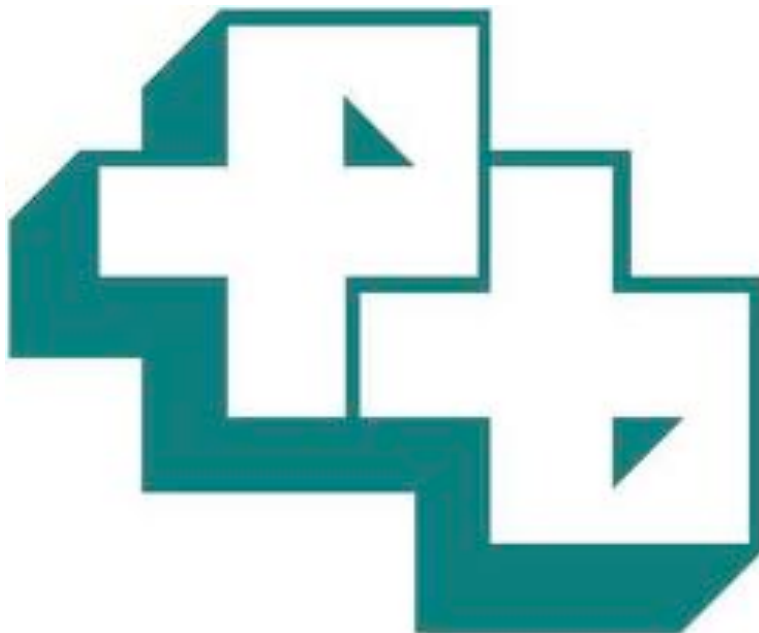


HÔPITAL PIERRE-BOUCHER, d'abord intégré au **CENTRE HOSPITALIER PIERRE-BOUCHER** puis intégré au **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE-BOUCHER** -- les années 1986-2005 -- Longueuil -- région de la Montérégie

gidufuf@gmail.com



Logiciel de traitement de texte utilisé :
« Pages », de la suite bureautique d'IWork d'APPLE inc.

Dépôt légal — Troisième trimestre de l'année 2010
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

978-2-9811746-9-7 (version électronique)

TABLE DES MATIÈRES

Cliquer sur le **Numéro** de la page pour vous y rendre



LE CONTENU DU PRÉSENT RECUEIL	4
REMERCIEMENTS	5
PREMIER CHAPITRE	6
AVANT-PROPOS	6
DEUXIÈME CHAPITRE	12
Mars 1986 à février 1990	13
Mars 1990 à août 1991	19
Septembre 1991 à octobre 1993	23
Novembre 1993 à avril 1995	30
Mai 1995 à novembre 1996.....	36
Décembre 1996 à décembre 1997	42
Janvier 1998 à avril 1999	50
Mai 1999 à septembre 2002	60
TROISIÈME CHAPITRE	78
Liste de chacune des 26 priorités corporatives 2002-2004	79
Présentation des réalisations des priorités 2002-2004	84
Septembre 2002 au 8 juillet 2004.....	85
QUATRIÈME CHAPITRE	139
TROIS CHANGEMENTS QUI ONT MARQUÉ CETTE ÉPOQUE	139
CINQUIÈME CHAPITRE	140
L'Hôpital Pierre-Boucher s'intègre au CSSSPB	140
Territoire desservi par le CSSSPB	141
PRÉSENTATION DE QUATRE ANNEXES	142
Notre façon de présenter notre hôpital le 25 mars 1994	150
Maquette du projet d'agrandissement réalisée sur ordinateur.....	153
Photographie du directeur général	153
Notes biographiques du dg	154
CONCLUSION	155

LE CONTENU DU PRÉSENT RECUEIL

Lorsque j'occupais la fonction de directeur général du **Centre hospitalier Pierre-Boucher** (CHPB), de 1986 à 2005, un *Comité d'évaluation du directeur général* se réunissait périodiquement afin de soumettre au Conseil d'administration des constats et des recommandations sur la performance du directeur général. Dans l'exercice de leurs mandats, tous les comités d'évaluation m'ont demandé que je leur présente un *Bilan de réalisations*, et ce, au cours de la période visée par leurs mandats respectifs. Dans le premier chapitre du présent recueil, je traiterai brièvement des motifs et de l'aspect qu'ont pris dans le temps ces *Bilans de réalisations* ainsi que de la nature de leurs contenus.

Dans les deux chapitres qui suivent, je présenterai le contenu de chacun des neuf *Bilans de réalisations* que j'ai eu à produire durant environ vingt ans. L'utilité du présent recueil est de réunir, en une seule présentation, tous ces bilans et de les présenter dans le même ordre chronologique qu'ils furent conçus et évalués au cours de la période où je fus directeur général du CHPB.

Techniquement, le présent recueil ne relate pas l'histoire de l'hôpital¹, de ses instances, de ses directions ou de ses services. Mais, dans les faits, par déduction ou induction, on peut sensément y lire une certaine histoire de l'hôpital, y saisir son mode de fonctionnement passé ainsi que la nature de ses projets de développement, et ce, à la lecture des exposés écrits de certaines réalisations de son directeur général.

Dans plusieurs années, le présent recueil sera surtout utile aux chercheurs et aux personnes intéressées par le passé de cet hôpital.

Très peu de noms de personnes y sont cités, comme cela est d'usage au niveau du contenu d'un document d'*évaluation du rendement* d'un gestionnaire.

Vers la fin du présent recueil, j'ai énuméré les trois principaux changements qui, selon mon évaluation personnelle et avec un recul de cinq ans, ont marqué cette période.

¹ Le mot **HÔPITAL** dans cet ouvrage désigne généralement **HÔPITAL PIERRE-BOUCHER**. Cette installation fut d'abord intégrée au **Canter hospitalier Pierre-Boucher** puis, par la suite, intégré au **Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher**.

REMERCIEMENTS

À la demande du Conseil d'administration, je devais périodiquement déposer mes *Bilans de réalisations* à chacun des membres des comités d'évaluation du directeur général. Lors de ces dépôts, les membres de ces comités ont toujours compris à quel point je me sentais redevable envers toutes les personnes qui oeuvraient à cette époque au *Centre hospitalier Pierre-Boucher*. Ce sont ces personnes qui m'ont permis d'accomplir ce que nous avons, dans les faits, toujours réussi à accomplir ensemble.

L'hôpital avait une mission importante à réaliser auprès de la population de la région de la Montérégie. Nous avons réussi à dispenser des soins et des services adéquats à nos patients, sur tous les plans, d'une façon personnalisée, innovatrice et sécuritaire.

Nous recevions toutes sortes de témoignages, dans le temps, sur notre approche distinctive d'intervention auprès de nos patients et sur notre façon particulière de nous comporter entre nous et à l'extérieur de l'hôpital.

Merci à toutes ces personnes, soit les membres des conseils d'administration, les médecins, les employés et les bénévoles qui m'ont constamment soutenu tout au cours de cette période de grands changements.

