



Une tradition D'EXCELLENCE



en matière d'enseignement



et de formation



Centre hospitalier affilié
universitaire

A University-Affiliated
Hospital Centre



McGill

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.



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

Nous avons le plaisir de vous présenter le rapport annuel du Centre hospitalier de St. Mary pour l'exercice financier 2011-2012.

À titre de l'un des meilleurs hôpitaux d'enseignement de Montréal, St. Mary jouit d'une réputation 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 tomographie par émission de positons, ainsi que des examens d'imagerie par résonance magnétique. C'est l'un des plus importants centres de naissance à Montréal et son Département de l'urgence a été reconnu comme l'un des plus performants de la ville. L'établissement est également un des deux centres de chirurgie de la cataracte désignés à Montréal.

Comme centre hospitalier affilié universitaire, St. Mary joue un rôle de premier plan dans les domaines de l'enseignement et de la recherche. Cette importante reconnaissance contribue à la croissance du centre de recherche et attire de nombreux leaders nationaux et internationaux en recherche dans le domaine de la santé. De par sa mission d'enseignement, St. Mary participe à la formation des médecins, des infirmières et de professionnels de la santé dans diverses disciplines. Il contribue également à la formation d'un grand nombre d'étudiants du secondaire et du collégial dans une vaste gamme de disciplines.

Programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger

Quatre-vingt-dix pour cent des Canadiens diplômés d'une faculté de médecine obtiennent un poste de résidence, alors qu'historiquement seulement 30 à 40 % des médecins diplômés à l'étranger obtiennent un tel poste au Québec. L'objectif du programme est d'augmenter le nombre de candidats qui obtiennent un poste de résident après avoir complété le stage avec succès. Un autre objectif est d'améliorer le taux de réussite aux examens de fin de résidence.

St. Mary a été choisi en raison de son excellence en enseignement et dans les soins aux patients, de même que pour sa taille à l'échelle



James C. Cherry,
président



Marc W. Trottier
président sortant



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

humaine. St. Mary, qui est un microcosme de différentes cultures, est l'endroit idéal pour former les candidats au programme et c'est toute la communauté qui en profitera.

St. Mary a accueilli sa première cohorte en mai 2011 sous la direction de D^r Éric Tremblay.

Budget

Nous avons reçu l'entente de gestion pour l'exercice financier 2011-2012 à la fin de septembre 2011 avec une cible déficitaire de 2,7 millions \$. Le comité de vérification et finances et le comité de direction en ont révisé le contenu minutieusement et ont recommandé au conseil d'administration de ne pas autoriser le directeur général à signer l'entente puisque certaines cibles prévues dans celle-ci étaient irréalisables à cause de facteurs hors du contrôle de l'hôpital.

À la suite d'une rencontre avec l'Agence de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux, un financement additionnel de 6 millions \$ a été accordé et St. Mary a convenu de tenter de réduire ses coûts en procédant premièrement à une analyse approfondie des secteurs suivants :

- les personnes qui reviennent fréquemment à l'urgence
- les patients en perte d'autonomie liée au vieillissement
- l'accès aux lits de réadaptation et
- les projets d'optimisation.

St. Mary
est un
microcosme
de différentes
cultures.
C'est l'endroit
idéal pour
former les
candidats au
programme
d'intégration
des médecins
diplômés à
l'étranger et
c'est toute la
communauté
qui en
profitera.

Bien que St. Mary ait terminé l'exercice financier avec un excédant des charges sur les niveaux de financement convenus initialement de 8,2 millions \$, représentant 5,5 millions \$ de plus que le manque à gagner escompté de 2,7 millions \$, il n'en demeure pas moins un des hôpitaux les plus performants et sous-financés, non seulement de l'île de Montréal mais de toute la province.

Le mandat du comité de vérification a été modifié pour être conforme à la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Ce mandat a été élargi pour inclure l'étude des appels d'offres, l'octroi des contrats et l'approbation des fonds en ce qui concerne les budgets d'investissement approuvés.

Fondation Rossy

Ce projet visant à développer un programme d'oncologie intégré de calibre international implique l'Université McGill, le Centre universitaire de santé McGill, l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis et le Centre hospitalier de St. Mary. Il créera un réseau qui produira des résultats pouvant être mesurés objectivement et comparés aux exigences des centres de cancérologie du monde entier. Ce projet d'une durée de 10 ans exige que chaque hôpital participant ainsi que l'Université McGill, versent une somme égale à la contribution de la Fondation de la famille Larry et Cookie Rossy. St. Mary salue et appuie énergiquement cette initiative passionnante.

Désignation du comité d'éthique de la recherche

Des modifications au *Regulatory Framework for the Conduct of Research* à St. Mary ont été requises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour

le renouvellement de la désignation. La nouvelle structure de la recherche, ainsi que les mises à jour des références conformes avec le *Tri-Council Policy Statement 2* (2010) ont été incluses lors de la révision complète. Depuis le 1^{er} janvier 2012, D^{re} Julie St-Cyr remplace D^r Michael Bonnycastle à titre de présidente du Comité d'éthique de la recherche. Docteur Bonnycastle a occupé ce poste pendant quatre ans. Nous lui adressons nos sincères remerciements pour ses excellents services au cours de son mandat.

Projets emballants

La construction de deux étages au-dessus de l'aile ouest continue d'être la priorité première de l'hôpital. Plusieurs rencontres ont eu lieu avec les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le projet a reçu un soutien considérable et le dossier progresse bien. Nous sommes confiants que nous obtiendrons l'approbation du projet au début du prochain exercice financier.

Nous procédons actuellement à l'embauche des architectes et des ingénieurs pour le projet d'agrandissement de la salle d'urgence avec l'ajout de sept civières. Ces nouvelles civières offriront un meilleur environnement pour le contrôle des infections. La confidentialité et l'intimité des patients seront également davantage assurées. Ce projet prévoit également l'ajout d'un tomodynamomètre. De plus, ce projet comprendra un lieu distinct pour les patients ayant des problèmes de santé mentale; ce qui permettra d'offrir un environnement plus adapté à leurs besoins spécifiques. Enfin, les nouvelles installations seront adéquates pour servir de zone désignée en cas de pandémie, avec un accès contrôlé au lieu et de meilleures conditions pour l'isolement des patients. Un effort spécial sera déployé afin de limiter les inconvénients pour les patients et le personnel lors de la période de construction.

L'hôpital planifie actuellement le déploiement d'OACIS (*Open Architecture Clinical Information System*), un système informatisé pour la transmission intégrée d'informations structurées sur les patients au sein de l'établissement. Cet outil d'information clinique est à même de fournir des informations détaillées sur les patients de façon pratique et rapide. OACIS sera implanté progressivement à l'hôpital. Cette technologie innovante nécessitera une période d'apprentissage et d'adaptation de la part de notre personnel clinique. Lorsque son déploiement sera complété, nous aurons un système entièrement intégré de dossiers médicaux électroniques qui nous permettra de parfaire notre

prestation de soins aux patients et de transférer des informations essentielles plus rapidement et plus efficacement.

Il existe un problème d'accès aux soins obstétricaux sur l'île de Montréal. Le ministère a décidé d'intervenir et a mis en place un groupe de travail. Ce dernier a visité plusieurs établissements, dont St. Mary le 10 juin 2011, afin de résoudre le problème. Les soins mère-enfant étant une priorité stratégique de l'hôpital et le nombre d'accouchements ayant augmenté de 30 % au cours de la dernière décennie, on pourrait demander à St. Mary d'augmenter son nombre d'accouchements au-delà des 4 700 qui sont effectués actuellement. Le conseil d'administration appuie le projet de développement du Programme de soins mère-enfant et les démarches entreprises par le comité de direction avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de Montréal pour l'exécution du projet en temps opportun.

L'Initiative Hôpitaux amis des bébés

Le Centre hospitalier de St. Mary est le premier hôpital de l'île de Montréal à obtenir l'agrément d'Hôpital ami des bébés. L'annonce de l'obtention de la certification a eu lieu lors de la séance publique d'information en octobre 2011.

Surveillance de la qualité

Nos laboratoires ont reçu une visite d'agrément surprise du *College of American Pathologists* qu'ils ont réussi avec brio.

À la suite de l'inspection ciblée du Collège des médecins du Québec en mai 2010, le conseil d'administration a mandaté le Comité de vigilance et de la qualité de faire le suivi des recommandations du Collège et d'en faire rapport au conseil. Le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



et le vice-président des services professionnels ont présenté au Comité un rapport des démarches entreprises dans chacun des six secteurs à améliorer.

Tout au long de l'exercice la situation des infections nosocomiales a été 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. Le personnel de l'hôpital a reçu des sessions de formation au cours de l'année.

