

RAPPORT ANNUEL

CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY

2012 - 2013



LA TECHNOLOGIE

AU CŒUR DE NOS SOINS



Centre hospitalier affilié
universitaire

A University-Affiliated
Hospital Centre



UN HÔPITAL UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À MCGILL
A MCGILL UNIVERSITY
TEACHING HOSPITAL

Au 31 mars 2013

LA DIRECTION

Arvind K. Joshi, M.D.

Directeur général et
chef de la direction

Linda Bambonye

Vice-présidente
Opérations et soins infirmiers

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

Lucie Opatrny, M.D.

Vice-présidente
Services professionnels

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

Marc Pineault

Président

Marcela Hidalgo

Vice-présidente

Filomena Novello

Trésorière

Flora Masella

Relationiste

CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ EXÉCUTIF

James C. Cherry

Président
Cooptation

Suzanne Gouin

Secrétaire
Cooptation

Rafik Greiss

Trésorier
Population

Marc W. Trottier

Président sortant
Cooptation

MEMBRES

Jean Aucoin

Fondation

Samuel Benaroya, M.D.

Université

Bonnie Cuthbert

Personnel non-clinique

Madeleine Féquière

Cooptation

Janet Ferrier

Agence de Montréal

Arvind K. Joshi

Directeur général et
chef de la direction

Francine Labrecque

Conseil des infirmières
et infirmiers

Liette Lapointe

Université

Michael Macchiagodena

Comité des usagers

Nancy Margaret Marrelli

Agence de Montréal

Claire Mullins-Kruyt

Population

Harry Oberman

Comité des usagers

Marc Pineault

Conseil multidisciplinaire

Sujith Sivaraman, M.D.

Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

Annie Tobias

Cooptation

Marcel Villeneuve

Cooptation

CHEFS DE DÉPARTEMENTS CLINIQUES

Molly McHugh, M.D.

Anesthésie

Donna Tataryn, M.D.

Chirurgie

Julie St-Cyr, 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

Santokh Singh, M.D.

Psychiatrie

Jack Glay, M.D.

Radiologie

Rick Mah, M.D.

Urgence

RAPPORT ANNUEL

CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY

2012 - 2013

LA TECHNOLOGIE

AU CŒUR DE NOS SOINS

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



James C. Cherry,
président



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

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) pour l'exercice financier 2012-2013.

À titre d'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 près de 90 ans en soins de courte durée. St. Mary est un établissement qui offre essentiellement une gamme complète de services de soins primaires et secondaires de grande qualité. C'est l'un des plus importants centres de naissance à Montréal ainsi qu'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. Nous sommes responsables de la formation d'une importante cohorte d'étudiants et de résidents en médecine, ainsi que de stagiaires dans un grand nombre de domaines connexes de la santé. Nous contribuons également à la formation de plusieurs étudiants du secondaire et du collégial dans une vaste gamme de disciplines.

Achalandage à l'urgence

Au cours de l'exercice financier, le roulement des patients fut très élevé. Le Département de l'urgence comprend 15 civières, mais il opérait souvent au double de sa capacité. Ce fut très occupé tout au long de l'année mais au cours de l'hiver il a atteint le point culminant de 40 à 45 patients sur civière pendant plusieurs semaines. Nous avons donc été obligés d'ouvrir dix lits de débordement pendant un certain temps, avec le consentement de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, mais sans ressource additionnelle.

Traditionnellement, le Département de l'urgence de St. Mary a été un des meilleurs en ville, mais au cours des dernières années celui-ci a subi d'énormes pressions dues à l'augmentation de la demande. C'est pourquoi nous accueillons favorablement le projet d'agrandissement de la salle d'urgence.

Projet d'agrandissement de la salle d'urgence

Le projet de décongestion et d'agrandissement de la salle d'urgence est en cours. La construction a débuté en octobre 2012 et la structure du bâtiment est terminée. Les prochaines étapes sont plus complexes et représentent un plus grand défi puisqu'elles auront lieu à l'intérieur du Département de l'urgence, tout en maintenant les activités sur la base de 24/7. Bien que tous les efforts seront déployés pour minimiser l'impact des travaux de construction, ce projet continue de présenter un défi et demandera la patience, la compréhension et la collaboration de tous à St. Mary.

Grâce aux efforts concertés de St. Mary, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, lorsque l'agrandissement de la salle d'urgence sera terminé, ce sera une installation médicale axée sur la communauté et offrant des soins de santé globaux avec compassion. Le projet comprend l'ajout de sept civières pour un total de 22.

Réseau de cancérologie Rossy

St. Mary est un fier partenaire clé du Réseau de cancérologie Rossy. Avec le soutien de la Fondation de la famille Larry et Cookie Rossy, cette initiative unique réunit l'Université McGill, le Centre universitaire de santé McGill, l'Hôpital général juif et le Centre hospitalier de St. Mary pour l'amélioration des soins en cancérologie. Le Réseau de cancérologie Rossy mise sur les forces et la complémentarité de chaque établissement afin de promouvoir une qualité supérieure de soins en cancérologie aux patients de notre communauté à l'aide de technologies de l'information et d'outils communs. Toutes les parties ont signé l'entente de don qui est répartie sur dix ans et toutes les parties concernées ont convenu d'égaliser le don qui leur est dédié. L'objectif étant qu'à la fin de la période de dix ans nous puissions être en mesure de nous comparer aux meilleurs dans le monde en matière de données sur le cancer, de traitements, de résultats obtenus et d'expériences pour les patients.

Agrément

À la suite de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2012, St. Mary a reçu un **agrément avec mention**. Avec un taux de conformité de plus de 95 %, nous pouvons être fiers de la qualité des soins offerts à St. Mary.

Le Collège des médecins de famille du Canada a accordé un agrément de six ans à la suite de sa visite à l'Université McGill et au Département de médecine familiale de St. Mary.

Planification stratégique

Le processus de planification stratégique a été enclenché en octobre 2012. Ce nouveau processus conforme aux exigences du ministère nous a offert l'opportunité de réfléchir à notre identité et nous permettra de nous aligner, de définir notre valeur, de nous centrer et de reconnaître les occasions qui s'offrent à nous.

La participation a été très active et nous a conduits à un consensus ferme. Bien que nous étions conscients d'avoir un noyau stratégique, chaque session nous a permis non seulement d'en apprendre davantage, mais aussi de raffiner et de renforcer notre position. Les quatre piliers stratégiques sont :

- conserver et investir dans ce qui est notre base, soit la médecine familiale et une gamme de spécialités;
- continuer à investir dans nos gens et notre culture unique;

- développer St. Mary comme un système d'activités, de partenariats et de productivité qui soit dynamique et en réseau;
- accroître la mission universitaire de l'hôpital.

La consultation auprès de nos différents partenaires au sein du réseau de la santé constitue la prochaine étape pour compléter notre exercice de planification stratégique.

Budget

Le budget représente un défi constant pour notre hôpital qui, année après année, est reconnu comme un établissement performant et sous-financé selon des critères objectifs. Cette année, tous les hôpitaux de l'île de Montréal ont dû fournir des efforts supplémentaires avec des projets d'optimisation et notre quote-part a été établie à 1,4 millions \$. Nous désirons remercier tous nos gestionnaires pour leur aide dans l'atteinte de notre objectif.

C'est également le premier exercice où il n'y a pas de déficit autorisé. Notre base budgétaire a été haussée de 2,7 millions \$; ce montant représente notre déficit autorisé au cours des dernières années.

Des rencontres régulières avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) ont eu lieu au cours de l'exercice pour discuter de notre situation financière. À la fin de l'exercice, le conseil d'administration de l'Agence a approuvé un soutien financier non-récurrent d'un million de dollars en reconnaissance de notre performance évaluée par le modèle d'efficacité du ministère de la Santé et des Services sociaux et nous avons terminé l'exercice financier avec un déficit de 4 666 287 \$.

Construction de deux étages supplémentaires

Le 2 avril 2012 le Dr Yves Bolduc, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, et M. Raymond Bachand, député d'Outremont, ont rencontré les médias et la communauté de St. Mary pour annoncer des travaux d'expansion à l'hôpital. Monsieur Lawrence Bergman, député de d'Arcy-McGee était également présent. Ce projet évalué à 38,5 millions \$ comprend la construction de deux étages supplémentaires au bloc D. Les six premiers étages et le puits d'ascenseur ont été construits en 1970 pour éventuellement

recevoir ces deux étages supplémentaires que nous attendons depuis. Lorsque ces travaux seront complétés, nous aurons des chambres privées et semi-privées avec salle de bain. Ces deux étages assureront aux patients les standards de qualité de soins les plus élevés et un environnement plus ergonomique pour notre personnel.

Cependant, au cours du dernier exercice, le nouveau gouvernement provincial a décidé de suspendre tous les projets de construction et de rénovation majeurs et de réévaluer les priorités. St. Mary a fait connaître sa position quant au besoin de ce projet de construction pour assurer la sécurité des patients. Une rencontre à ce sujet a eu lieu avec l'Agence, le ministère de la Santé et des Services sociaux et Infrastructure Québec. La direction continuera de faire ses observations en attendant la décision finale du gouvernement. Nous avons soumis notre plan fonctionnel et technique à la fin de l'automne et la Direction de l'expertise et de la normalisation du ministère l'étudie. L'Agence nous a assurés que ce projet est toujours sur sa liste des priorités.