Merci à la *Fondation du Centre hospitalier Pierre-Boucher* qui, depuis 1987, a constamment soutenu avec enthousiasme et générosité le fonctionnement et le développement de notre hôpital. J'ai encore à l'esprit certaines contributions de la *Fondation* qui, sans elles, ne nous auraient pas permis de réaliser certains projets majeurs pour notre population.

Merci à la *Fondation Cardio-Montérégienne* d'avoir soutenu ouvertement, activement et financièrement notre hôpital à l'occasion du développement de son Service d'hémodynamie.

Merci à ces nombreuses personnes qui ont fait le choix de nous supporter avec discrétion et de façon anonyme.

Merci à ces tiers organismes et à ces tierces personnes, oeuvrant à l'extérieur de l'hôpital, qui ont cru à la qualité de notre agir distinctif et qui ont décidé, dans le cadre de l'exercice de leur mission respective, de nous supporter financièrement ou autrement. Je pense ici à de nombreux organismes publics, parapublics ou privés, à leurs représentants et à leurs préposés.

Bref, le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* est le fruit d'une réalisation collective réussie.

PREMIER CHAPITRE

AVANT-PROPOS

CENTRE HOSPITALIER PIERRE-BOUCHER : SA CONSTITUTION, SA MISE EN SERVICE, SA DISSOLUTION ET SON INTÉGRATION À UN AUTRE ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Le 17 août 1977, le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* (CHPB) a été constitué en personne morale, et ce, sous l'empire de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le 18 octobre 1982, après sa construction, le CHPB a commencé à livrer ses services à la population. Le 8 juillet 2004, le CHPB a été dissous puis intégré, comme plusieurs autres établissements faisant partie d'un grand territoire, au *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais*.

À LA DIRECTION GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-BOUCHER

J'ai occupé le poste de directeur général du *Centre hospitalier Pierre-Boucher*, et ce, à compter du 5 mars 1986 et jusqu'à sa dissolution. J'ai également par la suite occupé le poste de directeur général par intérim du *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais*, jusqu'au 1er novembre 2004. Dans l'exercice de cette fonction, j'ai recommandé aux autorités compétentes que la dénomination de cet établissement soit dorénavant le suivant :

Centre de santé et des services sociaux Pierre-Boucher.

Le 22 juin 2005, le gouvernement du Québec a accepté cette proposition.

MA RESPONSABILITÉ ÈS QUALITÉ DE DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHPB

Dans l'exercice de cette fonction au *Centre hospitalier Pierre-Boucher*, j'étais principalement responsable de l'administration et du fonctionnement de cet hôpital. Je devais de plus aussi m'assurer que la coordination et la surveillance de l'activité clinique, exercée dans cet hôpital, y soient effectuées. Au *Centre hospitalier Pierre-Boucher* et au *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais*, j'étais la personne qui y détenait la plus haute autorité. J'en étais bel et bien conscient.

LE CONTRAT D'ENGAGEMENT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LA DURÉE DE CE CONTRAT

J'étais relié par un contrat d'engagement avec mon employeur, le Centre hospitalier Pierre-Boucher. À l'expiration de ce contrat, le Conseil d'administration pouvait décider de le renouveler pour une période n'excédant pas quatre ans.

LE COMITÉ D'ÉVALUATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET L'ÉVALUATION DE SON RENDEMENT

Dans l'exercice de sa responsabilité de juger de la pertinence de renouveler ou non le contrat d'engagement de leur directeur général, le Conseil d'administration du CHPB a décidé, dès 1986, de créer un *Comité d'évaluation du directeur général*. Ce comité avait pour mandat d'évaluer le rendement du directeur général et de présenter leurs comptes rendus au moment opportun, et ce, en soumettant une recommandation écrite au Conseil d'administration. En tout temps, cette recommandation faisait l'objet de pourparlers en l'absence du directeur général.

LA PRINCIPALE MODALITÉ RETENUE AU CHPB POUR LUI PERMETTRE D'ÉVALUER LE RENDEMENT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Dès 1990, on a demandé au directeur général de déposer au *Comité d'évaluation du directeur général* un *Bilan de réalisations*, lequel document avait pour objet d'énumérer les unes après les autres les principales réalisations du directeur général au cours de la période d'évaluation concernée. De plus, le directeur général devait verbalement faire le lien entre chacune de ses réalisations et les priorités promulguées périodiquement par le Conseil d'administration.

LE CONTENU DU TEXTE DE MON PREMIER DOCUMENT N'EST PAS ÉQUIVALENT AU CONTENU DU TEXTE DES AUTRES DOCUMENTS

En 1990, le premier document, déposé par le directeur général, était un « aide-mémoire » qui guidait principalement les pourparlers devant être tenus entre lui et les membres du *Comité d'évaluation du directeur général*. Ce document, même si son contenu est beaucoup moins élaboré que le contenu de ceux qui seront par la suite présentés dans le présent recueil, y est aussi présenté tel quel.

Au fait, le contenu de ces documents a pris, dans le temps, de plus en plus d'importance pour la gouverne du Conseil d'administration. De surcroît, le Conseil d'administration a demandé au directeur général que ce genre de document lui soit soumis à un rythme plus accéléré et avec un contenu de plus en plus étoffé.

LE CONTENU DU TEXTE DES RÉALISATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL EST MODIFIÉ À COMPTER DE 2002

Jusqu'au mois de septembre 2002, je produisais personnellement le contenu des documents exposant mes *Bilans de réalisations*.

C'est ce qui est exposé au **DEUXIÈME CHAPITRE** du présent recueil.

Par la suite, le contenu de ces documents demeurait toujours sous ma responsabilité, même s'ils étaient parfois écrits par des membres du *Comité de régie du directeur général*. De plus, ces documents, à la suite de leur dépôt au Conseil d'administration, ont été transmis à certaines instances de notre hôpital. Enfin, les liens à établir entre une réalisation et les priorités du Conseil d'administration étaient, à partir de ce cette période, clairement définis.

C'est ce qui est exposé au **TROISIÈME CHAPITRE** du présent recueil.

LE CARACTÈRE AUTHENTIQUE DES RÉALISATIONS IDENTIFIÉES

Le contenu des documents exposant chacune de mes réalisations était sujet à être vérifié, en tout temps, par les membres du *Comité d'évaluation du directeur général*. Aussi, étant donné qu'il s'agissait de documents déposés par le directeur général dans l'exercice de ses fonctions, leurs contenus étaient en principe susceptibles d'être vérifiés par le vérificateur externe de l'hôpital, lequel vérificateur était nommé par le Conseil d'administration.

LE PRÉSENT RECUEIL, SUR UN CERTAIN ANGLE, RELATE UNE CERTAINE HISTOIRE DU CHPB AU COURS DE CETTE PÉRIODE

Il ne peut en être autrement puisque chacune de ces nombreuses réalisations fait maintenant partie de l'histoire de cet hôpital. Cependant, toutes les réalisations de cette époque ne sont pas exposées dans le présent recueil. En effet, plusieurs réalisations ont été considérées, par le directeur général, comme n'étant pas essentielles aux seules fins du renouvellement de son contrat d'engagement. Ce recueil contient un *Bilan de réalisations* et non un *Bilan des réalisations*.