Élections au conseil d'administration

La Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (projet de loi 127) a été sanctionnée le 13 juin 2011 et des élections ont eu lieu à l'automne. Entretemps, trois membres ont démissionné du conseil d'administration. Nous désirons offrir nos sincères remerciements à M. Martin Cauchon, M^{mes} Anne-Marie d'Amours et Lina Palazzo qui se sont acquittés de leurs fonctions avec diligence en tant que membre coopté, représentantes de la population et du conseil des infirmières et infirmiers respectivement.

Après un long processus menant au renouvellement des conseils d'administration, le nouveau conseil est entré en fonction le 1^{er} février 2012. Lors de leur première réunion, les membres ont approuvé la nomination de M. James C. Cherry au poste de président. Monsieur Cherry est associé à St. Mary depuis de nombreuses années. Membre du conseil depuis 2009, il a siégé au comité administratif et a agi à titre de président du comité de planification stratégique du campus de St. Mary. Il a également siégé comme membre, puis président du conseil d'administration de la Fondation de l'hôpital. Nous désirons adresser nos plus sincères remerciements à M. Marc W. Trottier, président sortant, pour son travail incessant et son leadership tout au long de son mandat. Monsieur Trottier, qui est également associé à St. Mary depuis de nombreuses années, continuera à siéger au conseil d'administration.

Nous désirons également remercier et exprimer notre profonde reconnaissance aux membres sortants : M^{me} Lorna Dowson, membre nommée par le Conseil multidisciplinaire; D^{re} Gail Goldman, membre nommée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens; D^{re} Dominique Piper, membre nommée par les médecins résidents; M. Richard J. Renaud et M. Murray Steinberg, membres cooptés.

Nominations

- Docteur Arvind K. Joshi a été nommé au comité exécutif de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.
- Monsieur Ralph Dadoun, PhD, vice-président des services corporatifs et de soutien, a été nommé au Comité consultatif sur le financement, la performance et l'optimisation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Madame Sarah-Beth Trudeau, notre nouvelle commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services depuis novembre 2011, a été invitée par le ministère de la Justice à siéger sur un groupe de travail visant à identifier d'autres mécanismes de résolution des conflits pour la maltraitance des personnes âgées. Elle a également été invitée à siéger au comité exécutif de la section du Québec du droit de la santé de l'Association du Barreau canadien.
- Docteur Mark Yaffe a été nommé professeur titulaire au Département de médecine familiale de l'Université McGill.
- Docteur Michel Élie a été nommé directeur du Programme de psychiatrie gériatrique de l'Université McGill.
- Docteure Miriam Boillat a été nommée vice-doyenne au développement de la faculté de médecine de l'Université McGill. Elle a également été élue à la présidence de la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada.

Le 6 octobre 2011 un incendie s'est déclaré dans le salon des fumeurs de l'unité de psychiatrie située au troisième étage. Malheureusement, un de nos patients y a perdu la vie. Comme nous l'avons mentionné lors de nos déclarations publiques parues le jour de l'incendie, nous sommes profondément attristés de la perte de notre patient, et nous offrons nos sincères condoléances à sa famille. La sécurité de nos patients et de nos employés est, et a toujours été, de la plus haute importance pour nous. St. Mary est dédié à ses patients et son personnel diversifié. Nous sommes engagés, nous révisons et nous mettons continuellement en œuvre des processus et des mécanismes pour assurer leur sécurité. Les circonstances extraordinaires entourant cet accident ne sont en rien représentatives de la qualité des soins qui font la renommée de St. Mary. Une révision approfondie à l'interne des procédures et de l'équipement de St. Mary a été effectuée suite à l'accident. Nous avons identifié des domaines d'amélioration et des recommandations ont été émises dont la plupart ont été mises en œuvre.



Prix et récompenses

- Madame Rita Lc de Santis, membre du conseil d'administration, a reçu le Prix de distinction de l'Université Concordia.
- Docteur Bruce Brown, vice-président des services professionnels, a reçu un prix d'excellence pour les pratiques exemplaires en matière d'appui de l'employeur; l'un des médecins du Département de l'urgence ayant été libéré pour servir dans l'armée outre-mer.
- Docteur Martin Cole est le récipiendaire du *Canadian Academy of Geriatric Psychiatry* 2011 pour sa contribution exceptionnelle en psychogériatrie au Canada.
- Docteur Mathieu Walker a reçu le Prix Osler de l'Université McGill pour l'enseignement. Il est le quatrième récipiendaire provenant de St. Mary.
- Docteure Anne Andermann, médecin de famille à St. Mary, a été sélectionnée comme l'une des étoiles montantes canadiennes en santé mondiale pour son approche innovante qui considère le travail des enfants comme un point de levier pour combattre le cycle des inégalités de santé qui s'ancrent d'une génération à l'autre.
- Madame Lucie Surprenant, pharmacienne au Département d'oncologie, est la récipiendaire du prix annuel Hingston remis par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Madame Leila Ramman-Haddad, coordonnatrice du Service de prévention et du contrôle des infections, a reçu une lettre de félicitations de l'Organisation mondiale de la santé pour la participation de son équipe au mouvement international visant à renforcer le rôle crucial de l'hygiène des mains dans la réduction des infections nosocomiales.

Le Centre hospitalier de St. Mary poursuit l'atteinte de l'excellence pour l'amélioration des soins aux patients et la qualité des services qu'il offre à la communauté qu'il dessert.

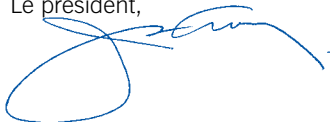
Nous souhaitons exprimer notre profonde appréciation envers nos bienfaiteurs, nos bénévoles et nos conseils (centre hospitalier, fondation, gouverneurs et auxiliaires) pour leur soutien et leur engagement constant. Nos plus sincères remerciements à nos employés et nos médecins pour leur contribution vers l'atteinte des standards élevés de qualité de soins empreints de compassion.

Le président sortant,



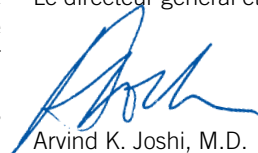
Marc W. Trottier

Le président,



James C. Cherry

Le directeur général et chef de la direction,



Arvind K. Joshi, M.D.



Une tradition d'excellence en matière d'enseignement et de formation académique



Susan Law, PhD, vice-présidente des affaires académiques

St. Mary jouit d'une longue et solide tradition d'excellence en matière d'enseignement et de formation académique. Ces dernières années, nous avons connu une augmentation substantielle du nombre de résidents en médecine et des spécialités, ainsi que des stagiaires en soins infirmiers et provenant d'autres disciplines. Les formateurs de St. Mary sont également de plus en plus impliqués à titre d'agents de formation et d'éducateurs auprès de nos nombreux partenaires académiques. Une dimension importante du développement de notre mission universitaire, en partenariat avec l'Université McGill, consiste à se fonder sur nos forces actuelles, telles que le programme de formation en médecine familiale et le programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger, et d'identifier des moyens pour soutenir la poursuite de l'excellence dans l'enseignement clinique et non clinique à travers l'hôpital. Au cours de la dernière année, des travaux ont débuté, sous la direction du Dr Todd McConnell, directeur de l'enseignement, afin d'identifier les moyens de rehausser notre soutien à l'enseignement et d'explorer comment nous pouvons contribuer à la science de l'enseignement – pour le bénéfice ultime de nos patients et de la communauté en termes d'amélioration des soins et des services que nous offrons. Voilà une période stimulante dans le développement du rôle de St. Mary comme établissement de santé affilié universitaire.



Todd McConnell MD, directeur de l'enseignement

Il convient de noter que toutes les séries médicales populaires diffusées au petit écran telles que *Dr Grey*, *leçons d'anatomie*, *Dr House*, etc., mettent en scène des hôpitaux d'enseignement. Ce n'est sûrement pas une coïncidence. Aucune des personnes impliquées dans l'enseignement des sciences de la santé ne peut manquer d'apprécier l'excitation et l'anxiété que le milieu hospitalier procure à celles et ceux qui étudient dans le domaine des soins de santé. Ils ont dû subir des années de réclusion en classe avant d'aboutir sur la scène de St. Mary. Lorsque le rideau se lève, les nouveaux étudiants sont submergés par l'enthousiasme et la crainte, un peu comme lorsqu'on arrive dans un nouveau pays. Cet état d'esprit est contagieux. Celles et ceux d'entre nous qui jouons les rôles d'enseignants percevons nos patients sous un nouvel angle, une perspective rafraîchissante que seuls les plus naïfs réussissent à faire germer. Nos étudiants, nos stagiaires, nous rappellent le drame de la vraie vie, les éléments qui font la fiction. Nous pourrions être à la télévision...