Télésanté

La télésanté est en voie de devenir une des solutions pour assurer l'accès aux soins spécialisés destinés aux patients qui habitent hors des grands centres urbains. Un programme conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et d'Inforoute Santé du gouvernement du Canada a permis aux quatre RUIS (Réseaux universitaires intégrés de santé) de se doter d'équipements multimédia haut de gamme qui permettent d'établir des communications sécuritaires sur les réseaux qui relient l'ensemble des établissements de santé, et ce, à la grandeur du territoire du Québec. Les hôpitaux du RUIS McGill, dont fait partie le Centre hospitalier de St. Mary, assurent des soins à des populations réparties sur 63 % de l'ensemble du territoire québécois. Le territoire à couvrir est immense. Le programme de télésanté répond à deux objectifs, d'une part, assurer un accès plus rapide et plus facile aux soins spécialisés pour les clientèles éloignées et, d'autre part, réaliser des économies appréciables de temps et d'argent.

La télésanté est donc en plein essor à St. Mary. Notre hôpital dispose de trois unités audio-visuelles permettant de tenir ou d'assister à des activités de télésanté. La mise en place de cette nouvelle façon de faire se fera progressivement. Cette manière de dispenser des soins nécessite une adaptation et de la formation pour l'utilisation de ces équipements, à la fois de la part des professionnels de la santé et des patients.

OACIS (Open Architecture Clinical Information System)

Les établissements de santé de la grande région de Montréal utilisent maintenant OACIS. Une étape importante a été franchie à St. Mary et OACIS est maintenant déployé dans l'ensemble de l'établissement. Plus de 800 cliniciens ont désormais accès à l'impressionnante banque de données et y effectuent quelque 600 sessions de travail quotidiennement. Grâce à OACIS, le personnel soignant est en mesure de prendre des décisions éclairées plus efficacement pour le bénéfice de nos patients. La phase 2 débutera à l'automne avec les systèmes de documentation clinique, d'ordonnances de radiologie et les signes vitaux.

Certification BOMA BEST

Le Centre hospitalier de St. Mary est le récipiendaire du prix BOMA BEST 2012 (*Building Environmental Standards*) de niveau 1 de BOMA Québec (Association des propriétaires et administrateurs d'immeubles du Québec) pour avoir fait preuve d'une gestion hors pair de ses immeubles en matière de performance énergétique et environnementale. St. Mary est fier de recevoir le prestigieux prix BOMA BEST. Voilà un autre exemple d'excellence au cœur de nos soins qui bénéficie à nos patients et notre collectivité.

Politique pour une saine alimentation

Il y a quelques années, le gouvernement a rendu public un plan d'action visant la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids. Ce plan prévoyait l'élaboration d'une politique alimentaire pour les établissements du réseau de la santé. Notre Service de nutrition a élaboré une politique alimentaire qui a été entérinée par le conseil d'administration en décembre.





Nominations

- Docteur Lucie Opatrny a été nommée vice-présidente des services professionnels le 9 juillet 2012. Elle détient des privilèges à St. Mary depuis environ cinq ans. Au cours de la dernière année elle était responsable de la qualité des activités médicales. Ses intérêts particuliers sont la qualité des soins et la sécurité des patients, ainsi que les problèmes médicaux liés à la grossesse.
- Docteur Santokh Singh a été nommé chef du Département de psychiatrie le 1^{er} janvier 2013. Le Dr Singh travaille comme psychiatre à notre hôpital depuis 2001. En plus de son rôle de consultant en salle d'urgence et en cliniques externes, il a également pratiqué comme psychiatre répondant au CLSC Côte-des-Neiges et au Centre de médecine familiale de St. Mary. Depuis 2004, il occupait le poste de médecin examinateur. Le Dr Singh est directeur de la formation de troisième cycle en psychiatrie à notre hôpital et il est également professeur adjoint à l'Université McGill.
- Docteur Julie St-Cyr a été nommée chef du Département des laboratoires et est entrée en fonction le 27 février 2013. La Dr^e St-Cyr travaille à St. Mary depuis 1990 comme médecin biochimiste. Elle est également professeure adjointe au Département de pathologie de l'Université McGill.
- Docteur Peter Steinmetz a été nommé médecin examinateur à compter du 1^{er} janvier 2013. Le Dr Steinmetz pratique à St. Mary depuis 1995. Entre 2005 et 2012 il a occupé le poste de directeur de la Division des soins intensifs. Il est également le coordonnateur du programme d'enseignement de premier cycle pour l'échographie au chevet du patient à St. Mary et il est chargé de cours à l'Université McGill.
- Docteur Stéphanie Morel, médecin au Centre de médecine familiale, a été nommée représentante du Québec au comité consultatif de l'*Institute for Healthcare Communication-Canada*. L'institut est un organisme national agréé, à but non lucratif, dont la mission est d'améliorer la qualité des soins de santé en améliorant la communication grâce à l'éducation, le soutien et la recherche.
- Docteur Sandra Morris a été nommée au poste de Présidente du comité du tronc commun de formation de troisième cycle du Département de médecine familiale de l'Université McGill.
- Docteur Benjamin Schiff a été nommé à la Section des intérêts particuliers ou des pratiques ciblées du Comité de programme sur la médecine hospitalière du Collège des médecins de famille du Canada.

Prix et récompenses

- Madame Dulce Costa a reçu le Prix Linda Smith de l'Association québécoise des consultantes en lactation diplômées de l'IBLCE (*International Board of Lactation Consultant Examiners*) en reconnaissance de sa contribution exceptionnelle dans ce domaine et pour ses actions pour promouvoir et soutenir l'allaitement, ainsi que ses efforts pour promouvoir l'excellence au sein de la profession de consultante en lactation diplômée.
- Monsieur Bruce Garland et son épouse Anne, qui sont bénévoles depuis plus de 20 ans au CHSM, ont reçu le Prix du Gouverneur général pour l'entraide.
- Docteur Leonora Lalla a reçu le Certificat de mérite de l'Association canadienne de formation médicale pour sa contribution à la formation médicale de premier cycle.
- Docteur Jessica Lee a remporté le Prix d'érudition pour les résidents en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada pour l'Université McGill.
- Madame Susan Merrifield a reçu le Prix de l'infirmière ayant offert le plus haut niveau de soutien aux résidents de la Faculté de médecine de l'Université McGill à St. Mary.
- Docteur Indrojit Roy a reçu le Prix des résidents en pathologie de l'Université McGill pour l'enseignement. C'est la deuxième fois qu'il reçoit ce prix, ce qui témoigne de la grande qualité de l'enseignement dans la Division de la pathologie.
- Docteur Makeda Semret, responsable du contrôle des infections, a reçu le Prix Haile T. Debas qui sert à reconnaître les membres de la Faculté de médecine de l'Université McGill qui contribue à promouvoir la diversité.

- Les services d'ergothérapie et de physiothérapie ont reçu un prix de reconnaissance de l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill pour leur soutien, leur créativité et leur flexibilité en termes de placements étudiants. Chaque année, ces deux départements accueillent plus de 35 stagiaires.

Membres du conseil d'administration

Trois membres du conseil d'administration ont remis leur démission en 2012-2013. Nous offrons nos sincères remerciements pour leur engagement et leur contribution à M^{mes} Rita Le de Santis, Danielle Corbeil et Stéphanie Moncion qui se sont acquittées de leurs fonctions avec diligence comme représentantes de l'Agence, du conseil des infirmières et infirmiers et du conseil multidisciplinaire respectivement. Nous sommes heureux d'annoncer que M^{me} de Santis a été élue dans la circonscription de Bourassa-Sauvé lors du scrutin provincial du 4 septembre 2012. Nous profitons de l'occasion pour souhaiter la bienvenue à M^{mes} Janet Ferrier, Francine Labrecque et M. Marc Pineault qui compléteront la portion non écoulee du mandat pour les postes vacants.

Au nom du conseil d'administration, nous désirons souligner le fait que le Centre hospitalier de St. Mary poursuit sans cesse ses efforts en vue d'améliorer ses services et favoriser des soins axés sur les patients et leur famille. À ces derniers, nous tenons à témoigner

notre gratitude pour la confiance qu'ils nous ont manifestée et pour le privilège d'avoir été à leur service au cours de la dernière année.

Grâce à la collaboration de nos donateurs, des membres des divers conseils (centre hospitalier, fondation, gouverneurs, auxiliaires), des médecins, des gestionnaires, des membres du personnel et des bénévoles, nous sommes en mesure de maintenir « L'excellence au cœur de nos soins ». Leur soutien constant et inestimable contribue au maintien de nos standards de qualité tant dans le domaine des soins que celui de l'enseignement au sein du réseau de la santé du Québec.

Le président,



James C. Cherry

Le directeur général et chef de la direction,



Arvind K. Joshi, M.D.



Lors de la séance régulière du conseil d'administration du 30 janvier 2013, le Dr Joshi a annoncé qu'il ne demanderait pas le renouvellement de son mandat en tant que directeur général. C'est avec beaucoup de regret que le conseil a accepté sa décision. Sous sa direction St. Mary est devenu un établissement remarquablement progressiste. Au nom du conseil d'administration, nous le remercions pour sa contribution exceptionnelle à notre hôpital et notre communauté.

James C. Cherry
Président



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

LA TECHNOLOGIE AU CŒUR DE NOS SOINS

Les innovations dans le domaine des technologies médicales permettent d'importants gains d'efficacité pour le système de santé. À St. Mary nous accordons également beaucoup d'importance à l'aspect **humain** par lequel ces technologies sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie de nos patients. Comme je me plais à le dire, au CHSM nous mettons « la technologie au cœur de nos soins » en utilisant celle-ci avec compassion envers les patients qui, tout en étant plus sécuritaire, plus rapide et plus précise dans le traitement et le diagnostic, contribue également à préserver la dignité, l'intimité, le confort et la confidentialité des personnes qui reçoivent les soins. Par le passé, nous devions amener les patients à la technologie. Maintenant, et de plus en plus, nos technologies les plus récentes telles que l'échographie, le V-scan et les appareils de radiographie portables peuvent être transportées au chevet des patients.