CE QUI N'EST PAS TRAITÉ DANS CE RECUEIL

Les écrits paraissant dans le présent recueil n'ont pas pour finalité de traiter des réalisations et de l'histoire des instances et des unités administratives, ainsi que de personnes ayant oeuvré au *Centre hospitalier Pierre-Boucher*. Il en est de même des réalisations et de l'histoire d'organismes externes à cet hôpital.

LE JARGON DE L'ÉPOQUE EST MAINTENU DANS CES DOCUMENTS

À la lecture du présent recueil, vous constaterez que certains termes et certaines expressions ne sont plus utilisés de nos jours. Cette époque avait son jargon qui lui était propre. C'est pourquoi je n'ai rien ajusté en fonction de la réalité terminologique contemporaine. ... Exemples : priorité corporative, comité de régie, patient.

LA FORME DE CES DOCUMENTS PEUT PARFOIS PARAÎTRE DÉFAILLANTE

Il ne peut en être autrement puisque la majorité de mes écrits furent d'abord dictés verbalement à mon excellente secrétaire de direction, Madame Andrée Ricard. Par la suite, ils ont été dactylographiés selon mes dictées par celle-ci. Dans le présent recueil, j'ai reproduit généralement le contenu de ces anciens documents.

L'UTILISATION DES PRONOMS « JE » et « NOUS » DANS MES BILANS DE RÉALISATION

Contexte littéraire du présent recueil : « JE » parle aux membres du *Comité d'évaluation du directeur général*; « JE » tente de les convaincre du bien-fondé de renouveler mon contrat d'engagement. J'ai eu parfois l'intention de supprimer ces nombreux « JE ». Mais après réflexion j'ai conclu que, pour différentes raisons, le terme « JE » convenait.

Souvent, j'utilise le pronom « NOUS » au lieu du pronom « JE ». Dans ces cas, les accords se font au masculin singulier.

Il est également manifeste que mon degré d'implication personnelle *fluctuait d'une réalisation à l'autre*.

L'AVIS D'INTENTION D'ABOLITION DE POSTE DE DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHPB

Le président du Conseil d'administration du *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais* m'a confirmé, dans une lettre datée du 20 juillet 2004, l'intention de son Conseil d'administration d'abolir le poste de directeur général du CHPB, ce qui s'est effectivement produit plusieurs mois après que j'ai reçu cette lettre.

LE TOUT S'EST BIEN TERMINÉ

Je le confirme à nouveau par écrit, comme je l'ai toujours verbalement témoigné en tout temps, en tous lieux et en toutes circonstances : le tout s'est bien terminé, à la fois au *Centre hospitalier Pierre-Boucher* ainsi qu'au *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais*.

L'ACRONYME *dg* DANS LE TITRE PEUT SIGNIFIER

- *directeur général*
- *direction générale*
- *default gilles*

DEUXIÈME CHAPITRE

Mars 1986 à février 1990

Insistance périodique et répétitive auprès des personnes qui oeuvrent dans l'hôpital sur l'importance que nous devons accorder à la qualité et à l'*humanisation des soins* auprès de nos patients. Mise sur pied de groupes de réflexion et développement d'outils nous permettant d'introduire partout cette valeur dans l'hôpital. Développement de comportements et de réflexes individuels et collectifs ajustés à cette orientation. Ces comportements doivent naturellement découler de la raison d'être de notre hôpital. L'humanisation des soins est un défi que nous devrions relever chaque jour de travail.

Intensification de relations harmonieuses et bénéfiques entre le *Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de la Montérégie* (CRSSS), le *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) du gouvernement du Québec ainsi que d'autres organismes et établissements de la région de la Montérégie.

Grande visibilité et grande disponibilité au sein du personnel et des médecins de l'hôpital, quelque soit le moment de la semaine.

Participation, au mois d'avril 1986, à la création et à la constitution de la *Fondation Cardio-Montérégienne* que l'on appelait, au début, la *Fondation du Coeur de la Rive-Sud*. Nous soutenions un *groupe de cardiologues* de notre hôpital et un *groupe de personnes bénévoles de la communauté* voulant que soit implantée, au *Centre hospitalier Pierre-Boucher*, une *salle d'hémodynamie*. Fortuitement, ce groupe a démarré ses activités quelques jours avant notre entrée en fonction à l'hôpital.

Le *contrôle budgétaire* de notre hôpital est effectué correctement. Nous avons toutefois introduit de nouvelles méthodes de suivis budgétaires, et ce, à tous les niveaux de la structure administrative de l'hôpital. Le Conseil d'administration est toujours informé de nos résultats financiers périodiques et il les analyse soigneusement.

Participation active à la mise sur pied de la *Fondation du Centre hospitalier Pierre-Boucher*, laquelle fut constituée et incorporée au mois de mai 1987.

Agrandissement du terrain de stationnement de l'hôpital, et installation de 182 nouvelles places de stationnement. Ce projet s'autofinance. Les délais annoncés au préalable par le directeur général au Conseil d'administration sont respectés.

Le CRSSS et le MSSS acceptent finalement de subventionner certains de nos projets d'immobilisations ou d'acquisitions d'équipements. Antérieurement à 1987, il ne nous était pas envisageable de pouvoir obtenir de telles subventions. La *modernité de nos installations et de nos équipements* était constamment invoquée pour justifier des refus répétitifs. Une première subvention nous fut accordée en septembre 1987. Cette subvention nous a permis d'acquérir un appareil d'échographie vasculaire que nous avons installé à l'intérieur des installations du *Service d'inhalothérapie et de cardiologie*.

À la suite de l'obtention de cette première subvention, nos projets d'équipements et d'immobilisations sont maintenant soumis à l'analyse du *Comité de gestion des équipements et des immobilisations des centres hospitaliers de la région de la Montérégie*, comité relevant du Conseil d'administration du CRSSS. Ce comité est mandaté pour proposer la *répartition de l'enveloppe budgétaire régionale d'immobilisations et d'équipements*. J'ai assumé la présidence de ce comité entre les années 1988 et 1990. Seuls les projets, pour lesquels nous désirons obtenir une subvention du CRSSS, sont déposés à ce comité de gestion régional. Nos autres projets sont couramment financés en utilisant l'*avoir propre* de notre trésorerie.

Recrutement judicieux, en 1987, de deux nouveaux directeurs, soit selon l'ordre de leur entrée en fonction d'une nouvelle *directrice des soins infirmiers* et d'un nouveau *directeur des services professionnels*.