Permettez-moi de dire quelques mots au sujet de notre équipe de soutien. Pas moins de 24 médecins de St. Mary sont directeurs de programme ou directeurs locaux et supervisent des programmes d'enseignement universitaire. Notre cadre de travail à l'Université McGill a été profondément restructuré au cours de l'année qui vient de s'écouler. David Eidelman, qui a favorisé la création d'une relation étroite avec St. Mary lorsqu'il était chef du département de médecine interne de l'Université McGill est devenu doyen. Robert Primavesi, un médecin de famille et ancien médecin traitant à St. Mary a remplacé Joyce Pickering en tant que doyen associé du département d'éducation médicale de premier cycle. Howard Bergman, également médecin de famille, occupera bientôt les fonctions de chef du département de médecine familiale de l'Université McGill, un ajout très synergique

Ces dernières années, nous avons connu une augmentation substantielle du nombre de résidents en médecine et des spécialités, ainsi que des stagiaires en soins infirmiers et provenant d'autres disciplines.

pour la recherche en médecine familiale à St. Mary. Sarkis Meterissian, actuel doyen associé à la formation postdoctorale a travaillé en étroite collaboration avec St. Mary au cours de la dernière année alors que nous mettions sur pied le Programme des diplômés internationaux en médecine destiné aux médecins formés à l'extérieur du Canada et des États-Unis qui n'arrivent pas à décrocher un programme de résidence au Canada. Nous continuons notre longue tradition de formation d'infirmières et autres professionnels des soins de santé en collaborant avec de nombreux cégeps et écoles de formation professionnelle.

Au niveau local, nous travaillons à la promotion de l'éducation médicale à titre de discipline nécessitant une expertise particulière bien à elle. Cela représente pour nous un domaine de développement important du corps professoral. Nous publierons bientôt notre premier rapport annuel sur la recherche

et l'enseignement sous la direction de Susan Law, PhD. Nous invitons le lecteur à consulter ce document pour en savoir plus sur les réalisations et les objectifs de notre programme. L'éducation est, à coup sûr, un secteur en croissance à St. Mary, alors que nous accueillons plus de 1 000 stagiaires cette année. À tout moment notre institution compte environ 150 étudiants et résidents qui sont soit des étudiants en soins infirmiers, des résidents ou des étudiants des cycles supérieurs. Bâtir l'espace et trouver le financement nécessaire pour soutenir ce petit village représente un défi de taille pour l'avenir.

En plus des séances « Apprenez tout en dînant » portant sur divers sujets, conférences et ateliers parrainés par nos différents conseils professionnels, départements, comités et la Fondation de l'hôpital, ce rapport annuel donne un aperçu de quelques-uns des nombreux aspects de l'enseignement au CHSM.



Dr Alexander Marcus, pathologiste, entouré d'étudiants en médecine lors d'un cours dispensé au laboratoire en février 2012.

à l'interne

Formation à l'interne pour notre personnel

Atelier de formation en soins infirmiers au CHSM

Le personnel infirmier était invité à un atelier d'une journée portant sur les pratiques de pointe en soins infirmiers et organisé par le Comité sur l'enseignement et le développement des sciences infirmières. L'objectif de l'atelier était de présenter des sujets stimulants aux infirmières. Parmi les sujets abordés mentionnons les urgences oncologiques, le risque de suicide, les outils et les techniques de sevrage tabagique et plus encore. L'événement a eu lieu dans l'auditorium et plus de 30 infirmières et infirmiers de tous les départements y ont participé.

Atelier de prévention et contrôle des infections du CHSM

Le Service de la prévention et du contrôle des infections a organisé un atelier interactif dans l'auditorium. Tout le personnel des soins infirmiers, multidisciplinaire et des services de soutien ont été invités à participer à une journée d'apprentissage sur l'hygiène des mains, les équipements de protection, la gestion des soins des plaies et la collecte et la manipulation des prélèvements. Au total, 164 personnes ont assisté à l'une des quatre sessions qui se sont déroulées au cours de la journée.



Frank Miesnikowicz et Caroline Launois, technologues de laboratoire, avec Michael Gliserman.



D^r David Eidelman, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, et des résidents du Centre de médecine familiale.

Journée d'enseignement de la médecine familiale 2011 au CHSM

La journée scientifique 2011 du CHSM a eu lieu le 18 mai. Cette activité est organisée annuellement par le Centre de médecine familiale pour promouvoir la recherche effectuée par les résidents et par le personnel d'enseignement en médecine familiale. La journée a été couronnée de succès : elle a attiré des professionnels de la santé, des chercheurs, et des résidents du CHSM et du réseau de l'Université McGill. Pendant la matinée, le public a pu assister à la présentation de Jeannie Haggerty, PhD, Chaire de recherche de l'Université McGill en médecine familiale et communautaire basée au CHSM, sur les implications de l'approche des soins centrés sur le patient au-delà de la stricte visite médicale. Elle a notamment introduit des notions, comme par exemple, les soins axés sur les patients basés sur le concept de *medical home* qui devrait devenir incontournable sous peu. Sa présentation fut suivie de quatre interventions plus courtes de chercheurs du Centre de médecine familiale qui ont présenté quelques-unes de leurs découvertes les plus récentes. L'après-midi fut dédié à des ateliers pendant lesquels 19 projets de recherche au total ont été présentés, puis débattus.

Bruno Synnott, Service de soins spirituels et religieux, et Stéphanie Moncion, conseillère cadre en ergothérapie, participent à un atelier.



Le CHSM maintient et améliore la qualité des soins aux patients et la sécurité

Au CHSM nous nous efforçons toujours de maintenir et d'améliorer la qualité des soins aux patients et la sécurité. Une de nos initiatives en ce sens est «ErroMed», un séminaire de formation et d'ateliers d'une durée de deux jours, qui vise à sensibiliser les travailleurs de la santé de tous les secteurs de l'hôpital sur la sécurité des patients.



Marc Pineault

Ces sessions sont menées par Marc Pineault, coordonnateur de la qualité et de la gestion des risques, et d'autres experts du milieu de la santé. L'atelier, ouvert à tout le personnel de tous les départements de l'hôpital, permet aux participants d'améliorer leurs compétences en communication, le travail en équipe, et

l'identification et la prévention des risques et des erreurs dans leur environnement.

L'enseignement dans notre communauté / notre réseau

Le CHSM participe au programme « Valorisation Jeunesse »

Pour une deuxième année, le CHSM a participé au programme « Valorisation Jeunesse » en accueillant deux étudiants de niveau secondaire. Ce programme, développé par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, a pour objectif de soutenir les étudiantes et les étudiants des écoles secondaires, issus de communautés culturelles et provenant de milieu défavorisé qui sont intéressés aux divers métiers et professions de la santé et des services sociaux, à entreprendre une carrière dans le réseau de la santé. Les équipes de soins mère-enfant, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, des PAB, de la nutrition, ainsi que de Bio-Med ont participé au programme.



Des membres du Service des ressources humaines en compagnie de participants au programme « Valorisation jeunesse ».

dans la communauté

(De g. à d.) : Georges Loussin, Oreste Galli, Peter Raptis, Ross Cardazzi et Andrea Ross



Un grand succès pour le Festival 24 heures de science à St Mary!

Plus de 30 personnes ont visité les coulisses du Département de radiologie du CHSM dans la matinée du samedi 7 mai. Dans le cadre de l'édition 2011 du Festival 24 heures de science, les techniciens en radiologie ont expliqué aux visiteurs, démonstrations à l'appui, comment fonctionnent les appareils de radiologie, échographie, et fluoroscopie. La clarté de leurs explications, leur ouverture d'esprit et leur intérêt visible pour la radiologie ont conquis les scientifiques en herbe et leurs familles.

Le premier Café scientifique du Centre de recherche de St. Mary remporte un franc succès

Le premier Café scientifique, organisé par le Centre de recherche de St. Mary, s'est déroulé à la Maison de la culture Côte-des-Neiges. Il portait sur le thème de la difficulté à trouver un médecin de famille à Montréal. Le public s'est présenté nombreux à l'événement et a posé plusieurs questions au groupe d'experts présent sur les lieux. Ce groupe était composé de Jean-Frédéric Lévesque, directeur scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec; Jeannie Haggerty, titulaire de la Chaire de recherche de l'Université McGill en médecine familiale et communautaire basée au Centre hospitalier de St. Mary; Gerald Van Gurp, urgentologue au CHSM et directeur médical du programme d'infirmière praticienne de l'Université McGill;

Elizabeth Robinson, médecin de famille au CLSC Saint-Louis-du-Parc et spécialiste en santé publique et en médecine préventive. Ces derniers ont parlé des raisons qui sont à l'origine de ce problème et évoqué quelques-unes des solutions possibles. Si le quart de la population du Québec n'a pas de médecin de famille, ce taux atteint près de 40 % sur l'île de Montréal, alors que dans le reste du Canada il est plus proche des 15 %.