Nous utilisons les techniques de chirurgie de la cataracte les plus récentes, qui se déroulent en haute résolution par le truchement de la technologie de guidage de précision peu invasive, plus rapide et plus sécuritaire pour nos patients. Ces avancées offrent des temps de récupération plus courts et permettent à nos patients de reprendre leurs activités normales dès le lendemain de l'intervention.

En termes d'innovation, de qualité et d'efficacité dans le domaine des laboratoires, ceux du Centre hospitalier de St. Mary se classent parmi les meilleurs au Québec et en Amérique du Nord. Les laboratoires du CHSM sont les seuls laboratoires hospitaliers du Québec à être agréés par le *College of American Pathologists* (CAP), le plus haut niveau d'agrément dans ce domaine, et ce, depuis 1995. Nos normes sont toujours supérieures à celles en vigueur. L'assurance de la qualité nous a permis de nous structurer et de nous positionner pour être en mesure d'offrir le niveau élevé de qualité de soins dont bénéficient nos patients.

En 1996, nos laboratoires ont été parmi les premiers en Amérique du Nord à mettre en œuvre le concept de laboratoire central (*CoreLab*), qui a depuis été adopté par plus de 80 % des laboratoires du continent. En 1998, les laboratoires du CHSM étaient les premiers (site pilote) en Amérique du Nord à implanter l'automatisation en phase pré-analytique en milieu

hospitalier. En 2003, une fois de plus, ils étaient les premiers à exploiter une chaîne d'automatisation complète au Québec. Les résultats exceptionnels obtenus avec l'introduction d'une telle technologie, tant au niveau de la qualité que de l'efficacité, ont été largement publiés internationalement. Aujourd'hui, des centaines de laboratoires à travers l'Amérique du Nord sont équipés d'une telle technologie.

De plus, grâce à nos investissements en télésanté, nous sommes en mesure de partager nos connaissances cliniques et nos professionnels de la santé offrent des soins aux patients jusque dans les régions les plus éloignées du Québec par l'intermédiaire de la visioconférence. Avec la mise en œuvre d'OACIS, nous sommes désormais passés à l'ère des dossiers médicaux électroniques, où l'information médicale cruciale sur nos patients est rendue disponible à nos cliniciens par simple pression de touche.

Il est important de souligner que, bien que le CHSM s'efforce d'être à la fine pointe de la technologie, nous sommes également réputés pour le niveau élevé de compassion de nos soins : la technologie joue un rôle important dans le diagnostic et le traitement de nos patients, mais elle s'avère efficace grâce à l'expertise médicale et la compassion de nos professionnels de la santé qui la guident. Ce rapport annuel présente quelques-uns des nombreux appareils et les experts qui les utilisent pour traiter nos patients et la communauté plus efficacement, plus rapidement et en toute sécurité, tout en préservant leur intimité, leur dignité et la confidentialité.

St. Mary est bien plus que de simples briques et du mortier, il incarne un phare de compassion et de bienveillance. Ce rapport annuel est le dernier que je sou mets en ma qualité de directeur général et chef de la direction. Je tiens à saluer le talent et le dévouement exceptionnels de toutes celles et ceux qui y travaillent et y font du bénévolat. Ces personnes représentent vraiment le cœur et l'âme de St. Mary.

La technologie contribue à maintenir les patients du CHSM en santé

V-Scan

La technologie fait partie des pratiques quotidiennes en médecine. Le Dr Mathieu Walker, cardiologue, utilise un appareil échographique de poche, appelé V-Scan, qui lui permet de voir le muscle cardiaque et les valves de ses patients au cours d'un examen cardiaque. « Le V-Scan ne remplace pas un examen échographique complet, mais il me donne les réponses dont j'ai besoin pour aider un patient rapidement et efficacement. C'est le stéthoscope de l'avenir », explique le Dr Walker. Voilà un autre exemple d'excellence au cœur de nos soins au CHSM qui profite à nos patients et notre communauté.



Machine ensacheuse unidose Frost Pak 320

La machine ensacheuse unidose Frost Pak 320 emballe les médicaments selon l'heure d'administration du médicament au patient. Elle est sécuritaire et permet de réduire les manipulations de comprimés et d'éviter les erreurs de posologie. « La Frost Pak 320 nous permet de traiter plus de 346 000 nouvelles ordonnances et 489 000 renouvellements chaque année. Finalement, ce sont nos patients et notre communauté qui en profite », explique Scott Robertson, chef technicien en pharmacie.



Caméra de vérification de la salle stérile

La caméra de vérification de la salle stérile permet au pharmacien de voir tout ce que le technicien en pharmacie prépare dans la salle stérile sans qu'il ne soit obligé d'y pénétrer. « En plus de préserver la stérilité des médicaments et la sécurité des patients, cette caméra nous permet d'être plus efficace et d'économiser du temps », explique Ghiasuddin Malik, pharmacien responsable des préparations stériles.



AcuDose McKesson

L'AcuDose McKesson est un système automatisé de distribution de médicaments qui améliore la sécurité des patients en réduisant les risques d'erreurs. « Le cabinet distributeur est commandé selon les médicaments inscrits au dossier du patient. Il permet à l'infirmière d'avoir accès aux médicaments très rapidement et de maintenir une surveillance sur nos inventaires », dit Marie Iskandar, chef pharmacienne.

Coloscopie virtuelle

La coloscopie virtuelle est un examen de dépistage très sophistiqué visant à détecter polypes ou néoplasie du colon. Les patients à risque en raison de leur âge, de leurs antécédents ou de leur histoire familiale, sont principalement ciblés par cette nouvelle méthode d'investigation. Aucune anesthésie n'est requise et le risque de perforation de la paroi de l'intestin est presque inexistant. « L'avantage de la coloscopie virtuelle pour nos patients et notre communauté est de pouvoir passer un examen plus rapidement et confortablement qu'une coloscopie classique », explique le Dr Fadi Habbab, radiologiste.

Dr Fadi Habbab, radiologiste, analyse les résultats d'une coloscopie virtuelle.



Roberta Silvian, assistante-chef technologiste, s'apprête à introduire des échantillons sur la chaîne d'automatisation.

La chaîne d'automatisation des laboratoires

Cet équipement entièrement automatisé permet l'analyse de plus de deux millions de procédures par année. Les échantillons sont déposés sur la chaîne, centrifugés, décapsulés, aliquotés au besoin, puis acheminés vers les différents instruments d'analyses biochimiques et immunologiques (diabète, cholestérol, thyroïde, test de grossesse, etc.) pour enfin être stockés dans un réfrigérateur. « La chaîne d'automatisation est efficace, offre un excellent temps de réponse et permet des résultats précis. Elle évite le travail routinier et permet aux technologistes de se concentrer sur les tâches plus complexes. En bout de piste, ce sont nos patients et notre communauté qui en bénéficient », explique Regina Zver, coordonnatrice du Service de biologie médicale.



Rosetta Antonacci, infirmière-chef à l'unité du 5^e Sud, et Dr Howard Stewart consultent le terminal OACIS au 5^e Sud.

Le CHSM va de l'avant avec OACIS

OACIS est un système informatisé pour la transmission intégrée d'informations structurées sur les patients au sein d'une institution. Cet outil d'information clinique est à même de fournir des informations exhaustives sur les patients telles que des résultats de laboratoire, des images et des rapports d'imagerie médicale, des listes de médicaments ainsi que de l'information importante concernant les patients, et ce, de façon pratique et rapide.

Les systèmes ADT, rendez-vous, transcription, urgence, l'imagerie diagnostique, le système PACS, les laboratoires, la microbiologie ainsi que le système de pharmacie sont connectés à OACIS. « Grâce à OACIS, le personnel soignant est en mesure de prendre des décisions éclairées plus efficacement. En bout de ligne, ce sont les patients qui en bénéficient », explique Jean-François Brunet, directeur du Service informatique. La phase 2 débute cet automne avec les systèmes de documentation clinique, d'ordonnances de radiologie et les signes vitaux.

Plus de 800 cliniciens ont désormais accès à l'impressionnante banque de données et y effectuent quelque 600 sessions de travail quotidiennement.

La télésanté est en plein essor au CHSM

La télésanté est en voie de devenir une des solutions pour assurer l'accès aux soins spécialisés destinés aux patients qui habitent hors des grands centres urbains. Un programme conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et d'Inforoute Santé du gouvernement du Canada a permis aux quatre RUIS de se doter d'équipements multimédia haut de gamme qui permettent d'établir des communications sécuritaires sur les réseaux qui relient l'ensemble des établissements de santé, et ce, à la grandeur du territoire du Québec. Les hôpitaux du RUIS McGill, dont fait partie le Centre hospitalier de St. Mary, assurent des soins à des populations réparties sur 63 % de l'ensemble du territoire du Québec. Le territoire à couvrir est immense. Le programme de télésanté répond à deux objectifs, d'une part, assurer un accès plus rapide et plus facile aux soins spécialisés pour les clientèles éloignées et, d'autre part, réaliser des économies appréciables de temps et d'argent.



La télésanté est donc en plein essor au CHSM. Depuis environ 16 mois, notre hôpital dispose de trois unités audiovisuelles permettant de tenir ou d'assister à des activités de télésanté. Que ce soit pour des consultations avec des patients, pour des sessions d'enseignement ou pour tenir des réunions administratives, ces équipements permettent d'éviter de nombreux déplacements et frais, partant de là, représentent pour les professionnels de la santé de grandes économies de temps et d'argent. Les consultations cliniques avec des patients éloignés des grands centres faciliteront l'accès aux soins spécialisés dans les régions éloignées desservies par le RUIS McGill.

La mise en place de cette nouvelle façon de faire se fera progressivement. Cette manière de dispenser des soins nécessite une adaptation, ne serait-ce que par la formation à l'utilisation de ces équipements, à la fois de la part des professionnels de la santé qui les offriront que des patients qui les recevront.