Développement d'un *Centre multifonctionnel en psychiatrie externe* ainsi que d'un *Centre d'intervention de crise en psychiatrie* et octroi d'une enveloppe budgétaire de fonctionnement dédiée à cette fin. À noter que seul notre centre d'intervention de crise au Québec relève d'une corporation hospitalière, les autres centres étant généralement des organismes autonomes ou relevant d'un établissement faisant partie de la mission sociale du gouvernement du Québec. Ce projet pilote, autorisé personnellement par Madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux, fut annoncé en notre présence à Saint-Lambert par Monsieur André Bourbeau, député du comté de Laporte et ministre des Affaires municipales du gouvernement du Québec.

Gestes posés dans le but d'améliorer le sentiment d'appartenance des employés à l'égard de leur corporation hospitalière. Entre autres, implantation, au mois de décembre 1987, du *Club social des employés du Centre hospitalier Pierre-Boucher*.

Réaménagement fonctionnel majeur de notre *Service des soins d'urgence* grâce à une appréciable subvention du CRSSS et, corollairement, réalisation concertée d'une priorité du Conseil d'administration. Les plans de construction d'origine de notre *Service des soins d'urgence*, plans conçus en 1980, furent inspirés des plans de construction des installations de l'Hôpital du Haut-Richelieu, hôpital construit à la fin des années 1950. Les installations de notre urgence n'étaient pas adaptées aux besoins de nos professionnels, et ce, au cours des années 1980. Le CRSSS nous a rapidement offert sa collaboration dans ce dossier.

Installation d'une quatrième laveuse au Service de buanderie-lingerie, notre *Buanderie communautaire*. Démarrage de la robotisation à l'intérieur de ce service. Augmentation du nombre d'établissements clients utilisant notre *Buanderie communautaire*.

Informatisation de toutes les activités de la *Centrale de rendez-vous*, centrale relevant de l'autorité du Service d'accueil. Cela nous a permis de réduire le temps d'attente des patients qui se présentent au *Service de consultations externes*.

Finalisation, en 1986, de l'*opération planification stratégique*, débutée en 1985. Au terme de ce processus, nous avons réussi à obtenir un consensus au niveau de toutes les instances administratives et médicales de l'hôpital. Nous estimons que notre hôpital aurait dû s'abstenir de mettre sur pied un tel exercice. Nous avons déjà discuté de cette question avec le Comité exécutif du Conseil d'administration qui a accepté notre proposition de mettre rapidement un terme à cette opération.

Participation active du *Centre hospitalier Pierre-Boucher* au groupe des cinq hôpitaux du Québec membres du projet SIDOCI « *Système d'Information de données cliniques intégrées* », groupe mis sur pied en 1985 dans le but de procéder à l'informatisation complète du dossier des patients de nos cinq hôpitaux respectifs. Les hôpitaux membres de ce projet d'envergure sont, par ordre alphabétique :

- ★ Centre hospitalier Pierre-Boucher;
- ★ Hôpital de Gatineau;
- ★ Hôpital de Valleyfield;
- ★ Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- ★ Hôpital Sainte-Justine.

Insistance sur toutes les questions reliées à l'entretien préventif et correctif des installations et des équipements de soutien de l'hôpital. Le logiciel développé par l'hôpital, que nous avons mis à jour récemment, assiste les employés de notre *Service des biens meubles et immeubles* dans leur responsabilité de prévoir la périodicité et les tâches d'entretien préventives et correctives à effectuer au niveau de nos installations et de nos équipements de soutien.

Meilleure gestion de nos déchets à risques. Nous sommes en mesure de confirmer que nos pratiques actuelles en cette matière sont adéquates et conformes aux normes généralement reconnues.

Mise sur pied d'un programme de formation, conçu pour les infirmières, concernant l'approche auprès de femmes violentées et battues.

Développement d'un programme d'enseignement dans le but de nous permettre de mieux assumer nos responsabilités à l'égard des patients en fin de vie. Parallèlement, nous avons développé un programme de soutien à l'égard des familles et des proches de cette clientèle.

Réduction de certaines dépenses administratives pour nous permettre d'accroître nos volumes d'activités en soins infirmiers, avec les mêmes ressources financières. C'est ce que nous avons appelé, un « *Développement par substitution de ressources* ». Cette opération, à laquelle nous avons réussi à obtenir une collaboration soutenue des employés et des médecins, n'a donné ouverture à aucune suppression de postes.

Interdiction par le directeur général, à toutes les directions et à toutes les unités administratives, d'avoir recours à des *agences privées de placement d'employés*.

Réalisations successives de deux projets d'*aménagement thérapeutique*, le premier au *Service des soins de transition* et le deuxième au *Service des soins de gériatrie*. Ces deux aménagements facilitent l'*orientation spatiale* du patient lorsqu'il se trouve à l'extérieur de sa chambre. Nous avons tiré avantage de l'expertise d'une firme professionnelle tout au cours de la réalisation de ces deux projets.

Réduction radicale, à compter de 1987, de l'utilisation du nombre de lits de soins de courte durée occupés par des malades de soins prolongés. Cette réalisation est due à une meilleure coordination entre notre hôpital et d'autres établissements.

Conclusion d'une entente entre notre hôpital et quatorze hôpitaux de la région de Montréal, permettant aux patients psychiatriques de notre secteur d'être hospitalisés à l'intérieur d'hôpitaux montréalais, et ce, à la suite des *départs de plusieurs psychiatres de notre hôpital en 1988*. Compte tenu d'une *approche de sectorisation* en psychiatrie en matière de gestion de la maladie mentale, cette entente fut remarquée par les observateurs avertis de notre réseau.

Construction d'une rallonge adjacente au Département de radiologie pour y développer la *médecine nucléaire*. Acquisition d'une caméra à scintillation et introduction d'une nouvelle technique d'imagerie, la scintigraphie. Un *Service de médecine nucléaire* est créé et est intégré au Département de radiologie.

Développement, à l'intérieur de cette nouvelle rallonge, de la *tomographie axiale assistée par ordinateur*. Ce développement s'est réalisé l'intérieur d'un *contexte d'embargo ministériel du développement de la tomographie au Québec*. L'autorisation du développement de cette nouvelle activité clinique à l'hôpital est réputée être une des dernières décisions de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux, avant qu'elle ne quitte la direction de son ministère en octobre 1989. Nous avons communiqué avec elle par téléphone cette journée-là. Dans l'exercice de mes anciennes fonctions à la direction générale d'un CRSSS et à la présidence de la *Conférence des CRSSS du Québec*, nous avons eu une relation de qualité et de confiance avec Madame Lavoie-Roux. Cela a fait partie de ses souvenirs.

Augmentation du nombre de sujets et du temps des discussions lors des réunions du Conseil d'administration. Accroissement du taux de participation des membres du Conseil d'administration lors de ces réunions.

Réactivation des réunions du *Comité exécutif* du Conseil d'administration.

Informatisation de plusieurs activités administratives de la direction générale.

