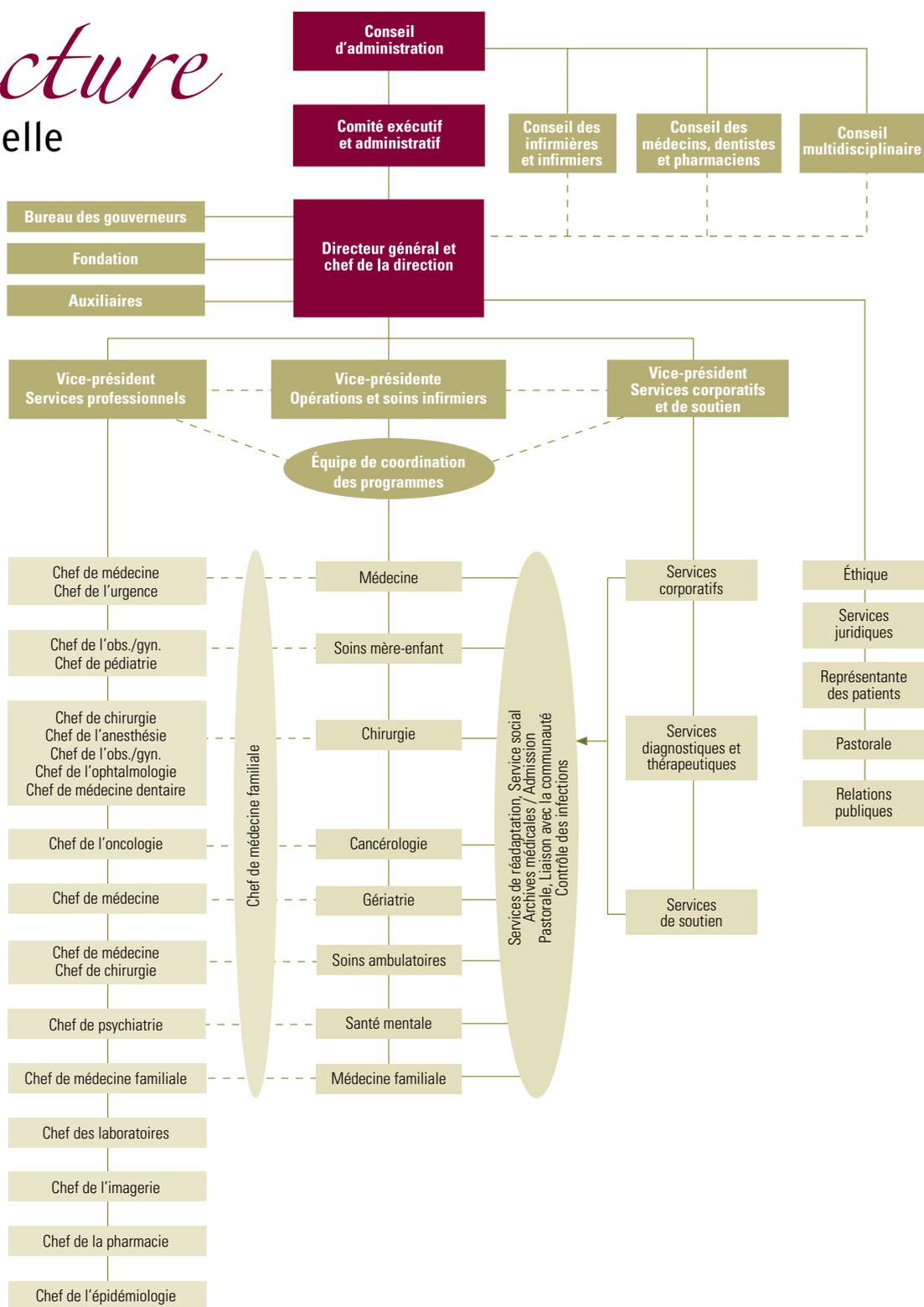
Marie Iskandar, M.Sc. Pharm.
Pharmacie

Suzanne Lamarre, M.D.
Psychiatrie

Jack Glay, M.D.
Radiologie

Raymond Sorge, M.D.
Urgence

Structure organisationnelle



1964



2008

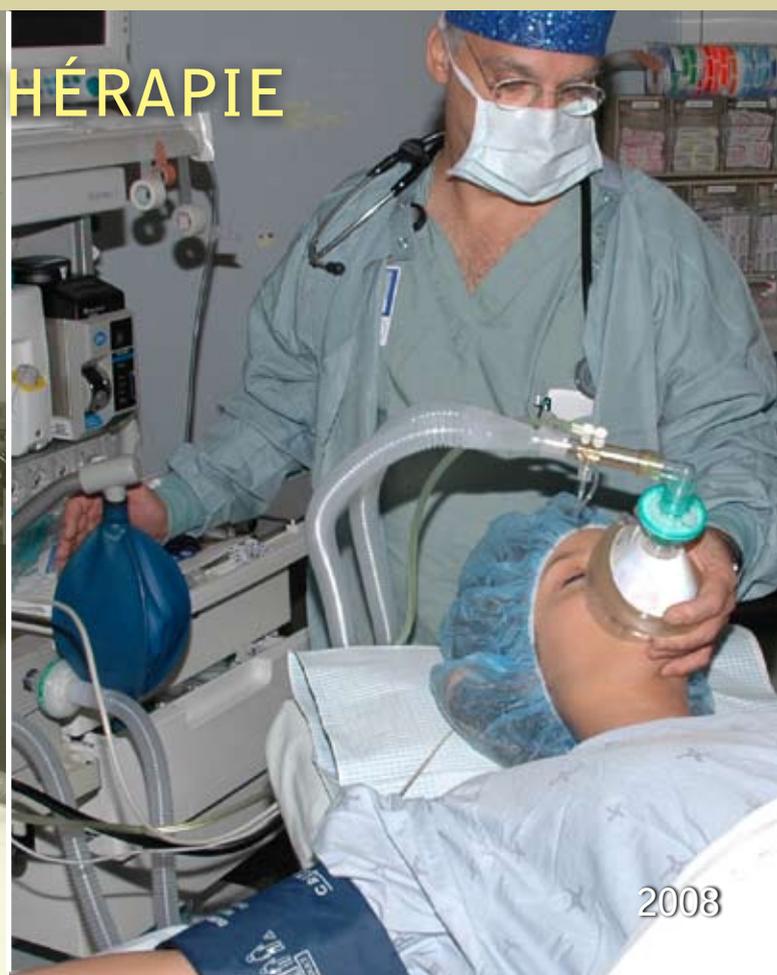
UNITÉ DES SOINS INTENSIFS

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.



INHALOTHÉRAPIE



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.