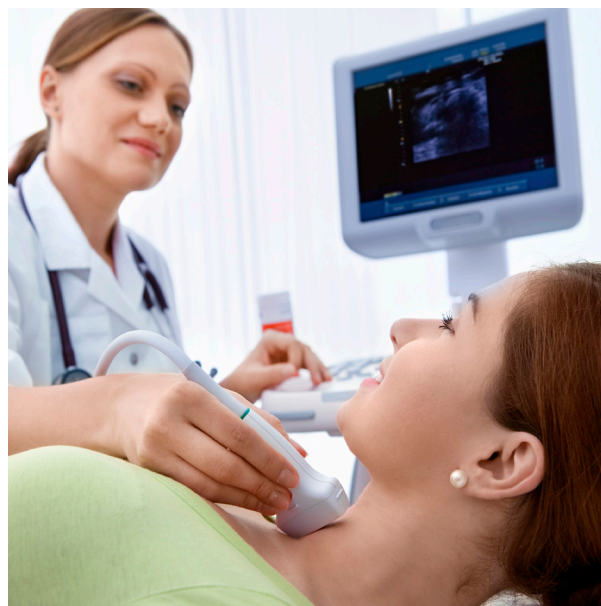
Chirurgie de la cataracte

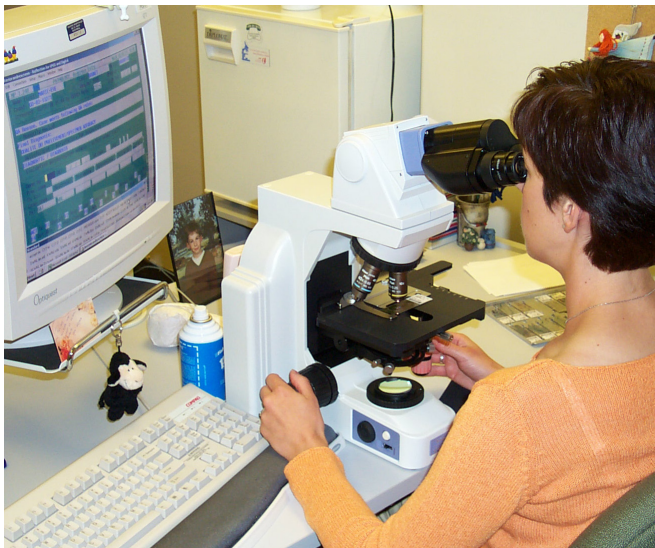


Selon le Dr Conrad Kavalec, chef du Département d'ophtalmologie à St. Mary et professeur adjoint à l'Université McGill, « Nous sommes des créatures visuelles. Environ 50% de l'anatomie du cerveau est dédiée à la vision, et tôt ou tard, tout le monde a besoin de consulter un ophtalmologiste. » Comme l'explique le Dr Kavalec, finalement, tout le monde un jour se retrouvera avec une cataracte qui est une maladie oculaire invalidante causée par l'opacification partielle ou totale du cristallin. La chirurgie de la cataracte, autrefois une intervention chirurgicale complexe, est devenue une procédure sans douleur qui ne nécessite l'utilisation d'aucune aiguille et qui peut être complétée en moins de dix minutes (sous anesthésie locale). Les patients retrouvent leur style de vie normal dès le lendemain. Le chirurgien de la cataracte utilise un ultrason perfectionné pour retirer l'ancien cristallin et le remplacer par une lentille toute neuve qui rétablit la vision du patient. La nouvelle lentille est permanente et ne nécessite aucun entretien. « Cette technologie plus adaptée au confort des patients signifie une plus grande précision dans le traitement de la cataracte, l'emploi de techniques chirurgicales minimalement invasives, de meilleurs résultats globaux et des temps de récupération plus rapides pour nos patients », explique le Dr Kavalec. L'équipe de chirurgie de la cataracte de St. Mary peut effectuer jusqu'à 40 interventions quotidiennement, ou quelques 5500 opérations annuellement, grâce à une technologie plus adaptée au confort des patients et à la formation d'experts en chirurgie de la cataracte.

Échographie au chevet du patient

L'examen clinique au chevet du patient évolue rapidement en raison de l'arrivée de technologies de diagnostic portables comme l'échographie. Ce type d'appareil à ultrasons portable offre une excellente qualité d'image qui peut être utilisée par les cliniciens pour orienter les procédures de traitement et diagnostiquer rapidement des patients gravement malades. Comme l'explique le Dr Peter Steinmetz, coordonnateur du programme d'enseignement pour l'échographique au chevet du patient : « L'échographie au chevet du patient est utilisée comme complément à l'évaluation clinique. Elle peut être employée, par exemple, pour faciliter l'accès veineux ou visualiser et évaluer l'état des organes principaux. Elle améliore la précision clinique et la vitesse à laquelle sont établis les diagnostics. Elle est aussi plus confortable pour le patient car elle peut être réalisée à son chevet. »





Laboratoires

Le Département de laboratoire médical du Centre hospitalier de St. Mary est le seul laboratoire au Québec à être agréé par le *College of American Pathologists* (CAP), et ce, depuis 1995. Ce niveau d'agrément préconise l'excellence dans la pratique de la pathologie et de la médecine de laboratoire, y compris les plus hautes normes d'inspection, de contrôle de la qualité, de tests d'aptitude et de niveaux de vérification multiples.

« Notre engagement envers nos patients, combiné aux capacités d'analyse et de diagnostic reconnues de notre équipe de laboratoire, nous permet d'atteindre les normes de laboratoire les plus élevées qui soient et contribuent à l'excellence des soins offerts aux patients. Ces derniers peuvent être assurés que tous les tests de pathologie menés dans nos laboratoires répondent aux normes les plus rigoureuses d'analyse et de diagnostic », déclare le Dr Indrojit Roy, directeur de la Division de la pathologie.

Notre agrément du CAP est aussi un gage de confiance dans les résultats des tests que nous transmettons à nos partenaires du domaine de la santé qui utilisent nos services de laboratoire.

Statistiques

Nous effectuons environ 550 préparations microscopiques par jour. Il s'agit d'une combinaison d'histologie et de cytologie, ainsi que de préparations microscopiques de colorations spéciales dont l'immunohistochimie.

- 3 015 712 tests ont été analysés dans nos laboratoires au cours de l'année
- 132 746 patients ont subi un prélèvement sanguin au cours de l'année dans notre centre de prélèvement récemment rénové (une moyenne de 400 patients par jour)
- En moyenne 1700 analyses de sang sont effectuées quotidiennement dans le laboratoire central
- Jusqu'à 3000 éprouvettes peuvent être traitées en une journée dans le laboratoire central
- Plus de 33 000 préparations microscopiques « PAP » ont été analysées en cytologie
- Plus de 21 000 cas chirurgicaux ont été diagnostiqués en pathologie



État de la situation financière au 31 mars 2013

Pour plus de détails, veuillez consulter le rapport financier annuel (AS-471) sur notre site web : www.chsm.ca

	2013	2012
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse	3 088 465 \$	2 571 340 \$
Débiteur-Agence et MSSS	26 969 310	30 258 085
Autres débiteurs	2 986 615	2 093 159
Subventions à recevoir (perçu d'avance)-réforme comptable	-1 180 033	-3 073 545
Placements à long terme	1 400	1 400
Frais reportés liés aux dettes	110 501	116 408
Autres éléments	499 438	588 743
Total des actifs financiers	32 475 696	32 555 590
PASSIFS		
Emprunts temporaires	44 498 821	37 738 234
Autres créditeurs et autres charges à payer	18 590 874	23 405 526
Avance de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées	1 783 879	3 250 001
Intérêts courus à payer	348 000	175 119
Revenus reportés	17 046 269	16 971 251
Dette à long terme	39 691 450	36 243 587
Passif au titre des avantages sociaux futurs	11 263 918	10 842 838
Autres éléments	281 250	274 713
Total des passifs	133 504 461	128 901 269
Actifs financiers nets (dette nette)	-101 028 765	-96 345 679
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisation	76 519 352	76 022 190
Stocks et fournitures	3 339 699	3 705 665
Frais payés d'avance	517 387	631 784
Total des actifs non financiers	80 376 438	80 359 639
Surplus (déficits) cumulés	-20 652 327 \$	-15 986 040 \$

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2013

	2013	2012
Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis	-96 345 681 \$	-86 729 503 \$
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		
Actifs financiers nets (dette nette) au début redressé	-96 345 681	-86 729 503
Surplus (déficit) de l'exercice	-4 666 287	-8 245 027
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	6 153 491	6 557 605
Amortissement de l'exercice	5 653 982	5 545 613
(Gain) / Perte sur dispositions	2 349	4 400
Produits sur dispositions	-	-
Total des variations dues aux immobilisations	-497 160	-1 007 592
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisitions de stocks de fournitures	-	-333 278
Acquisitions de frais payés d'avance	-	-30 279
Utilisation de stocks de fournitures	365 966	-
Utilisation de frais payés d'avance	114 397	-
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	480 363	-363 557
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dette nette)	-4 683 084	-9 616 176
Actifs financiers nets (dette nette)	-101 028 765 \$	-96 345 679 \$

État des résultats au 31 mars 2013

REVENUS

	2013	2012
Subventions Agence et MSSS	128 547 760 \$	125 121 894 \$
Contributions des usagers	4 274 864	4 355 921
Ventes de services et recouvrements	3 331 762	3 700 511
Donations	3 119 332	3 366 742
Revenus de type commercial	851 097	857 969
Gain sur disposition	-	-
Autres revenus	3 770 500	3 370 524
Total des actifs financiers	143 895 315	140 773 561