Développement de matériel éducatif pour nos patients

Le CHSM souligne l'importance de développer du matériel éducatif pour les patients

Instruire nos patients et leur transmettre des informations utiles a toujours été une préoccupation majeure au CHSM. Au cours d'une réunion du *Psychology journal club*, Nathalie Dinh, PhD, et l'équipe multidisciplinaire de professionnels du CHSM, comprenant des psychologues, des analystes de la qualité et des spécialistes des relations publiques, ont passé en revue les résultats d'une évaluation qualitative d'une brochure publiée par l'équipe des services de psychologie du Programme de santé mentale depuis 2008. Une étude, à laquelle 75 patients ont participé, s'est déroulée entre les mois de juin et octobre 2011.



Partage des connaissances au niveau international

Mission d'échange Québec-Inde

Docteur Arvind K. Joshi (deuxième à gauche sur la photo ci-dessous), directeur général et chef de la direction du CHSM, a participé à une mission d'échange et de partage de connaissances dans le cadre d'une mission commerciale du Québec en Inde, dirigée par le ministre québécois de la Santé, le Dr Yves Bolduc (à droite). La santé des femmes et la télémédecine comptaient parmi les domaines potentiels de collaboration abordés. Cette mission internationale prestigieuse



représentait une occasion exceptionnelle de soutenir la création de partenariats stratégiques qui profiteront aux systèmes de soins de santé québécois et indiens. Les délégués du Québec ont pris part à des conférences internationales qui se sont déroulées à Mumbai et à Delhi. Voilà un autre exemple de la manière dont St. Mary partage ses connaissances et son expertise avec les communautés internationales.



(De g. à d.) : Dr Rami Ali, Palestine; Dr Nabila Al Sawaf, Syrie; Dr Éric Tremblay, responsable du programme des DHCEU au CHSM; Dr Anna Kan, Russie; Dr Elena Dorobantu, Roumanie et Dr Jean Edward Cayard, Haïti.

Nouveau programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger au CHSM

Un nouveau programme de stage est désormais offert au CHSM pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-unis (DHCEU). Chaque année, ce stage d'une durée de quatre mois permet à 20 médecins diplômés à l'étranger d'obtenir un meilleur soutien en vue de leur intégration professionnelle au Québec.

Une délégation chinoise visite le CHSM

Le CHSM a été l'hôte d'une délégation de médecins chinois en provenance de Shenzhen. C'est sous l'initiative du Dr Alan Pavilanis, chef du Département de médecine familiale, que cet événement a eu lieu. Les membres de la délégation ont fait une tournée de différents départements de l'hôpital et ont profité de l'occasion pour exprimer toute leur reconnaissance envers les membres du personnel de notre établissement. Les membres de la délégation ont déclaré avoir apprécié l'occasion de venir observer les plus récentes techniques et technologies médicales utilisées au CHSM.

au niveau international

État de la situation financière au 31 mars 2012

	2012	2011
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse	2 571 340 \$	6 036 132 \$
Débiteur-Agence et MSSS	29 334 325	33 812 267
Autres débiteurs	2 093 159	3 721 865
Subventions à recevoir (perçues d'avance)- réforme comptable	-3 073 545	-3 300 414
Placements à long terme	1 400	1 400
Autres éléments	588 743	617 376
Total des actifs financiers	31 515 422	40 888 626
PASSIFS		
Emprunts temporaires	37 738 234	62 222 961
Autres créditeurs et autres charges à payer	33 324 604	26 661 351
Avances de fonds en provenance de l'Agence		
- enveloppes décentralisées	3 250 001	4 003 879
Intérêts courus à payer	175 119	194 196
Revenus reportés	16 971 251	19 242 120
Dettes à long terme	36 243 587	14 656 207
Autres éléments	274 713	637 415
Total des passifs	127 977 509	127 618 129
Actifs financiers nets (dette nette)	-96 462 087	-86 729 503
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisation	76 022 190	75 014 599
Stocks et fournitures	3 705 665	3 372 386
Frais payés d'avance	748 192	601 505
Total des actifs non financiers	80 476 047	78 988 490
Surplus (déficits) cumulés	-15 986 040 \$	-7 741 013 \$





État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2012

	2012	2011
Actifs financiers nets (dette nette) au début	-86 729 503 \$	-106 231 183 \$
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		26 989 301
Actifs financiers nets (dette nette) au début redressé	-86 729 503	-79 241 882
Surplus (déficit) de l'exercice	-8 245 027	-1 852 979
VARIATIONS DÛES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	6 557 605	10 642 231
Amortissement de l'exercice	5 545 613	4 979 411
(Gain) / Perte sur dispositions	4 400	18 328
Produits sur dispositions	-	8 851
Total des variations dues aux immobilisations	-1 007 592	-5 635 641
VARIATIONS DÛES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisitions de stocks de fournitures	-333 278	-
Acquisitions de frais payés d'avance	-146 687	-122 636
Utilisation de stocks de fournitures	-	123 635
Total des variations dues aux stocks de fournitures et frais payés d'avance	-479 965	999
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dette nette)	-9 732 584	-7 487 621
Actifs financiers nets (dette nette)	-96 462 087 \$	-86 729 503 \$

État des résultats pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2012

	2012		2011
REVENUS			
Subventions Agence et MSSS	125 071 941	\$	120 560 028 \$
Contributions des usagers	4 355 921		4 703 098
Ventes de services et recouvrements	3 700 511		3 800 801
Donations	3 366 742		3 375 685
Revenus de type commercial	857 969		881 742
Gain sur disposition	0		2 750
Autres revenus	3 370 524		2 823 905
Total	140 723 608		136 148 009
CHARGES			
Salaires et avantages sociaux et charges sociales	94 564 865		86 718 373
Médicaments	8 080 520		8 133 663
Produits sanguins	3 251 401		2 820 292
Fournitures médicales et chirurgicales	13 332 849		12 749 500
Denrées alimentaires	984 400		941 353
Frais financiers	1 651 593		1 478 506
Entretien et réparations incluant les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	2 538 415		2 231 604
Créances douteuses	640 006		636 930
Amortissement des immobilisations	5 545 613		4 979 411
Perte sur disposition des immobilisations	4 400		21 078
Autres charges	18 374 573		17 290 278
Total	148 968 635		138 000 988
Surplus (déficit) de l'exercice	-8 245 027	\$	-1 852 979 \$



Statistiques

	2012	2011
Jours présence		
Courte durée	90 250	90 630
Longue durée	-	-
Nouveau-nés	10 037	10 158
Admissions		
Adultes	11 403	11 449
Nouveau-nés	4 264	4 395
Accouchements	4 237	4 370
Durée moyenne du séjour		
Courte durée (jours)	7,91	7,92
Longue durée (jours)	-	-
Taux d'occupation (%)	91,24	91,62
Consultations externes	129 137	124 844
Chirurgie d'un jour - visites	10 656	10 364
Consultations - urgence	38 342	37 445
Audiologie et orthophonie - visites	2 225	2 329
Ergothérapie - visites	10 862	10 612
Physiothérapie - visites	28 524	28 724
Psychiatrie - visites	13 436	12 934
Imagerie médicale - examens	90 903	89 148
Laboratoires - procédures	3 015 712	2 967 715

RESSOURCES HUMAINES

Équivalents temps complet

Cadres	72	74
Employés - temps complet	987	969
Employés - temps partiel	351	343
Occasionnels	160	165
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice pour les occasionnels	293 619	301 356

Au 31 mars 2012

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

Michelle Brazier

Trésorière

Mandy Humphries

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

James C. Cherry

Président
Cooptation

Rita Lc de Santis

Vice-présidente
Agence de Montréal

Suzanne Gouin

Secrétaire
Cooptation

Rafik Greiss

Trésorier
Population

Marc W. Trottier

Président sortant
Cooptation

MEMBRES

Jean Aucoin

Fondation

Samuel Benaroya, M.D.

Université

Danielle Corbeil

Conseil des infirmières et infirmiers

Bonnie Cuthbert

Personnel non-clinique

Madeleine Féquière

Cooptation

Arvind K. Joshi

Directeur général et chef de la direction

Liette Lapointe

Université

Michael Macchiagodena

Comité des usagers

Nancy Margaret Marrelli

Agence de Montréal

Stéphanie Moncion

Conseil multidisciplinaire

Claire Mullins-Kruyt

Population

Harry Oberman

Comité des usagers

Sujith Sivaraman

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Annie Tobias

Cooptation

Marcel Villeneuve

Cooptation

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 Pavlanis, 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

Déclaration de fiabilité des données

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel d'activités ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données du rapport d'activités de l'exercice 2011-2012 du Centre hospitalier de St. Mary :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel d'activités ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Le directeur général et chef de la direction,



Arvind K. Joshi, M.D.