Rédaction et publication, par le directeur général, de l'*Info-DG* au cours de l'exercice financier 1988-1989. L'*Info-DG* est un bulletin d'information destinée aux employés et aux médecins de notre hôpital. Nous avons dû interrompre cette publication en raison du manque de disponibilité.

Publication d'un premier *manuel d'accueil* à l'intention des patients hospitalisés.

Publication d'un premier *manuel d'accueil* pour les nouveaux employés.

Préparation et diffusion d'un *questionnaire d'appréciation de la qualité des soins et des services* rendus à nos patients. Ce questionnaire a été distribué par des bénévoles sur les unités de soins et à des patients du *Service de consultations externes*.

Conclusion d'une entente entre le CRSSS, l'Hôpital Charles LeMoine et le Centre hospitalier Pierre-Boucher en matière de répartition de services de soins de courte durée dans la sous-région de Longueuil. Par cette entente, l'Hôpital Charles LeMoine et le CRSSS reconnaissent, pour la première fois et entre autres, le *caractère spécialisé et ultraspécialisé de la mission* de notre hôpital. Ont participé avec le directeur général à ces discussions : le président du Conseil d'administration, Monsieur Jean Curzi, et la présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), la Dre Micheline Fleurant. La négociation de cette entente s'est échelonnée sur une période de plus d'un an et son contenu fut approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Marc-Yvan Coté.

Mise sur pied d'un *système de triage* des patients fréquentant le *Service des soins d'urgence*. Ce système a été introduit dans le but de nous permettre de déterminer le niveau de priorité de ces patients. Il constitue un virage radical au niveau du mode de fonctionnement de notre *Service des soins d'urgence*. L'introduction de cette nouvelle activité fut considérée, en mars 1987, comme une nouveauté dans la région de la Montérégie.

Conclusion d'une entente avec la compagnie d'hélicoptère *Heli-Max Itée*, en matière de transport ambulancier, par voie aérienne, de personnes malades ou blessées de notre territoire. Ouverture d'un site d'*héliport temporaire* sur nos installations à compter du 1^{er} novembre 1989.

Régularisation de toutes nos pratiques reliées aux *ordonnances permanentes*, aux *protocoles de soins* et aux *actes médicaux délégués*. Nous saluons la contribution bénévole de plusieurs médecins, mandatés par le CMDP, dans le cadre de cette manœuvre d'envergure.

Confirmation consécutive de budgets de développement, au cours des quatre années de notre mandat, par le biais d'enveloppes budgétaires dites « *accroissement des coûts du système* ». Nous avons eu de la difficulté à obtenir ces budgets de développement puisque le ministère estimait que notre hôpital, récemment en activité, n'avait toujours pas atteint sa vitesse de croisière au niveau de ses dépenses d'exploitation. Le CRSSS nous a soutenus dans la défense de ce dossier techniquement ardu.

Révision en profondeur de notre *plan d'opération en situation de désastre interne ou externe* et publication d'un résumé de ce plan d'opération à l'intention des gestionnaires, des employés et des médecins.

Mise sur pied d'un système de *communication d'urgence en situation de désastre* interne ou externe. Élaboration et signature, à cette fin, d'un protocole d'entente avec le Club Radio Amateur de la Rive-Sud de Montréal.

Insistance, auprès des administrateurs et des gestionnaires, sur l'importance d'une *intégrité à toute épreuve* dans l'exercice de leurs fonctions et promulgation, par le Conseil d'administration, d'un *règlement de régie interne sur les conflits d'intérêts*.

Introduction d'un *programme d'appréciation de la qualité* et mise en place de processus appropriés, et ce, dans le but de permettre ultérieurement à notre hôpital d'être agréé par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux.

Implantation du *Système international d'unité* (SI) dans le but de nous ajuster aux orientations préconisées mondialement par l'Organisation mondiale de la santé de l'ONU. Pour toutes sortes de raisons, cette réalisation fut plus difficile que prévu. Elle fut porteuse de plusieurs résistances, mais fut toutefois enrichie par toutes sortes d'initiatives heureuses. Nous avons suivi de près ce dossier.

Agrément, en 1986, du *Centre hospitalier Pierre-Boucher* par le Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. À la suite de cette décision de l'Université de Montréal, je fus nommé *membre du personnel enseignant* du Département d'administration de la santé de cette faculté, et ce, avec les obligations que confèrent cet agrément et cette nomination auprès de stagiaires, du niveau de la maîtrise, en administration de la santé. Au cours de notre premier mandat, nous avons accueilli deux stagiaires.

Atteinte de l'équilibre budgétaire au terme des exercices financiers 1986, 1987, 1988 et 1989, et ce, malgré les difficultés croissantes inhérentes à ce genre de défi.

Harmonisation et intensification des relations interpersonnelles et professionnelles entre les membres du *Comité de coordination des directions*. À notre arrivée à l'hôpital, des tensions sérieuses existaient entre des membres de ce groupe.

Utilisation statutaire et périodique du *Comité de coordination des directions*. C'est un comité consultatif au directeur général, lequel comité est composé de personnes nommées par lui.

Harmonisation et intensification des relations entre le Comité exécutif du *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens*, la direction générale et le Conseil d'administration de l'hôpital.

Mars 1990 à août 1991

En janvier 1990, notre hôpital a remporté deux *mentions d'excellence* remises annuellement aux établissements de la région de la Montérégie par le CRSSS. Sur 83 établissements publics de notre région, seul notre hôpital a réussi à remporter deux mentions d'excellence. 1990

Réalisation d'un *projet majeur de ventilation et de climatisation* pour le mieux-être des employés du *Service des biens meubles et immeubles*, du *Service des achats et du magasin*, de même que du *Service des archives*, le tout, dans le respect des délais et des prévisions budgétaires antérieurement identifiées. Le coût de réalisation de ce projet fut de 125 000,00 \$. Nous l'avons financé à même *l'avoir propre* de notre trésorerie. Il a contribué à augmenter considérablement la qualité de vie des employés oeuvrant dans ces secteurs et à corriger un problème exaspérant existant depuis le début de la mise en service de notre hôpital. 1990

Ajustements significatifs à notre plan d'organisation et embauche d'une architecte au poste de *directrice des services techniques*. L'embauche de cette *professionnelle du bâtiment* n'a eu aucun impact sur nos dépenses d'exploitation et nous a également permis de mieux gérer nos technologies et l'ensemble de nos ressources matérielles et immobilières. 1990

Maintien de l'*équilibre budgétaire* au terme de l'exercice budgétaire financier 1989-1990. J'ai réussi à atteindre cet objectif à chacun des exercices financiers, et ce, depuis mon entrée en fonction à l'hôpital. 1990

Introduction de *frais de 0,03 \$ le kilogramme de linge lavé* aux établissements clients de notre *Buanderie communautaire*. Ces frais nous permettent de créer un fonds pour contrer la vétusté éventuelle de nos équipements de buanderie. Cette nouvelle disposition de l'entente contractuelle, convenue entre notre hôpital et ses établissements clients, constitue une nouveauté dans la gestion d'une *buanderie communautaire publique* au Québec. Le CRSSS et le MSSS ont exprimé leur intérêt pour cette formule qui fut approuvée par le Conseil d'administration. 1990