CHARGES

Salaires et avantages sociaux et charges sociales	94 842 359	94 564 865
Médicaments	7 339 783	8 080 520
Produits sanguins	3 185 787	3 251 401
Fournitures médicales et chirurgicales	12 980 206	13 332 849
Denrées alimentaires	999 111	984 400
Frais financiers	1 747 233	1 651 593
Entretien et réparations y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	2 524 974	2 538 415
Créances douteuses	373 887	640 006
Amortissement des immobilisations	5 653 982	5 545 613
Perte sur disposition des immobilisations	2 349	4 400
Autres charges	18 911 931	18 424 526
Total	148 561 602	149 018 588
Surplus (déficit) de l'exercice	-4 666 287 \$	-8 245 027 \$

Statistiques

	2013	2012
Jours présence		
Courte durée	89 038	90 250
Longue durée	-	-
Nouveau nés	9 979	10 037
Admissions		
Adultes	11 253	11 403
Nouveau nés	4 342	4 264
Accouchements	4 329	4 237
Durée moyenne du séjour		
Courte durée (jours)	7, 91	7, 91
Longue durée (jours)	-	-
Taux d'occupation (%)	86,50	91,24
Consultations externes	129 157	129 137
Chirurgie d'un jour - visites	10 573	10 656
Consultations - urgence	38 379	38 342
Audiologie et orthophonie - visites	2 147	2 225
Ergothérapie - visites	9 707	10 862
Physiothérapie - visites	28 610	28 524
Psychiatrie - visites	12 950	13 436
Radiodiagnostic - examens	86 479	90 903
Laboratoires - procédures	2 987 806	3 015 712

RESSOURCES HUMAINES

Équivalents temps complet

Cadres	71	72
Employés - temps complet	984	987
Employés - temps partiel	338	351
Occasionnels	172	160
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice pour les occasionnels	313 560	293 619





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 2012-2013 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 2013.

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 une instance consultative créée conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le CII est responsable envers le conseil d'administration d'évaluer 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 normes professionnelles de soins et toute autre question que le directeur général porte à son attention.

La force du CII provient du fait que tous les infirmières et infirmiers, y compris les infirmières et infirmiers auxiliaires au sein de l'établissement, y adhèrent donnant ainsi aux membres un accès direct à une entité reconnue pour la communication, le partage et la discussion de sujets sensibles dans le domaine des soins infirmiers.

Tout au long de l'année écoulée, le conseil s'est concentré sur des objectifs spécifiques visant la promotion du professionnalisme et de la communication. Il a pris les devants, de sorte que toutes les activités entreprises sous son mandat contenaient un volet éducatif. En outre, la promotion du conseil au sein de l'établissement continue à être d'une importance primordiale et il a décidé de restructurer ses sous-comités afin d'assurer des

soins sécuritaires et de qualité aux patients et à leurs familles. Une fois la tâche accomplie, avec une meilleure compréhension des enjeux et des préoccupations du personnel infirmier dans le domaine de la qualité, le conseil sera mieux équipé pour aborder ces questions.



Crystal Côté

Une autre manière identifiée par le conseil pour rehausser le professionnalisme consistait à créer un groupe de travail, afin de développer un plan d'action pour les deux conditions cliniques soulignées par l'OIIQ au cours de l'inspection professionnelle qui a eu lieu en 2011-2012. Une fois les plans établis pour ces deux conditions cliniques, le CII entend développer de nouveaux plans d'action pour sept autres conditions cliniques; plans qui, en fonction de leur orientation, seront mandatés au comité de la qualité des soins infirmiers ou au comité de gestion interdisciplinaire des médicaments.

Le conseil vise à consolider les relations avec les infirmières et infirmiers auxiliaires en encourageant leur participation aux activités du CII, en renforçant leur rôle en tant que membre de l'équipe multidisciplinaire et en répondant à leurs préoccupations.

Cette année, le conseil a souligné les efforts déployés par les membres du personnel infirmier de l'hôpital qui ont participé à 29 projets d'amélioration et d'évaluation de la qualité. En outre, le CII a attiré l'attention sur ses membres qui enseignent aux niveaux post secondaire, cégep ou universitaire, ainsi que ceux qui sont membres dans plus de 30 associations à l'extérieur de l'hôpital.

Les principaux domaines de travail au cours de la dernière année ont été l'élaboration et l'approbation de trois ordonnances collectives, la création du comité de la qualité des soins infirmiers et du comité de gestion interdisciplinaire des médicaments, ainsi que l'achèvement de l'inspection professionnelle de l'OIIQ.

Crystal Côté,
présidente

Conseil multidisciplinaire

Le rôle du conseil multidisciplinaire consiste à l'évaluation de la qualité des activités professionnelles de ses membres et à l'amélioration continue 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 très 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 et recherche. Le comité interprofessionnel agit à titre de liaison entre l'exécutif et les membres des disciplines tandis que le comité de la qualité, éducation et recherche fait la promotion de la formation, la recherche et l'amélioration de la qualité par le biais de projets et de présentations.



Marc Pineault

Objectifs atteints et réalisations de 2012-13

- Adoption des règlements du conseil multidisciplinaire (mis à jour), soumis à l'assemblée générale annuelle 2012 et entérinés par le conseil d'administration à l'automne 2012.
- Par le biais de son comité de la qualité, éducation et recherche, le conseil multidisciplinaire a continué à 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 et recherche, le conseil multidisciplinaire a continué à encourager les activités d'amélioration de la qualité pour les membres de toutes les disciplines.
- Le conseil a tenu sept conférences sur différents sujets tels que la télésanté, la psychologie énergétique, les services récréatifs, le protocole de transfusion massive, le rôle de l'orthophoniste en milieu hospitalier, l'implantation d'OACIS et la nutrition.
- Lors de l'assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire en 2012, M. Lewis Lefteroff, directeur général d'*Opus Solutions LLC*, a donné une conférence intitulée « Leçons apprises du système Lean – l'excellence opérationnelle dans le domaine de la santé ».
- Les services d'ergothérapie et de physiothérapie ont fait l'objet d'une inspection au cours de l'année dont les résultats furent positifs.

Le conseil multidisciplinaire privilégie la prestation de soins 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 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 2013-2014

- Continuer à participer aux activités du comité de recrutement et de rétention des ressources humaines pour améliorer les possibilités d'apprentissage des membres du conseil multidisciplinaire par le biais de réunions scientifiques et d'explorer d'autres possibilités d'apprentissage.

- Continuer à travailler sur l'amélioration de la qualité des soins pour les usagers en attente de placement (AAPA, PHPE, etc.).
- Continuer à améliorer la participation des membres du conseil multidisciplinaire aux activités de qualité, de formation, de recherche et d'activités interprofessionnelles en vue d'assurer des soins optimaux aux usagers du CHSM.

Marc Pineault,
président



Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

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

Le CMDP s'était fixé sept objectifs pour 2012-2013 :

- la révision des règlements du CMDP
- les dossiers incomplets et les rapports d'interventions chirurgicales
- le suivi des plans d'action spécifiques pour les divisions de chirurgie générale et d'urologie
- le soutien continu du programme d'intégration des médecins diplômés à l'étranger (DHCEU)
- le recrutement et le renouvellement des privilèges des médecins pour les postes clés
- le projet OACIS (dossier clinique informatisé)
- les agréments : Collège des médecins de famille du Canada et Agrément Canada.

Les priorités du comité exécutif pour l'exercice 2012-2013

1. Les règlements du CMDP

La révision des règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a été achevée et revue par les conseillers juridiques de l'hôpital. Les règlements ont été présentés à la réunion trimestrielle du CMDP en mars, et approuvés. Ils seront prêts pour distribution en septembre 2013.

2. Programme d'intégration des médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU)

Le programme se poursuit avec succès.

3. Recrutement de 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 (dossier clinique informatisé)

Docteur Howard Stuart est très impliqué dans le projet OACIS.



Marcel Fournier, M.D.

Trois comités relèvent directement du comité exécutif :

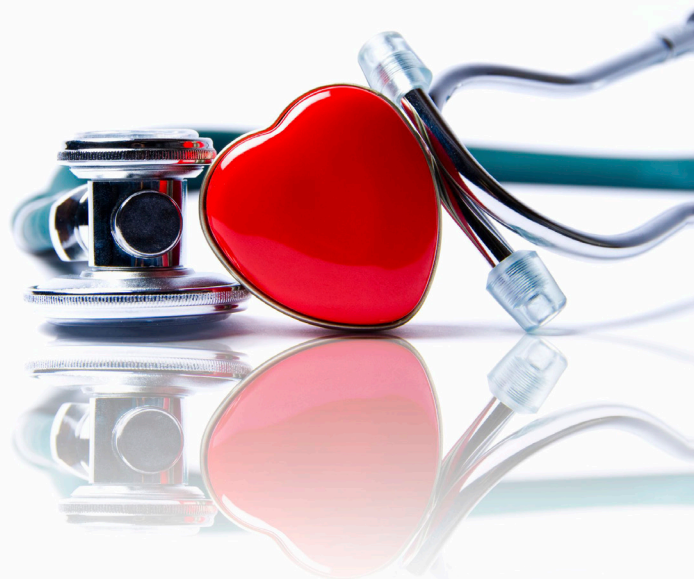
- comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique;
- comité de pharmacologie;
- comité d'examen des titres.

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

Quatre sous-comités font régulièrement rapport au CÉMDP :

Comité de morbidité et de mortalité périnatale

Des rapports mensuels relatifs aux décès intra-utérins et néonataux sont présentés. Des recommandations concernant la gestion de grossesses subséquentes peuvent étre faites, le cas échéant.