Conseil des infirmières et infirmiers

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est responsable envers le conseil d'administration d'apprécier la qualité des actes infirmiers posés dans le centre hospitalier, de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers, ainsi que sur la distribution appropriée des soins dispensés et d'assumer toute autre fonction que lui 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 s'assurer du respect des standards professionnels de soins et toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Au cours du dernier exercice le conseil a eu l'occasion de travailler en étroite collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans le but de compléter l'inspection professionnelle. Un groupe de travail, composé de la vice-présidente des opérations et soins infirmiers, de la présidente du CII et de représentants des soins infirmiers provenant de chacun des programmes cliniques, a été mis sur pied. La période d'auto-évaluation, d'une durée de quatre semaines, a été déclenchée par une vérification de dossiers par notre personnel infirmier et soumise à l'analyse de l'OIIQ le 22 novembre 2011. Neuf conditions cliniques ont fait l'objet d'une vérification : l'application de mesures de contention, l'application de mesures d'isolement, l'urgence suicidaire, l'administration d'opiacés, la douleur, les risques de chute, le client qui est tombé, les risques de formation d'escarres et la présence d'escarres. Les plans thérapeutiques des soins infirmiers ont également fait l'objet d'une vérification dans chacune des neuf conditions cliniques et deux plans thérapeutiques des soins infirmiers ont également été choisis au hasard pour la vérification du format. L'OIIQ a présenté les résultats de son analyse le 24 janvier 2012; des plans d'action en sont découlés et sont actuellement déployés.

Le CII continue d'endosser et de faire progresser les soins infirmiers de qualité tout en travaillant en étroite collaboration avec tous ses membres à la création et au maintien de la communication. Le conseil poursuit également des évaluations poussées des soins infirmiers et du professionnalisme.

De plus, le conseil a souligné l'importance de la formation continue et le maintien des compétences acquises. Le conseil fait la promotion d'une culture de formation supérieure combinée à des soins de qualité axés sur le patient.

Au cours de l'exercice, parmi les activités qui ont suscité de l'intérêt on retrouve la présentation du rapport annuel du CII aux conférences scientifiques des soins infirmiers, l'approbation et la diffusion de quatre ordonnances collectives et la présentation très opportune du Dr Sean Clark, conférencier invité lors de la Journée des soins infirmiers, intitulée « La formation universitaire et la recherche : pistes pour l'avenir de la profession infirmière ».

Le comité sur la qualité des soins infirmiers et le comité sur la gestion interdisciplinaire des médicaments sont les deux domaines sur lesquels le CII anticipe de travailler.

Crystal Côté,
présidente



Crystal Côté



Conseil multidisciplinaire

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 comité multidisciplinaire.



Judy Surette

Objectifs atteints et accomplissements de 2011-2012

- Un sous-comité du comité exécutif du conseil multidisciplinaire a poursuivi la mise à jour des règlements qui seront adoptés par les membres et présentés par la suite au conseil d'administration pour être entérinés au cours du prochain exercice.
- Par le biais de son comité de la qualité/éducation, le conseil multidisciplinaire continue de faire la promotion, le recrutement, le maintien des effectifs et la reconnaissance de ses membres en participant au comité de recrutement et de maintien des effectifs du Service des ressources humaines.
- Par le biais du comité interprofessionnel et du comité de la qualité/éducation, le conseil multidisciplinaire continue d'encourager les activités d'amélioration de la qualité pour les membres de toutes les disciplines.
- Le conseil a tenu huit conférences sur différents sujets tels que les glucomètres, la protection de la jeunesse, les régimes, le dépistage auditif chez les nouveau-nés, l'imagerie médicale, la gestion des AVC, la malnutrition et le transfert des patients du centre hospitalier au centre de soins de longue durée.
- Lors de l'assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire en 2011, Dr Yoram Shir, directeur du *Allan Edwards Pain Management Unit*, de l'Université McGill a présenté une conférence intitulée : « Traitement de la douleur chronique – Défis actuels et espoirs futurs ».





- L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a effectué une visite d'inspection professionnelle du Service d'inhalothérapie en février 2012 pour laquelle nous attendons les résultats. Le *College of American Pathologists* a effectué avec succès une visite d'inspection du Service des laboratoires en juin 2011.
- Le conseil multidisciplinaire a mis sur pied un site intranet sous l'onglet des services corporatifs et de soutien comprenant un calendrier des événements, l'horaire et les procès-verbaux des réunions et les dates des conférences du conseil, ainsi que les liens utiles pour 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 2012-2013

- Continuer le suivi et la participation aux activités du comité de recrutement et de maintien des effectifs du Service des ressources humaines.
- Continuer à travailler sur l'amélioration de la qualité des soins pour les patients en attente de placement.
- Améliorer la participation des membres du conseil multidisciplinaire aux activités de qualité, de formation et de recherche.

Judy Surette,
présidente

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



Marcel Fournier, M.D.

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

Au cours de l'exercice 2011-2012, le CMDP s'était fixé cinq objectifs :

- le suivi de la mise en œuvre des recommandations suite à l'inspection professionnelle par le Collège des médecins du Québec
- le soutien continu du programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger
- le recrutement et le renouvellement des médecins pour les postes clés
- le projet OACIS
- les agréments : Collège royal des médecins du Canada; Collège des médecins de famille du Canada; et Agrément Canada.

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

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

Le comité exécutif a unanimement convenu d'agir dans les dossiers suivants :

- la révision des règlements des départements conformément aux recommandations du CMQ
- la révision des règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- les dossiers incomplets et rapports d'interventions chirurgicales
- l'inspection de l'évaluation de la qualité
- le suivi des plans d'action spécifiques conformes aux recommandations du CMQ pour les divisions de chirurgie générale et d'urologie
- la 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 (DHCEU)

Un programme d'éducation formel a été mis sur pied grâce à un travail ardu et beaucoup de dévouement. Les premiers candidats ont commencé leur formation dans des locaux

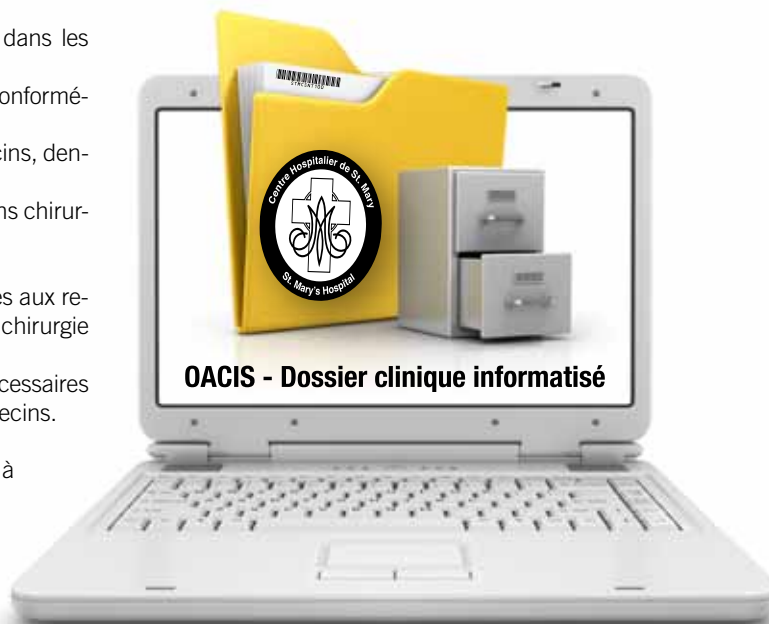
dédiés à cette fin à compter du mois de mai 2011, sous la direction du Dr Éric Tremblay. Nous avons reçu une rétroaction positive du premier groupe à compléter cette formation. Un nouveau groupe de quatre a débuté en octobre 2011 et six autres au cours du mois de janvier 2012. Le programme a connu beaucoup de succès.

3. Recrutement des médecins

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

4. Le projet OACIS

Docteur Howard Stuart est très impliqué dans le projet OACIS. Le projet a débuté à la mi-décembre sur l'unité du 5^e Sud et sera mis en œuvre graduellement dans d'autres secteurs.



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 sous-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 21 formulaires qui ont été incorporés aux dossiers médicaux de l'hôpital. Les dossiers incomplets sont aussi régulièrement portés à l'attention de ce comité. Le nombre de dossiers incomplets était de 992 (septembre 2011); augmenté à 1040 (février 2012); et diminué à 763 en avril 2012.
- 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*;
 - plusieurs éclosions d'ERV sont apparues au 8^e Principal, pour lesquelles des procédures ont été mises en place;
 - des vérifications régulières des pratiques de base de contrôle des infections;
 - une journée de formation sur « le lavage des mains » avec un taux de participation élevé.
- Comité d'examen des chirurgies
Docteure Dawn Anderson a procédé à une vérification de l'exhaustivité des excisions dans les cas de cancer rectal, avec la collaboration du directeur de la pathologie. Elle a présenté



le rapport suivant au comité :

- En 2010, 32 résections de cancer rectal ont eu lieu à St. Mary.
- Une documentation insuffisante des excisions mésorectales complètes dans seulement 6 % des cas (deux cas). Dans un des deux cas, la réponse au traitement préopératoire était telle que nous ne prévoyons pas que le résultat pour le patient soit compromis.
- L'uniformité de l'information fournie au pathologiste par le chirurgien n'est pas optimale et aurait besoin d'être améliorée.
- L'uniformité, l'exhaustivité et l'organisation des rapports de pathologie sont également sous-optimales et pourraient être améliorées.