Démarrage de nos nouvelles activités de diagnostic en *tomographie axiale assistée par ordinateur*, et ce, dans le respect des délais et du budget approuvé. Cet appareil utilise une méthode différente d'imagerie médicale qui permet d'examiner le corps, plan par plan, à l'aide de rayons X. Cette technologie, en pleine expansion, assure à nos patients un diagnostic plus rapide et plus précis, lorsque jugé requis par le médecin traitant. Elle produit des images supérieures à celles de la radiologie classique. 1990

Obtention pour l'exercice financier 1990-91 de deux enveloppes budgétaires dites *accroissement des coûts du système*, et ce, malgré l'actuelle période de compression budgétaire. La somme de ces deux budgets de développement récurrents s'élève à 711 000,00 \$. 1990

Organisation d'une *journée porte ouverte* qui suppléait à une séance publique d'information que nous devions tenir à l'intention de la population de la région. Plusieurs officiers des 18 syndicats de l'hôpital ont participé à la préparation de cette activité. Le *caractère mixte de la logistique de cette journée* a été souligné dans le bulletin trimestriel de l'*Association des hôpitaux du Québec*. Les bulletins d'information de deux centrales syndicales du Québec, soit celui de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et celui de la Fédération des travailleurs du Québec, en ont fait allusion. 1990

Accroissement du nombre de stagiaires en médecine en provenance de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke. Nous avons redéfini notre mission, notre organisation et nos politiques en matière d'*enseignement médical*. Des ajustements ont également été apportés aux règlements de régie interne du CMDP sur cette question. Je rencontre maintenant à mes bureaux chaque nouvelle *cohorte de stagiaires en médecine* en provenance de ces universités. Ces rencontres me permettent notamment d'expliquer sommairement la structure et le fonctionnement de l'hôpital. 1990

Révision en profondeur de notre *plan de désastre*, en y introduisant de nouveaux éléments mieux ajustés aux réalités des années 1990. 1990

Acquisition d'une deuxième caméra à scintillation à l'intérieur des installations du *Service de médecine nucléaire*. Notre nouvel équipement numérique d'imagerie nucléaire est réputé être le plus performant en usage au Québec. Il suscite la curiosité de plusieurs spécialistes du domaine. 1990

Implantation au CHPB de la nouvelle *Loi sur le Curateur public*, loi qui a pour objectif la protection des personnes inaptes et l'administration de leurs biens. Par délégation de la puissance publique, cette loi confère maintenant au directeur général d'un hôpital une responsabilité dans le processus de surveillance devant être exercé par le Curateur public auprès des patients de notre hôpital visés par cette loi. 1990

Mise sur pied d'un *programme de récupération et de recyclage du papier et du carton*. Conséquemment, notre hôpital participe à la protection de l'environnement. De surcroît, cette décision nous a permis de générer une réduction de nos dépenses pour la gestion des déchets destinés aux sites d'enfouissement sanitaire de la ville de Longueuil. 1990

Dans le cadre de nos orientations et grâce aux efforts concertés des gestionnaires et des employés, nous avons réduit les *coûts engendrés par des accidents de travail, par des maladies professionnelles et par des retraits préventifs*. Le tout a permis à notre hôpital d'améliorer de 300 % son dossier financier à la *Commission de la santé et de la sécurité au travail*. 1990

Faisant suite à la visite du *Groupe tactique d'intervention sur les urgences du MSSS*, nouvelle structure externe récemment mise sur pied par le ministre, nous nous sommes assurés de diminuer le nombre de patients gardés sur des civières longeant des corridors de notre hôpital. Cette décision nous a permis de réduire les dépenses de notre *Service des soins d'urgence* d'une somme de 60 000,00 \$ par période. Nous avons continué à maintenir une excellente qualité de soins à nos patients. 1991

Implantation d'une méthode mathématique nous permettant d'établir un *ordre de priorité de nouveaux équipements médicaux* à acquérir. Cette méthode est à l'essai. 1991

Obtention, pour une seconde année consécutive, d'un troisième prix d'excellence du CRSSS. Ce prix nous a été décerné en janvier 1991 pour souligner la pertinence de l'*entente de complémentarité* que nous avons conclue, en 1990, avec l'Hôpital Charles LeMoine de la ville de Greenfield Park. Au cours d'une cérémonie protocolaire, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Marc-Yvan Côté, a mentionné que la conclusion de cette entente constituait pour lui un événement dans l'histoire de la région de la Montérégie et de celle de notre réseau de santé. Le ministre nous a confirmé qu'il a récemment informé son gouvernement de l'existence de cette entente de complémentarité entre nos deux hôpitaux. Le journal officiel de l'*Association des hôpitaux du Québec*, la revue *Artère*, en a également fait mention. 1991

Atteinte de l'équilibre budgétaire au cours de l'exercice financier 1990-91. Pour ce faire, nous avons dû concevoir un plan de retour à l'équilibre budgétaire d'une somme de 850 000,00 \$. Nous avons amorcé l'application de ce plan à compter du mois d'octobre 1991. Ce déficit nous a demandé beaucoup d'énergie et a nécessité une mobilisation importante de nos équipes. 1991

Double accord entre notre hôpital et le ministère de la Santé et des services sociaux. D'une part, le *budget de fonctionnement du Service d'hémodynamie* est fixé annuellement à 732 944,00 \$. D'autre part, nous nous sommes entendus sur un *budget de démarrage* non récurrent d'une somme de 322 775,00 \$. Ce dernier budget nous permettra d'implanter cette nouvelle *activité clinique régionale* dans notre hôpital et nous permettra d'effectuer certaines dépenses temporaires non récurrentes. 1991

Nous prétendions que le budget que nous a accordé le ministère, au cours de l'exercice financier 1990-91, était porteur d'une *erreur technique corrigible*. Nous avons réussi à le convaincre du bien-fondé de notre prétention. Un budget additionnel récurrent de 369 000,00 \$ nous fut versé. Le CRSSS nous a accompagnés dans cette démarche. 1991

À la demande du Conseil d'administration, j'ai pris les dispositions appropriées pour que la Direction des services professionnels *réduise les délais de réalisation et de transmission des résultats d'analyses* des prélèvements effectués dans les cliniques de prélèvement de nos CLSC. Antérieurement, ces délais étaient de douze semaines. Ils ne sont maintenant que de deux semaines. 1991

La *Fondation Cardio-Montérégienne* convient de nous verser une subvention de 1 000 000,00 \$ dans le cadre de l'implantation de notre *salle d'hémodynamie*. En juin 1991, une première tranche de 200 000,00 \$ nous fut remise. Cette salle devrait être en service à compter du mois de décembre 1991. 1991