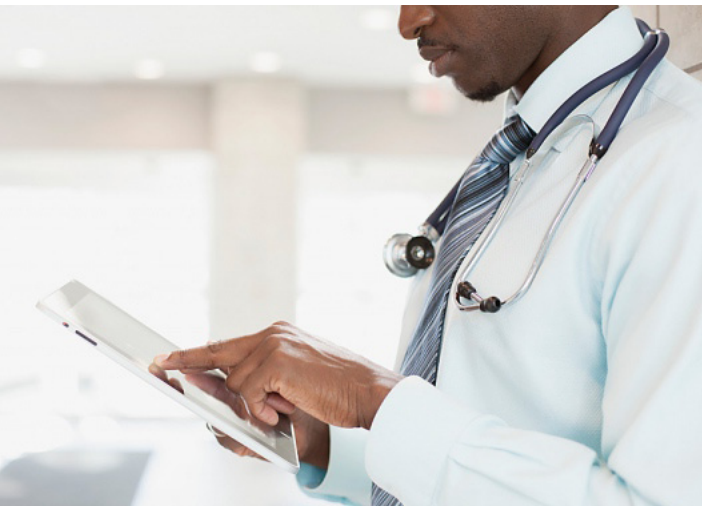
Comité des dossiers médicaux

Au cours de l'exercice, le comité a révisé et entériné 44 formulaires qui ont été incorporés aux dossiers médicaux de l'hôpital. Les dossiers médicaux incomplets sont régulièrement portés à l'attention de ce comité. Le nombre de dossiers incomplets était de 1038 (septembre 2012), et a augmenté à 1061 en mai 2013.

Comité de contrôle des infections

Au nombre des activités et aspects étudiés, notons :

- la surveillance continue du *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM), de l'*Entérococci* résistants à la vancomycine (ERV) et du *C-difficile*
- des réunions de gestion hebdomadaires ont été organisées pour contenir une éclosion d'ERV sur l'unité de soins du 5^e Sud
- des vérifications régulières des pratiques de base de prévention des infections
- l'éclosion d'infections nosocomiales en chirurgie
- le rapport d'infections des plaies post-chirurgicales
- le rapport d'Agrément Canada – alerte relativement à l'information émanant du service central de stérilisation dû à l'absence de système de code barre dans ce service.



Comité d'examen des chirurgies

Au cours de la réunion d'octobre 2012, Dr K. Bakdounes, pathologiste et nouveau membre du comité, a présenté une partie de son évaluation préliminaire dans la vérification de toutes les chirurgies du cancer du sein au CHSM qui ont nécessité plus d'une visite en salle d'opération en 2011. En raison de la nature complexe de l'étude, le Dr Bakdounes et la Dr^e D. Anderson, présidente du comité, analyseront les données plus en détails avant de rédiger le rapport final et de faire leurs recommandations. Cette étude est toujours en cours.

Comité de pharmacologie

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

La révision de l'utilisation des médicaments :

- audit sur les écarts dans les ordonnances au triage
- révision simultanée quotidienne de l'utilisation des antibiotiques à usage restreints
- révision simultanée quotidienne de l'utilisation de G-CSF (filgrastim)
- révision simultanée quotidienne de l'utilisation des produits du service centralisé pour préparations intraveineuses
- révision simultanée hebdomadaire des ordonnances de narcotiques.

Les règles d'utilisation approuvées :

- politique pour l'usage de Cathflo en dialyse – soins infirmiers
- ordonnances collectives - érythromycine en onguent ophtalmique pour les nouveaux-nés
- ordonnances collectives – vitamine K pour les nouveaux-nés
- politique et procédure pour antibiothérapies prophylactiques
- ordonnance orthopédique pré-imprimée – disponibilité modifiée de l'OxyNEO
- protocole pour t-PA
- protocole pour saignements attribués au dabigatran (Pradaxa)
- révision d'ordonnances pré-imprimées, en chirurgie :
 - perfusion péridurale continue
 - perfusion continue du nerf périphérique

- ordonnances postopératoires : arthroplastie totale de la hanche
- ordonnances postopératoires : fixation interne de la hanche
- ordonnances postopératoires : arthroplastie totale du genou
- ordonnances postopératoires : arthroplastie totale de la hanche par voie antérieure
- ordonnances postopératoires : hémiarthroplasie de la hanche
- ordonnances postopératoires : hémiarthroplasie de la hanche, par voie antérieure.

SARDM (Systèmes automatisés robotisés de distribution des médicaments) – sujets reliés

- GesPhar : nouveau système informatisé pour la pharmacie – entré en vigueur le 1^{er} avril 2012
- Projet AcuDose-Rx - (armoires pour les soins intensifs, 6^e Nord, 6^e Sud, urgence)
- Projet OACIS – interface fonctionnel entre le système Gesphar et OACIS, ce dernier contient une colonne pour les ordonnances.

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.

Activités d'amélioration de la qualité

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

Marcel Fournier, M.D.
président



Gestion de la qualité et des risques

L'objectif 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 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 2012-2013, le comité s'est réuni neuf fois et a passé en revue les rapports annuels sur la gestion de la qualité et des risques présentés par les équipes suivantes : santé mentale, services de réadaptation, laboratoires, dialyse, oncologie, gériatrie, pharmacie, soins mère-enfant, médecine, soins intensifs, urgence, chirurgie, bloc opératoire, retraitement des dispositifs médicaux (service central de stérilisation), conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers, technologie de l'information et ressources humaines.



Agrément Canada

Le Centre hospitalier de St. Mary a reçu une note presque parfaite de plus de 95 % et le statut « agréé avec mention » pour l'évaluation officielle de ses performances par Agrément Canada, un organisme indépendant à but non lucratif, qui évalue la qualité des services hospitaliers.

Agrément Canada a mentionné que cette réalisation démontre l'engagement et la détermination dont le CHSM fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services à la communauté.

Ces résultats découlent d'une enquête approfondie et rigoureuse des performances du CHSM, selon des normes nationales d'excellence d'Agrément Canada.

« L'hôpital et tous ses membres sont très respectueux des différentes cultures de leurs clientèles et de leurs besoins respectifs »,

mentionne le rapport d'Agrément Canada. « Beaucoup d'efforts sont consacrés afin de répondre à ces besoins, et ce, bien au-delà des besoins linguistiques. »

Par ailleurs, Agrément Canada a souligné la solidité des partenariats établis avec l'Université McGill et les autres établissements du réseau d'enseignement. Agrément Canada a aussi remarqué l'excellent positionnement de l'hôpital dans ses créneaux propres, malgré des ressources financières limitées.

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 2012-2013.

Déclaration des incidents et accidents

En date du 10 juin 2013, le nombre de rapports d'incidents/accidents pour l'exercice 2012-2013 s'élevait à 2251. Parmi ceux-ci, 38 événements furent signalés pour un suivi supplémentaire et sept 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 cela 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. Toutes les équipes cliniques sont encouragées à discuter ouvertement de ces situations afin que tous puissent apprendre de ces événements et que nous puissions constamment améliorer la qualité des soins et services aux patients.

Le MSSS a publié deux rapports semestriels sur les incidents/accidents et il appert que les tendances observées à l'hôpital St. Mary sont comparables à celles d'autres établissements de santé dans la province.

Inventaire des risques

La gestion de la qualité et des risques surveille une variété de fonctions de 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 d'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 existe 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.

Initiatives de la gestion des risques pour 2012-2013

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; 38 ont été étudiés en profondeur et sept ont fait l'objet d'une révision par le biais du processus de révision d'événement sentinelle.
- La révision du processus de contrôle cardiaque par le biais de l'AMDEC (analyse des méthodes 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 : ErroMed – Résultats probants pour améliorer la culture de sécurité en établissement de santé; Pratiques et indicateurs reliés à l'enseignement des soignants et aux programmes de soutien; et Questions et réponses concernant les mesures d'urgence. 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.
- Cinquante et un membres du personnel ont reçu la formation ErroMed (facteurs humains et sécurité des patients) en deux sessions. Une séance additionnelle a été organisée en partenariat avec le CHU Ste-Justine, à laquelle dix membres du personnel du CHSM ont assisté. Cette formation a maintenant lieu deux fois par an compte tenu de l'intérêt qu'elle suscite parmi les membres du personnel de l'hôpital.

Les projets d'évaluation de la qualité complétés en soutien aux équipes d'amélioration de la qualité

L'Unité d'évaluation de la qualité a complété treize projets en soutien aux équipes d'amélioration de la qualité. Le rôle de l'Unité d'évaluation de la qualité consiste à apporter une assistance et une expertise dans l'évaluation de la qualité des soins et des services au sein de l'hôpital.

Suivi relatif aux recommandations du coroner

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a assuré le suivi des recommandations émises par le coroner dans son rapport de 2012.

Recommandations et priorités en matière de gestion des risques pour 2013-2014

- Suivi de la visite d'Agrément Canada en 2012.
- Élaboration des indicateurs de performance clinique à l'usage des programmes et départements pour le contrôle de la qualité.
- Poursuite des 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
 - soutien aux équipes d'amélioration de la qualité dans tout l'hôpital
 - soutien au Symposium annuel sur la recherche et la qualité des soins.

Activités de prévention et contrôle des infections

Initiatives et projets :

1. La surveillance au niveau provincial des infections à *Staphylococcus aureus* (SA) se poursuit. Nos taux d'infection à SA, c'est-à-dire de SARM au cours des cinq dernières années étaient respectivement de : 36,59 %, 28,13 %, 34,62 %, 11,11 % et 26,41 %. Nos taux demeurent comparables aux hôpitaux de même taille de la province. Cependant, en 2011-2012 notre taux était le plus bas.
2. Les taux d'infections bactériennes liées aux cathéters intra vasculaires centraux déterminés par la surveillance aux soins intensifs étaient de 0 % en 2012-2013, 1,78 % en 2011-2012, 1,88 % en 2010-2011, et comparativement aux taux provinciaux de 1,17 %, 1,48 % et 2,06 %.
3. Notre taux de base d'infections bactériennes liées aux cathéters intra vasculaires centraux déterminé par la surveillance au niveau provincial de la dialyse était 0 % en 2012-2013 comparativement à 0,13 % en 2011-2012 et 0,26 % pour l'exercice financier 2010-2011.
4. 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 (périodes 1, 5 et 10) qui ont fait l'objet d'une vérification au cours de l'exercice 2012-2013, les taux de contamination des hémocultures étaient de 1,34 %, 3,13 % et 0,95 % respectivement. Pour la période 5, nous avons constaté une augmentation de notre taux de contamination des hémocultures et excédant le seuil de 3 %. Neuf des 15 cas de contamination des hémocultures au cours des trois périodes provenaient de l'urgence.