Recommandations

- Normaliser la façon dont le chirurgien transmet l'information appropriée sur le formulaire de pathologie.
- Normaliser le rapport de pathologie synoptique pour évaluer avec exactitude la pertinence de la chirurgie, le stade, la réponse à un traitement néo adjuvant, et la TNM finale.
- Développer un système informatique bien organisé pour permettre une documentation complète de toutes les investigations pertinentes et les paramètres des traitements.

Comité de pharmacologie

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

La révision de l'utilisation des médicaments

- la révision de l'utilisation d'halopéridol (régulier vs PRN)
- le trastuzumab dans le traitement dès le début d'un cancer du sein chez les patientes ayant un HER2 positif
- l'audit sur la prophylaxie de la TEV
- la révision simultanée quotidienne des antibiotiques à usage restreint
- la révision simultanée quotidienne de l'utilisation de G-CSF
- l'utilisation simultanée quotidienne des produits CIVA
- la révision simultanée hebdomadaire des ordonnances de narcotiques.

L'approbation des règles d'utilisation suivantes :

- GesPhar – changements de la validité de l'ordonnance
- l'utilisation des seringues préemballées de Fragmin
- l'ordonnance pré-imprimée de prophylaxie de la TEV
- l'administration de sulfate de magnésium – ordonnance pré-imprimée, soins mère/enfant

- l'algorithme constipation – cancérologie
- l'ordonnance collective d'épinéphrine pour les réactions allergiques lors des vaccinations
- l'arthroplastie totale de l'épaule, postopératoire – ordonnance pré-imprimée
- la perfusion continue du nerf périphérique – ordonnance pré-imprimée
- l'échelle d'ajustement des doses – diminution de la validité (28 à 7 jours).

Comité d'examen des titres

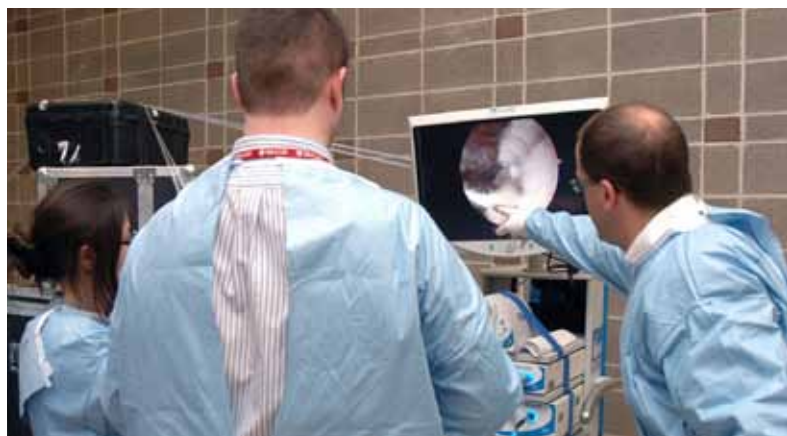
Le comité d'examen des titres a procédé à l'étude des compétences des médecins qui ont adressé une demande de nomination au CHSM et a soumis ses recommandations au comité exécutif du CMDP.

Les membres du CMDP prennent part également aux activités d'amélioration de la qualité des diverses équipes de l'hôpital. Ils 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



Consultation en télécardiologie adulte avec auscultation en temps réel : Dr Mathieu Walker (à distance) du CHSM, Manon Tardif, chef clinico-administrative du programme santé physique du CSSS du Haut-Saint-Laurent, Dr Jean Buithieu à l'Hôpital Barrie Memorial d'Ormslow ainsi que l'usager, M. Gérald Duncan.



Des résidents en chirurgie participent à un cours de chirurgie arthroscopique du genou et des épaules qui s'est tenu à l'auditorium en mars 2012.

Gestion de la qualité et des risques

L'objectif principal 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 de tous les services offerts au Centre hospitalier de St. Mary.

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 2011-2012, le comité a tenu dix réunions et a passé en revue les rapports annuels sur la gestion de la qualité et des risques présentés par les équipes suivantes : dialyse, chirurgie, bloc opératoire, soins intensifs, urgence, médecine, oncologie, gériatrie, soins mère-enfant, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers, ressources humaines, gestion de l'information, contrôle et prévention des infections, et imagerie médicale.

Agrément Canada

Au cours de l'exercice, le Service de gestion de la qualité et des risques a participé à la préparation des équipes d'amélioration de la qualité en prévision de la visite d'agrément qui aura lieu en 2012-2013.

Tous les suivis nécessaires ont été complétés en 2010-2011.



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 2011-2012.

Processus de déclaration des incidents et accidents

Avec la mise en œuvre du programme SSSS (Système d'information sur la sécurité des soins et services) et des efforts ciblés pour réduire les délais dans la saisie des données, le Centre hospitalier de St. Mary a réussi à maintenir le registre des incidents/accidents à jour. En date du 8 juin 2012, le nombre de rapports d'incidents/accidents pour l'exercice 2011-2012 s'élevait à 2166. Parmi ceux-ci, 44 événements furent signalés pour un suivi supplémentaire et cinq ont fait l'objet d'une révision par le biais d'un événement sentinelle.

Le Centre hospitalier de St. Mary encourage la déclaration des événements par le personnel et en fait la promotion puisque ceci nous permet de mettre en place des mesures préventives. Il valorise également l'apprentissage et vise continuellement l'amélioration de la qualité des services qu'il offre aux patients.

Le MSSS a produit le premier rapport semestriel d'incidents/accidents. Bien que celui-ci rapporte que près de 25 % des événements avait une gravité indéterminée, au CHSM 99,4 % ont une gravité déterminée, ce qui est sensiblement supérieur à la moyenne. La qualité de l'information de tous les rapports reçus au Service de gestion de la qualité et des risques est révisée en ce qui a trait au type, au lieu et à la gravité de l'événement. Le personnel du CHSM rapporte un nombre sensiblement plus important d'événements qui sont moins graves que la moyenne, ce qui démontre une excellente culture de déclaration des incidents/accidents puisque le personnel ne déclare pas seulement les événements les plus graves. Ceci aide à prévenir des événements liés à des situations plus graves. En ce qui a trait aux types d'événements, le CHSM a une distribution similaire au reste des établissements, les chutes et les erreurs de médicaments étant les événements les plus déclarés.

Un décès a été rapporté au cours de l'exercice et une révision en profondeur du processus clinique impliqué, ainsi que la révision

de nos mesures d'urgence ont eu lieu. Dix recommandations sont ressorties de cette révision afin que les circonstances entourant cet événement déplorable ne se reproduisent plus à l'avenir.

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 constitue l'inventaire des systèmes de contrôle en place au Centre hospitalier de St. Mary :

- Les plaintes des patients
- Les poursuites judiciaires
- Les réclamations contre l'hôpital
- Les réclamations d'assurance contre l'hôpital
- Les griefs
- Les isotopes radioactifs
- 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)
- Les activités de prévention des infections
- Les accidents de travail, maladies professionnelles et CSST
- Les conditions de travail dangereuses
- Les risques reliés aux matières dangereuses
- La violence en milieu de travail
- Les risques reliés à l'équipement biomédical
- Les alertes et rappels reliés à l'équipement biomédical
- Les risques reliés à l'équipement autre que biomédical
- Les risques reliés aux systèmes informatiques
- Les risques reliés à la recherche (rapport annuel de l'éthique de la recherche)
- Les mesures d'urgence et les autres incidents reliés à la sécurité
- Les incidents/accidents (AH-223)
- Les risques reliés aux mesures de contention
- 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 de ce dernier.



Les initiatives de la gestion des risques en 2011-2012

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

- Le suivi des incidents/accidents pour s'assurer que les mesures appropriées étaient prises par les secteurs concernés; 44 ont été étudiés en profondeur et cinq ont fait l'objet d'une révision par le biais du processus de révision d'événement sentinelle.
- Révision du processus de contrôle cardiaque par le biais de l'AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité), une méthode prospective pour analyser les risques de défaillance du processus.
- La Semaine de la sécurité des patients, qui comprenait trois conférences-repas portant sur le niveau de sévérité des incidents/accidents, la prévention et le contrôle des infections et les outils de communication pour les patients. En plus de ces présentations, le comité des usagers a participé activement à la Semaine de la sécurité des patients et a organisé un bain de foule dans l'hôpital où les membres ont rencontré les patients et leur ont fourni de l'information concernant le rôle qu'un patient peut avoir au niveau de sa sécurité.