Notre politique, concernant la *Reconnaissance de la contribution exceptionnelle des gestionnaires*, nous permet de consolider et de ponctuer la mise en oeuvre de la *philosophie de gestion de l'hôpital* auprès des gestionnaires, des médecins et de nos employés. Le contenu de cette philosophie de gestion suggère une adhésion *de tous envers la mission* de notre corporation hospitalière et est constituée d'un ensemble de valeurs, d'attitudes et de comportements qui guide, oriente et donne un sens aux gestes que nous sommes appelés à poser quotidiennement dans l'exercice de nos fonctions. 1991

Implantation d'un nouveau *système de gestion de projets* qui a pour objet de préciser chacune des étapes des *processus de réalisation de chaque projet d'aménagement*. La gestion de ce système de gestion a été confiée à la Direction des services techniques. 1991

Nous avons implanté une gestion complètement informatisée de tout le *secteur de la téléphonie fixe*, tant au niveau des *lignes téléphoniques de sortie* qu'à celui des *lignes téléphoniques d'entrée* de notre système téléphonique. 1991

Nous avons révisé à deux reprises l'organigramme de l'hôpital au cours de l'exercice financier 1990-91. Nous avons tenu compte, pour ce faire, de notre perception maintenant plus précise des forces des gestionnaires en place et du développement de nouvelles activités cliniques. 1991

Au mois de juin dernier, nous avons proposé au Conseil d'administration l'approbation d'un projet de développement essentiel au devenir de notre hôpital. Ce projet est appelé « *Projet d'augmentation du nombre de lits de soins de courte durée au Centre hospitalier Pierre-Boucher* ». Il fut autorisé par le Conseil d'administration et sera soumis à l'approbation d'autorités compétentes. Nos interventions tiendront compte de nos connaissances acquises de longue date sur les étapes du cycle budgétaire du gouvernement du Québec. 1991

Le Conseil d'administration a décidé de décentraliser, au niveau du directeur général, la sélection et le choix des cabinets d'avocats. Il en est de même, dans certaines circonstances, pour la sélection et le choix d'autres types de professionnels. Ce pouvoir, délégué par le Conseil d'administration, ne peut à nouveau être délégué par le directeur général à toute autre personne ou instance de l'hôpital. Cette décision du Conseil d'administration fut proposée par le directeur général afin d'assurer un meilleur fonctionnement de notre hôpital. 1991

Septembre 1991 à octobre 1993

Nous avons apporté une contribution de premier plan afin d'éviter que des litiges, entre des médecins et notre hôpital, soient tranchés par des tribunaux administratifs ou par d'autres instances judiciaires. Nous avons, dans la mesure du possible et avec l'accord de ces derniers, préféré le *règlement à l'amiable* plutôt que d'engager notre hôpital dans de longs et coûteux procès. Nous sommes fier de faire remarquer que nous avons obtenu beaucoup de succès dans ce domaine. Le Conseil d'administration a été saisi de tous les litiges visés par la présente réalisation. Tous ces dossiers ont été traités confidentiellement et discrètement. 1991

Les activités cliniques de la *salle d'hémodynamie* ont débuté à l'intérieur des délais et des coûts que nous avons estimés, il y a un an et demi. La *Compagnie Générale Électrique*, fournisseur de cet équipement ultraspécialisé, s'est dite surprise du court temps que nous avons consacré à cette réalisation. Des hémodynamiciens offrent maintenant ce service ultraspécialisé à la population de notre région. 1991

À ma demande auprès du directeur régional d'Hydro-Québec, cette entreprise publique a procédé à l'installation d'une *deuxième ligne à moyenne tension de 25 000 volts*, indépendante d'une autre ligne à moyenne tension de 25 000 volts déjà existante. Dans le cas d'une panne électrique prolongée, nous pouvons dorénavant et à notre guise choisir chez nous, à l'intérieur de l'hôpital, l'une ou l'autre de ces deux lignes d'entrée. Cette facilité constitue une sécurité accrue pour notre hôpital et ses patients en situation de désastre externe. Initialement, Hydro-Québec devait nous facturer des frais d'installations considérables pour l'installation de cette deuxième ligne d'entrée. Au terme de plusieurs rencontres avec la direction régionale d'Hydro-Québec, cette entreprise a finalement décidé de procéder gracieusement à cette installation. 1991

En juin 1991, le Conseil d'administration a autorisé notre projet intitulé « *Projet d'augmentation du nombre de lits de soins de courte durée au Centre hospitalier Pierre-Boucher* ». En décembre 1991, le CRSSS de la Montérégie a priorisé ce projet sur le plan régional. Le *sous-ministre adjoint au recouvrement de la santé* du ministère nous a confirmé son accord sur les orientations paraissant à l'intérieur de ce document. Il nous a demandé de lui déposer notre *programme fonctionnel et technique* pour lui permettre de mieux comprendre l'envergure et la portée de nos besoins. Seule notre conviction profonde, que ce dossier prioritaire peut correspondre aux besoins connus de la population de notre région, nous a disposé à investir, en équipe, beaucoup d'énergie dans la préparation de ce dossier. 1991

Nous avons activement participé, avec un groupe de chirurgiens, au développement de la *chirurgie laparoscopique*. Il s'agit d'une technique chirurgicale minimalement invasive, contrairement à la chirurgie à ventre ouvert. Ainsi, les douleurs postopératoires, la durée de l'hospitalisation de même que l'incapacité postopératoire peuvent maintenant être grandement réduites. Dans la région de la Montérégie, nous avons été le premier hôpital à démarrer cette activité clinique. Nous offrons maintenant ce service clinique en chirurgie générale et en chirurgie gynécologique. 1991

Le Conseil d'administration s'est inquiété de l'*augmentation du nombre d'accouchements*, et ce, au cours de l'exercice financier 1991-1992. À la suite de l'expression de cette inquiétude, le directeur général a rencontré individuellement et collectivement les représentants du *Département de périnatalité* pour les encourager à nouveau à respecter des *quotas d'inscriptions en obstétrique*. Des mesures ont été instaurées pour qu'environ 2 700 accouchements soient pratiqués en 1991-1992. En l'absence de telles mesures, nous aurions été contraints de développer par défaut la natalité au détriment d'autres activités cliniques. Le montant de notre budget de fonctionnement, déterminé par le ministère, est fixe. Avec un *budget fixe*, nous devons assurer un équilibre dans la distribution de l'ensemble de nos services cliniques aux patients. 1991

Nous avons redéfini notre *mission d'enseignement* et amélioré nos approches auprès des stagiaires et des résidents en médecine en provenance de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke. Avec la collaboration du *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens*, nous avons procédé à la nomination d'un médecin *coordonnateur à l'enseignement médical*. La gestion de cette activité hospitalière s'est améliorée. Nous avons aussi formalisé nos liens avec ces deux universités. Au niveau des stages en spécialité médicale, nous recevons actuellement des stagiaires en obstétrique, en gériatrie, et en radiologie. 1991