Activités de surveillance et contrôle des infections nosocomiales

La surveillance et le confinement des organismes multi-résistants tels que le SARM et ERV (*entérococci* résistantes à la vancomycine) se poursuivent.

1. L'isolement des *Staphylococcus* résistants à la méthicilline (SARM) continue de tenir une place importante dans le Service de prévention et 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 77 cas de SARM nosocomial en 2012-2013 comparativement à 81 en 2011-2012 et 118 en 2010-2011.
2. Depuis la période 7 de 2010-2011, 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 130 cas d'ERV nosocomial en 2012-2013 comparativement à 102 cas en 2011-2012 et 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 affiliés à l'Université McGill.

3. 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 mesurer aux autres hôpitaux de même taille. Notre niveau est demeuré stable les quelques dernières années, nous ramenant à notre niveau de base de 2003. Nous avons eu 67 cas en 2012-2013 comparativement à 35 en 2011-2012.
4. La surveillance des infections du site opératoire (ISO) ne concerne que les patients admis à l'hôpital (les patients en chirurgie d'un jour en sont exclus) et les services de chirurgie suivants : chirurgie générale, orthopédique, gynécologique et post-césarienne. Les rapports sont adressés individuellement aux chirurgiens et par code aux chefs de chirurgie et de service.

Service	Taux 2007/08	Taux 2008/09	Taux 2009/10	Taux 2010/11	Taux 2011/12
Service chirurgical					
Obstétrique	2,14 %	1,47 %	1,32 %	2,40 %	2,48 %
Gynécologie	1,48 %	0,58 %	2,42 %	2,12 %	2,12 %
Général	3,13 %	5,38 %	5,47 %	5,79 %	4,94 %
Orthopédie	1,90 %	1,53 %	2,39 %	2,18 %	1,10 %

Le rapport 2012-2013 SSL n'a pas encore été finalisé.

Enquêtes sur les éclosions

1. 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. Au cours de l'exercice financier 2012-2013, nous avons eu trois éclosions : au 5^e Sud, au 8^e Principal et aux soins intensifs. Comme c'est le cas pour la plupart des éclosions, le confinement a nécessité de nombreuses ressources.
2. En juin et septembre 2011, nous avons eu 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. En 2012-2013 nous avons eu une seule éclosion au 8^e Principal.
3. Après cinq ans de stabilité relative, en 2012-2013 nous avons eu deux éclosions majeures de MACD (maladies associées au *Clostridium difficile*) : une au 6^e Nord et une autre au 5^e Nord, suite auxquelles nous avons atteint notre taux d'infection annuel le plus élevé depuis 2004.

Formation

Au cours de l'exercice 2012-2013, 625 participants – étudiants et employés – ont reçu la formation donnée par l'équipe de contrôle des infections. Cette dernière a consacré 80 heures aux sessions de formation à l'interne. En 2011-2012, l'équipe formait 917 personnes et donnait 80 heures de formation.

Un total de 200 heures (2012-2013) et 232 heures (2011-2012) ont été consacrées 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 classes 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 de façon appropriée.

Projets achevés

- La révision et mise à jour du Manuel de contrôle des infections (avril 2011 – mars 2013) se poursuit.
- 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 l'observance 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 cinq inspections a eu lieu en 2012-2013 sur plusieurs unités de soins).
- 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 l'Université 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 affiliés à 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.

- La coordonnatrice du contrôle des infections a fait une présentation sur le zona au Réseau communautaire de santé et de services sociaux en novembre 2012. Le même sujet a été présenté au forum sur la qualité du CHSM en janvier 2013.
- Le projet pilote sur le tableau de désinfection des équipements/instruments médicaux est terminé. Les résultats ont identifié le désinfectant le plus efficace pour désinfecter les instruments.

Projets en cours pour 2012-2013 et à venir en 2013-2014

- La poursuite des efforts en matière de respect des normes d'hygiène des mains;
- Une campagne pour le respect des normes d'hygiène des mains auprès de la communauté en général, avec la collaboration et le soutien du Service des relations publiques, lors du Festival Un goût des Caraïbes en mai 2013;
- Une campagne pour le respect des normes d'hygiène des mains auprès de la communauté locale, avec la collaboration et le soutien du Service des relations publiques, lors du Festival Côte-des-Neiges en fête en septembre 2013;
- Inspection pour évaluer l'observance des normes d'hygiène des mains en octobre 2013;
- Le contrôle de la qualité de l'observance des mesures de contrôle des infections dans certains secteurs ciblés;
- 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 entre 2010 et 2012;
- Un projet pilote sur les zones grises pourrait éventuellement mener vers une étude :
 - pour tester l'efficacité de l'ajout d'un nouveau poste d'entretien ménager pour nettoyer les éléments inclus dans la « zone grise » d'une unité médicale et son impact sur la contention de transmission nosocomiale
 - pour déterminer l'efficacité du nettoyage de surfaces/équipements contaminés par des micro-organismes, en particulier le SARM et l'ERV. Après le nettoyage, soit par l'entretien ménager, un PAB ou par l'employé affecté à nettoyer les éléments d'une « zone grise ».

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité

Traitement des plaintes

Complété sans mesure corrective	60 %
Complété avec mesures correctives.....	37 %
Abandonné.....	3 %

Résumé des plaintes

Plaintes en cours d'examen au début de l'exercice	33
Plaintes reçues durant l'exercice	161
Plaintes conclues durant l'exercice.....	173
Plaintes en cours d'examen à la fin de l'exercice	21
Plaintes transmises au 2 ^e palier (Protecteur du citoyen)	6

Catégories de plaintes

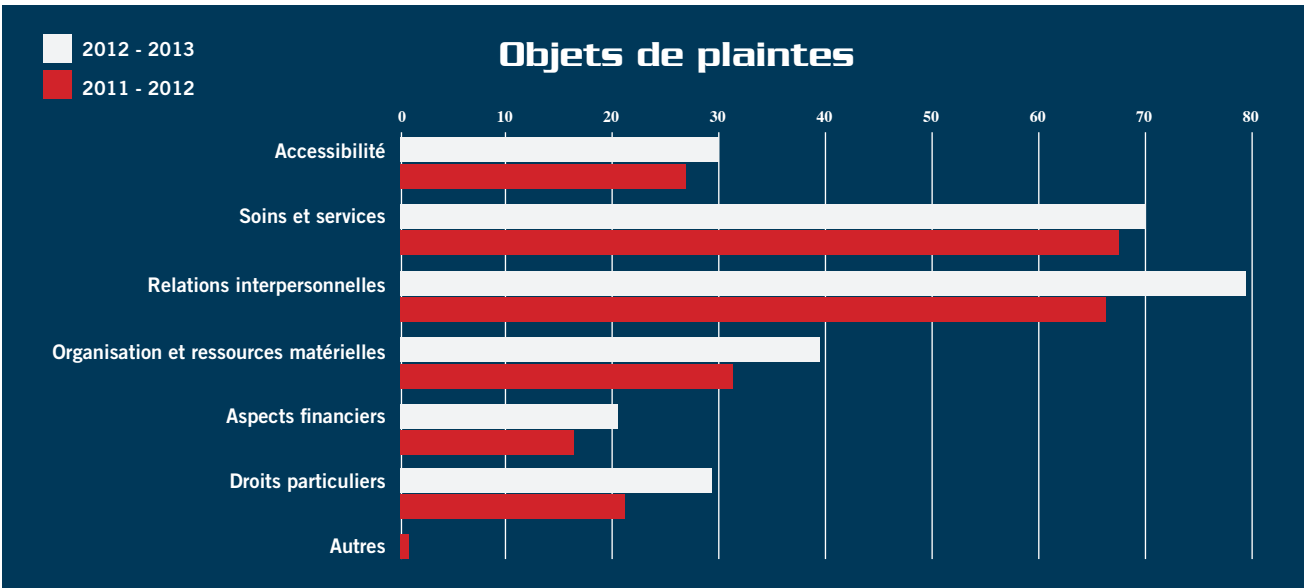
Accessibilité.....	11 %
Soins et services	26 %
Relations interpersonnelles.....	30 %
Organisation du milieu et ressources matérielles.....	15 %
Aspect financier.....	8 %
Droits particuliers	11 %
Autres.....	0 %

Auteur de la plainte

Usagers	69 %
Représentants.....	31 %

Délai d'examen

- 45 jours.....	57 %
+ 46 jours.....	43 %



Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité 2012-2013



Au cours de l'exercice financier 2012-2013, le comité s'est rencontré à deux 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. Cependant, il est à noter que la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services n'a présenté aucune recommandation au conseil d'administration cette année.

Le comité veille également à ce que les conclusions au sujet de tout autre rapport quant à la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus soient présentées au conseil d'administration et en assure le suivi.

Par ailleurs, le comité a assuré le suivi des recommandations émises dans le rapport d'investigation du coroner en mai 2012.

De plus, le comité s'est intéressé aux conclusions présentées par Agrément Canada à la suite de la visite de cet organisme en octobre 2012.

Le comité a également pris connaissance des recommandations contenues au rapport d'inspection du Collège des médecins de mai 2010 et s'est assuré du suivi de celles-ci.

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

Suzanne Gouin,
présidente



Comité des usagers



Le mandat du comité des usagers du Centre hospitalier de St. Mary consiste à défendre, protéger et assurer le respect des droits des patients. Le respect des droits des usagers, la qualité des conditions de vie ainsi que le degré de satisfaction à l'égard des services reçus constituent les assises qui guident les actions du comité.