- Vingt-trois membres du personnel ont reçu la formation ErroMed (facteurs humains et sécurité des patients). Huit autres membres du personnel du CHSM ont assisté à une session additionnelle organisée en partenariat avec le CHU Ste-Justine. Cette formation aura lieu au moins deux fois par année à compter de 2012-2013 compte tenu de l'intérêt marqué pour cette formation au sein de l'hôpital.

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 a complété six projets en 2010-2011 et a initié dix nouveaux projets en 2011-2012. Un des projets qui a débuté en 2009-2010 et six de 2010-2011 sont toujours en cours.

Activités de recherche

Avec le soutien du programme CARE, une évaluation du programme de formation ErroMed qui a débuté en 2010-2011 est en cours. Le projet devrait être complété en 2012-2013. 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. Le projet vise à renforcer la participation des patients en obtenant leur perspective sur les outils d'orientation à travers le continuum des soins afin d'améliorer leur expérience de soins.

Le Service de gestion de la qualité et des risques a des attaches solides au centre de recherche et est représenté au comité exécutif du centre de recherche, assurant ainsi la communication. Ce lien a toujours été unique au Centre hospitalier de St. Mary et continue d'être important, créant des opportunités intéressantes de qualité et de recherche.

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. Avec la mise en œuvre de la nouvelle politique qui sera adoptée en 2012-2013, nous serons en mesure de mener une inspection fondée sur cette nouvelle politique. 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.

Suivi relatif aux recommandations du coroner

Il n'y a eu aucune recommandation exigeant un suivi dans les rapports du coroner en 2011-2012.

Recommandations et priorités en matière de gestion des risques pour 2012-2013

- Préparer et organiser le processus d'autoévaluation en préparation pour la visite d'Agrément Canada en 2012.
- Améliorer l'analyse de la qualité des données contenues dans les rapports d'incidents/accidents.
- Augmenter le soutien aux équipes d'amélioration de la qualité en fonctions des compétences en gestion de projet.
- 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, en collaboration avec le comité des usagers
 - formation ErroMed pour le personnel au moins deux fois par année
 - 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.

Activités de prévention et de contrôle des infections

Initiatives et projets :

- La surveillance au niveau provincial des infections à *Staphylococcus aureus* (SA) mise en place depuis 2006-2007 se poursuit. Notre intervention est basée sur les résultats obtenus. Nos taux d'infection à SA, c'est-à-dire de SARM, sont respectivement de 36,59 %, 28,13 %, 34,62 % et 14,28 % pour les quatre exercices financiers précédents. Nos taux ont toujours été comparables aux hôpitaux de même taille de la province. Cependant, en 2011-2012 notre taux était le plus bas.
- Les taux d'infections bactériennes liées aux cathéters intravasculaires centraux déterminés par la surveillance aux



soins intensifs étaient de 2,33 % en 2009-2010, 1,88 % en 2012-2011 et 1,78 % en 2011-2012 comparativement aux taux provinciaux de 2,06 %, 1,48 % et 1,17 %.

- Notre taux de référence d'infections bactériennes liées aux cathéters intravasculaires centraux déterminé par la surveillance au niveau provincial de la dialyse était 0,13 % en 2011-2012 comparativement à 0,26 % pour l'exercice financier 2010-2011.

Activités de surveillance et contrôle des infections nosocomiales

La surveillance et les efforts pour contenir les organismes multi-résistants tels que le SARM et ERV (*enterococci* résistantes à la vancomycine) se poursuivent.

- L'isolement des *Staphylococcus* résistants à la méthicilline (SARM) continu de tenir une place importante dans le Service de contrôle des infections. Bien que le nombre de transmissions du SARM soit moins élevé que les années précédentes, le nombre total de patients admis demeure élevé et pèse lourdement sur les unités de soins infirmiers. Nous avons eu 81 cas de SARM nosocomial en 2011-2012 comparativement à 118 en 2010-2011.
- Depuis l'automne 2010, une surveillance au niveau provincial des ERV a été mise en place. La révision des lignes directrices sera basée sur les résultats de la surveillance sur une période de deux ans. Nous avons remarqué une augmentation majeure des cas d'ERV nosocomial comparativement aux années antérieures. Nous avons eu 102 cas d'ERV nosocomial en 2011-2012 comparativement à 12 cas en 2010-2011.

Notre prévalence est beaucoup plus élevée que les années précédentes, ce qui occasionne une augmentation des risques de transmissions nosocomiales et d'éclosions. Cette importante augmentation du nombre de cas nosocomiaux a été constatée dans tous les hôpitaux du réseau de McGill.

- La surveillance des infections du site opératoire (ISO) ne concerne que les patients hospitalisés (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 comparer aux autres hôpitaux de même taille. Notre niveau est stable depuis les quelques dernières années, nous ramenant à notre niveau de base de 2003. Nous avons eu 35 cas en 2011-2012 comparativement à 38 en 2010-2011.
- Le principal objectif de la surveillance du taux de contamination des hémocultures est d'identifier des changements dans les taux et de préconiser des modifications en cas de nécessité. Les conséquences de la contamination des hémocultures sont :
 - l'utilisation inappropriée 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 2,84 %, 3,54 % et 0,84 % respectivement. Pour les périodes 1 et 5, nous avons constaté une augmentation de notre taux de contamination des hémocultures et excédant le seuil de 3 % à la période 5. Dix des 15 cas de contamination des hémocultures au cours des trois périodes provenaient de l'urgence.

Enquêtes sur les apparitions d'infections

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, nous avons eu sept éclosions d'ERV, desquelles trois sont apparues au 8^e Principal,

trois au 5^e Sud et une au 6^e Nord. Comme c'est le cas pour la plupart des éclosions, les contenir a nécessité de nombreuses ressources.

En juin et septembre 2011, nous avons vu deux éclosions de SARM au 8^e Principal et une éclosion au 5^e Sud qui ont requis la mise en isolement de nombreux patients et l'augmentation des activités de nettoyage.

Formation

Au cours de l'exercice 2011-2012, 917 participants – étudiants et employés – ont reçu la formation donnée par l'équipe de contrôle des infections. Cette dernière a consacré 178 heures aux sessions de formation à l'interne.

Un total de 232 heures fut dédié à la formation du personnel du Service de prévention et de contrôle des infections : une coordonnatrice et deux cliniciennes ont entrepris des sessions de formation (cinq cours en ligne, des cours à distance hebdomadaires, attestation de compétence en réanimation cardio-respiratoire et une journée de conférence), ce qui permet à l'équipe d'avoir une connaissance à la fine pointe des pratiques en contrôle des infections, ainsi que permettre à ses membres de parfaire leur compétence pour accomplir leur travail efficacement.

Projets achevés

- La révision et les mises à jour du Manuel de politiques et procédures du contrôle des infections (avril 2011 – mars 2012) se poursuivent.
- Des affiches, enseignes, brochures et dépliants d'information sur le contrôle des infections sont mis à jour et disponibles par le biais du Service des communications visuelles.
- Des inspections surprises pour évaluer le respect des normes de contrôle des infections et d'hygiène des mains ont lieu en cas d'éclosion. Ces interventions sont effectuées sur la base



de l'identification des cas (un total de dix inspections se sont déroulées en 2011-2012 sur plusieurs unités de soins).

- Une vérification de l'hygiène des mains a été effectuée à travers l'hôpital en août 2011 : nous avons été en mesure de nous comparer aux vérifications similaires faites en 2007 et 2009. Les taux d'observation étaient de 48 % en 2007, 65 % en 2009 et 58 % en 2011.
- En décembre 2011, 164 membres du personnel provenant de toutes les disciplines ont participé à un atelier d'une journée qui a connu beaucoup de succès. Les quatre sujets suivants furent traités : l'hygiène des mains, l'équipement de protection personnelle, la collecte et le transport des spécimens et le soin des plaies.
- Notre service participe aux tables régionales sur les infections nosocomiales avec l'INSPQ, aux associations de contrôle des infections nationale et provinciale, ainsi qu'au groupe de travail de McGill sur le contrôle des infections.
- Une vérification des pratiques de contrôle des infections a été effectuée au laboratoire de gastroentérologie. Les résultats se sont avérés optimaux dans la plupart des secteurs inspectés.
- Le projet de signalisation visant à standardiser les enseignes indiquant les précautions à prendre pour contrôler les infections dans tous les hôpitaux d'enseignement de l'Université McGill est terminé à St. Mary. Une étude menée auprès des usagers a démontré des résultats satisfaisants quant à l'accessibilité, le format et l'emplacement.

Projets à venir 2012-2013

- La poursuite des efforts en matière de respect des normes d'hygiène des mains.
- Le contrôle de la qualité du respect des mesures de contrôle des infections dans certaines zones ciblées.
- Le suivi sur les résultats des deux vérifications effectuées au bloc opératoire en avril 2009 se poursuit. La plupart des recommandations ont été mises en place au cours de 2010-2011 et 2011-2012 et le suivi se poursuit.

Rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité

Traitement des plaintes

Complété sans mesure corrective	54 %
Complété avec mesures correctives	43 %
Abandonné	3 %

Résumé des plaintes

Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	8
Plaintes reçues durant l'exercice	198
Plaintes conclues durant l'exercice	172
Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	34
Plaintes transmises au 2 ^e palier (protecteur du citoyen)	3

Auteurs des plaintes

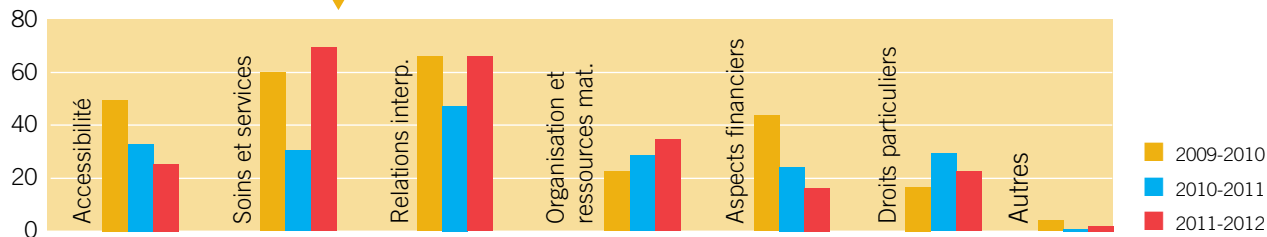
Usagers	72 %
Tiers	28 %

Délai de traitement

- 45 jours	70 %
+ 46 jours	30 %

Catégories de plaintes

Accessibilité	27
Soins et services	67
Relations interpersonnelles	66
Environnement et ressources matérielles	32
Aspect financier	17
Droits particuliers	22
Autres	1



Rapport du comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, le comité s'est réuni 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 à la qualité des services et qui pourraient être retenues par le conseil d'administration. Malgré un changement de titulaire à ce poste au cours de l'année, le comité a continué d'être informé sur l'évolution du traitement des plaintes tout au long de l'exercice.

Le comité a révisé le rapport des poursuites légales ayant été déposées à l'égard du centre hospitalier. Par ailleurs, le comité a reçu une première présentation à la suite des conclusions présentées par le Collège des médecins du Québec suite à la visite d'inspection effectuée en mai 2010. Le suivi se poursuit.

La présidente,
Suzanne Gouin

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 les services de santé et les services sociaux.

Le comité se réunit tous les derniers vendredis du mois, de septembre à mai. Des réunions d'urgence ont également lieu le cas échéant. Certains membres du comité des usagers siègent sur des comités de l'hôpital.

Le comité des usagers est formé de huit membres. Deux d'entre eux représentent le comité au conseil d'administration de l'hôpital. Une personne-ressource agit à titre de secrétaire du comité. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est invitée à chaque rencontre. Un membre de l'administration, un chef de service ou une infirmière-chef 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 se réunit quatre fois par année dans différents établissements de santé.

Le comité des usagers a complété la première année de son engagement de deux ans au projet « Patients en tant que partenaires ». Trois secteurs de l'hôpital participent à ce projet – santé mentale, oncologie et urgence. Ce projet vise à renforcer la voix du patient au sein des initiatives d'amélioration de la qualité.

Les activités en 2011-2012

- Participation avec le Service de gestion des risques à la Semaine de la sécurité des patients.
- Rencontre de fin d'année pour le projet « Patients en tant que partenaires » - Club Atwater les 6 et 7 juin.
- Formation par le Regroupement provincial des comités des usagers.
- Formation dans le cadre du projet « Patients en tant que partenaires ».

Le nombre d'appels reçus est demeuré sensiblement le même que l'an dernier, c'est-à-dire une centaine. Les sujets de ces appels touchent le comportement du personnel, les dossiers perdus, le temps d'attente, les rendez-vous annulés sans avertissement.

Les objectifs de 2011-2012 n'ont pas tous été atteints à notre satisfaction. Nous poursuivons notre travail.

Objectifs pour 2012-2013

- Continuer de travailler à trouver une solution pour améliorer l'accès téléphonique sur certaines unités.
- Poursuivre le travail, en collaboration avec M. Richard Brisson du Service des installations matérielles et le Service des communications visuelles, sur la distribution d'itinéraires schématisés pour faciliter les déplacements de nos usagers parmi nos différents pavillons et départements.
- Travailler avec le Programme de gériatrie afin d'améliorer la qualité de vie de nos patients en attente de placement qui sont dispersés à travers l'hôpital.
- Mettre à jour le dépliant et l'affiche du comité des usagers.

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

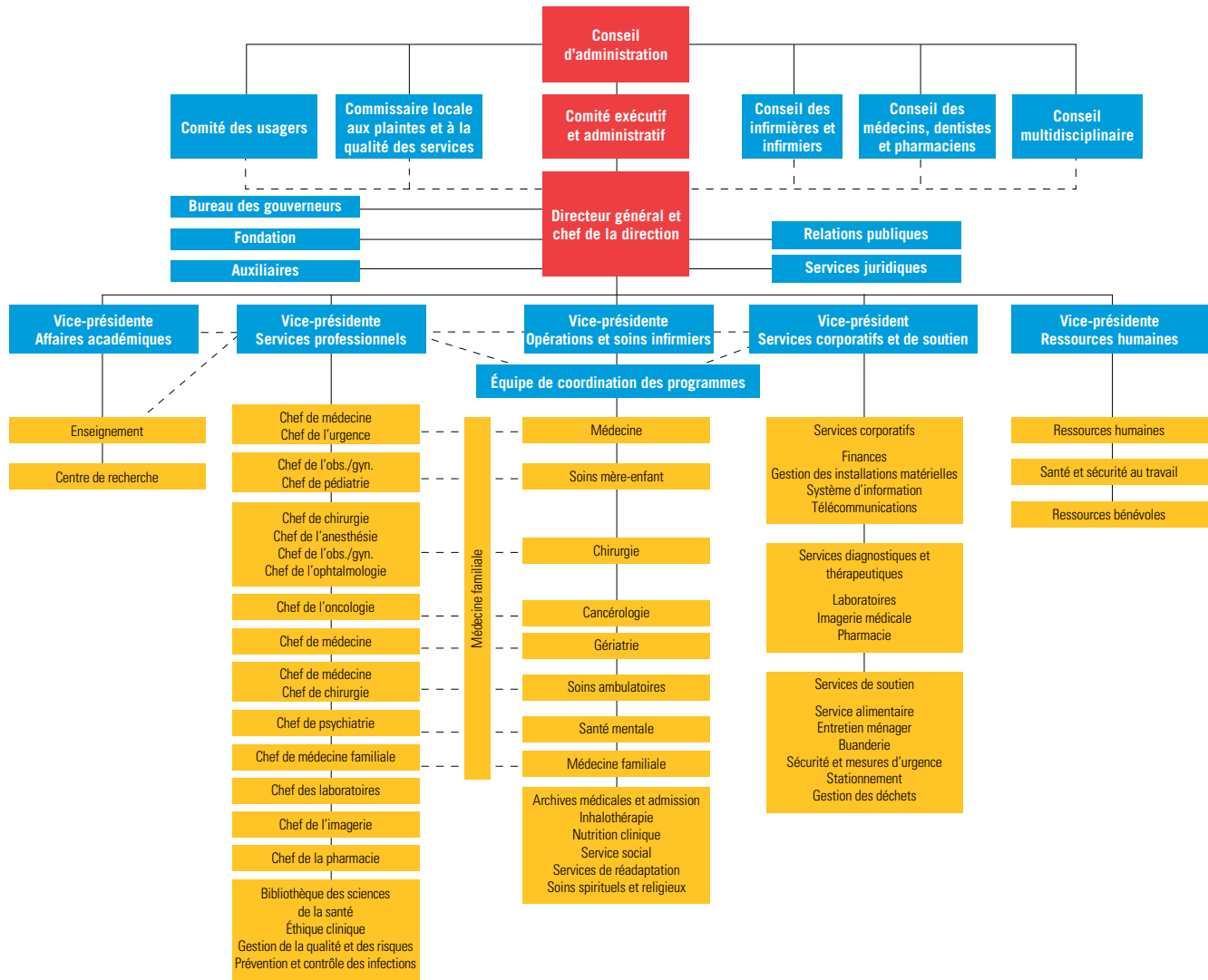
1. Un exemplaire du présent code doit être remis à tous les membres du conseil d'administration au début de leur mandat avec une mention d'en prendre connaissance et de s'y conformer.
2. Toute personne qui en fait la demande auprès de l'établissement peut avoir accès à un exemplaire du présent code d'éthique, 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 2012, le conseil d'administration n'a reçu aucune plainte ou indication à l'effet que le code n'ait pas été respecté.



Structure organisationnelle





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 pourraient refléter 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.