Le comité existe pour aider les patients hospitalisés de même que les patients externes. Une des fonctions du comité en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et la Loi sur le Protecteur des usagers consiste à accompagner et assister, sur demande, un usager lors du dépôt d'une plainte.

Pour l'année 2012-2013, le comité comptait huit membres élus, un nouveau membre désigné et une personne-ressource choisie par le comité. Cette dernière agit à titre de secrétaire du comité. Deux membres représentent le comité au sein du conseil d'administration de l'hôpital.

Sept rencontres ont eu lieu pendant l'année au cours desquelles des membres de l'administration, des gestionnaires de programme, des infirmières-chef, ainsi que des membres des départements de la recherche et de la gestion de la qualité et des risques ont été conviés à faire des présentations.

Le comité est représenté au sein de divers comités de l'hôpital tels ceux du projet de recherche *Patients en tant que partenaires*, d'éthique clinique et de coordination à la gestion de la qualité et des risques.

Le comité fait partie du RPCU (Regroupement provincial des comités des usagers) duquel la section anglaise se réunit environ quatre fois par an. Un membre du comité ainsi que la personne-ressource assistent à toutes les réunions des comités des usagers à l'Agence. La personne ressource assiste également aux conférences qui ont lieu à l'extérieur de Montréal.

Un budget annuel est octroyé au comité et dépensé selon des directives établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Au cours de l'année, environ 120 appels d'usagers ont été reçus, la majorité desquels portait sur le temps d'attente pour les rendez-vous, les appels sans réponse, le comportement du personnel, les droits des usagers et les patients demandant à être accompagnés lors de rendez-vous avec des professionnels de la santé.

Le projet *Patients en tant que partenaires* a pris fin après deux ans. La participation du comité des usagers dans ce projet c'est avérée bénéfique, lui permettant d'établir des contacts avec diverses organisations telles l'Hôpital pour enfants d'Ottawa et l'Association des patients du Canada, qui ont ouvert de nouveaux horizons et donné l'occasion de discuter de préoccupations et d'échanger des idées. Le comité a également participé à la réunion de synthèse du projet qui avait lieu au Club Atwater.

Le comité a pris part à la Semaine de la sécurité des patients ainsi qu'à deux symposiums organisés par le Service de gestion de la qualité et des risques.



Une journée d'information pour les usagers a eu lieu. Le CLSC Côte-des-Neiges, le SPVM et le service d'ergothérapie étaient parmi les participants à cet événement.

Dans le but de favoriser la qualité et les conditions de vie des usagers, nous travaillons en étroite collaboration avec les infirmières chef, les gestionnaires de programmes, le service de thérapie récréative, les physiothérapeutes et les représentants des usagers dans les différents services. Ce sont ceux qui travaillent directement avec les patients qui connaissent leurs besoins mieux que quiconque. À titre d'exemple, les échanges sociaux sont très importants pour nos patients en santé mentale. Nous avons donc organisé une activité d'une heure chaque semaine, où des collations santé sont servies par des bénévoles. Ceci permet aux patients d'échanger entre eux et avec les bénévoles tout en appréciant une gâterie. Nous organisons aussi un goûter une fois par semaine pour les patients des soins palliatifs et leurs familles.

Il y a deux ans, nous avons abordé le problème de déplacement dans l'hôpital pour les usagers/visiteurs avec des barrières linguistiques. Des itinéraires schématisés ont été conçus dans ce but et nous travaillons actuellement sur la méthode de distribution de ceux-ci.

Nous continuons à fournir des brochures, des affiches ainsi que des articles pour les patients. Nous fournissons toujours des articles de toilette pour les patients en situation d'urgence, des layettes pour bébés dans le besoin, et des turbans pour les patientes atteintes de cancer.

Objectifs pour 2013-2014

- Continuer à aider le personnel à améliorer la qualité de vie de nos patients en dialyse, en santé mentale et à l'urgence.
- Poursuivre les efforts pour aider à améliorer la qualité de vie des patients de longue durée en attente de placement/transfert qui sont dispersés à travers l'hôpital.
- Participer au groupe Porte-parole des patients en médecine familiale, le cas échéant.

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.

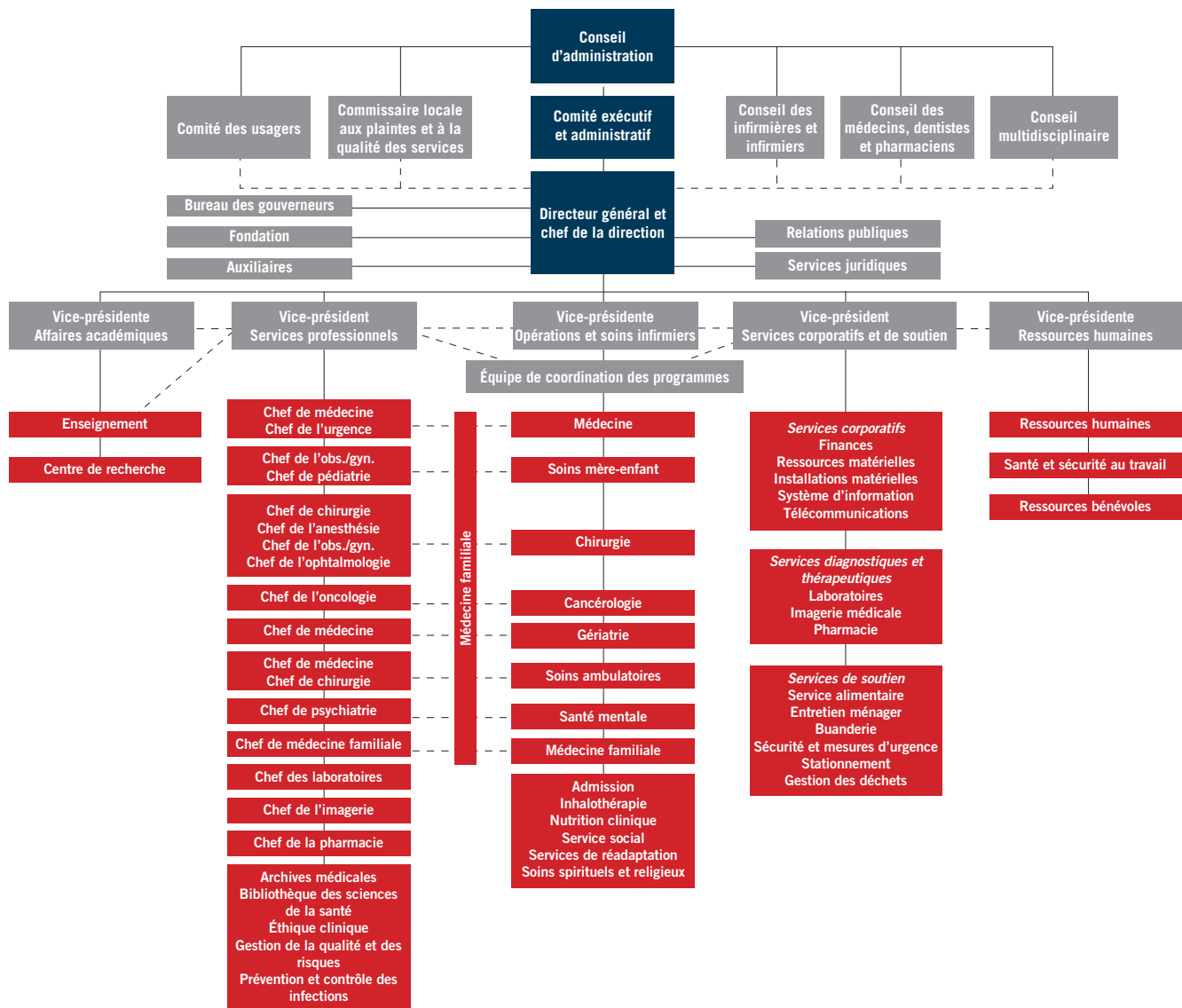
Distribution du code

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 2013, le conseil d'administration n'a reçu aucune plainte ou indication à l'effet que le code n'ait pas été respecté.



Structure organisationnelle



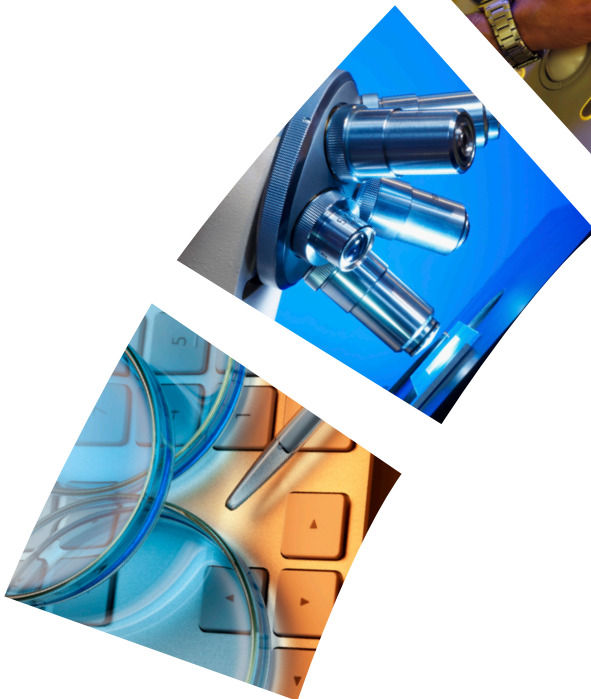


Centre hospitalier affilié
universitaire

A University-Affiliated
Hospital Centre



UN HÔPITAL UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À MCGILL
A MCGILL UNIVERSITY
TEACHING HOSPITAL



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.ca

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