J'ai pris les dispositions pour faire baisser notre taux de cotisation 1992 à la *Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)*. La diminution radicale du nombre de nos accidents de travail et de nos maladies professionnelles nous a permis d'améliorer notre performance financière de 200 %. Notre cotisation à la CSST fut réduite d'une somme de 700 000,00 \$ au cours de l'exercice financier 1991-1992. 1991

Conformément à sa mission, notre hôpital dispense des soins et des services à des personnes. Les pathologies que l'on y traite sont parfois complexes. Les décisions cliniques qui en découlent sont souvent difficiles à prendre. Nos cliniciens se trouvent parfois en présence de conflits de droit et de valeurs. Nous avons proposé au CMDP d'abolir le *Comité d'éthique médical* et de le remplacer par le *Comité de bioéthique*. Ce nouveau comité est investi d'un pouvoir de consultation auprès des médecins et du personnel de notre hôpital. Il peut être mis à contribution par notre clientèle et par leurs proches. Il détient un pouvoir de consultation lors de l'élaboration de politiques institutionnelles soulevant des enjeux éthiques. Ce comité est désormais placé sous le directeur général et non plus sous le comité exécutif du CMDP. Cette réorganisation correspond davantage aux besoins actuels de notre hôpital. Le Conseil d'administration a approuvé la recommandation conjointe du CMDP et du directeur général sur cette question. 1991

Nous avons mis sur pied un *Programme d'appréciation de la performance des cadres*. Il vise à améliorer leur efficacité et leur efficacité. Il devrait contribuer au meilleur fonctionnement et au meilleur développement de notre hôpital. Nous avons conçu un programme d'appréciation qui tient compte, dans son approche, de la philosophie de gestion de notre corporation hospitalière et de notre désir de ne pas utiliser une formule préétablie. Nous avons été contraint à le construire de toutes pièces, à la suite de la promulgation d'une exigence réglementaire du gouvernement du Québec. Nous ne comprenons toujours pas la pertinence d'obliger un hôpital à implanter ce genre d'outil. Il s'agit là, nous le croyons, d'un acte interventionniste mal venu. 1992

Profitant de l'installation de plusieurs nouveaux postes de travail informatique dans le cadre du projet SIDOCI, nous en avons profité pour intégrer entre eux tous les réseaux informatiques de tout l'hôpital. Tout poste de travail peut maintenant communiquer avec tout autre poste de travail, et ce, indépendamment de la technologie de sa plate-forme informatique et du type de système d'exploitation utilisé. Nous avons réussi à obtenir de Bell Canada une subvention importante relative à l'édification de ce projet pilote. Bell Canada nous a également assistés à la mise en place de dispositifs permettant l'échange d'information entre nos différents systèmes informatiques. L'implantation de notre *réseau informatique intégré* est une première au Québec. Le coût de cette réalisation fut d'environ 20 000,00 \$. Le solde fut financé par des subventions des gouvernements du Canada et du Québec. 1992

En avril 1992, pour la première fois de son histoire et en collaboration avec Bell Canada, notre hôpital a participé au montage d'un *kiosque d'exposition* à l'occasion du *congrès-exposition annuel de l'Association des hôpitaux du Québec*. Notre kiosque a remporté le *prix du meilleur kiosque* de ce congrès. Ce kiosque avait pour finalité d'illustrer cette réalisation unique dans le réseau de la santé : celle de la *cohabitation des technologies d'un réseau informatique hospitalier*. Notre kiosque a suscité beaucoup d'intérêt. Nous avons remporté le prix du meilleur kiosque pour plusieurs raisons, mais entre autres puisqu'il fut réalisé grâce à une participation d'une entreprise du *secteur privé* et d'une autre du *secteur parapublic*. Le coût du montage de ce kiosque d'exposition fut entièrement financé par Bell Canada. 1992

Nous avons rédigé un *programme fonctionnel et technique* nous permettant de franchir une autre étape aux fins de satisfaire l'orientation du Conseil d'administration en matière d'*augmentation du nombre de lits de soins de courte durée* au CHPB. Ce document, contenant 1 189 pages, a pour objet de présenter l'envergure et la portée des *besoins fonctionnels, opérationnels et techniques* prévus à l'intérieur de ce projet d'agrandissement. La rédaction de ce programme a été réalisée sans faire appel à une firme de professionnelle. Cette approche nous a permis de réaliser une économie de 120 000 \$. Le MSSS et le CRSSS nous ont assistés tout au cours de nos réflexions et de nos travaux. 1992

Avec le soutien financier de la compagnie GE COMMUNICATION et la collaboration de personnes bénévoles du *Club Radioamateur de la Rive-Sud de Montréal*, nous avons implanté dans les installations du *Service des biens meubles et immeubles* un *réémetteur automatique radioamateur* à grande couverture, muni de possibilités d'établir des liens avec d'autres répétitrices d'autres régions, à l'intérieur comme à l'extérieur du Québec. Cette installation, en situation réelle ou simulée de désastre, nous permet d'établir par voie hertzienne des communications rapides et fiables dans le cadre de protocoles de communications reconnues. 1992

Nous avons procédé à une réorganisation complète du *secteur génie biomédical* de la Direction des services techniques. Cette direction assume dorénavant mieux ses responsabilités en regard des systèmes biologiques et des appareils servant au diagnostic et au traitement des patients. 1992

Depuis l'année 1982, la Présidente du CMDP et tous les chefs de départements cliniques étaient rémunérés pour assumer leurs *fonctions médico-administratives*. Cette pratique était opportune, mais générait annuellement une dépense de 110 000,00 \$. Nos ressources financières ne nous permettaient plus de perpétuer cette pratique. Nous avons proposé au Conseil d'administration d'y mettre fin en accompagnant cette décision d'une mesure transitoire pour l'exercice financier 1992-1993. Nous avons alors autorisé ces médecins à acquérir de façon discrétionnaire, au cours de ce seul exercice financier, des équipements de toute nature pour une somme n'excédant pas 110 000,00 \$. La transition entre ces deux régimes fut harmonieuse. À partir de 1993-1994, nous avons cessé toute forme de rémunération directe ou indirecte pour les activités dites médico-administratives. 1992

Nous avons augmenté de 25 % le nombre de *chaînes de télévision récréatives*, mises à la disposition des patients par la compagnie *Hopitel*. Pour ce faire, nous avons utilisé au maximum tout le potentiel de notre système d'antennes de télévision situées sur le toit de l'hôpital. Nous offrons également, depuis le mois de mai 1992, deux chaînes de télévision gratuites à tous nos patients, soit une chaîne d'enseignement clinique et une chaîne d'information. Ces trois développements successifs sont une autre façon d'accroître *l'humanisation de nos services* auprès de nos patients. Une chaîne dédiée à la formation du personnel sera développée d'ici peu. 1992

Implantation, à l'intérieur des installations du *Service des soins de natalité*, d'un laboratoire d'expérimentation dans le cadre du développement de notre projet SIDOCI. Cet outil est accessible en tout temps aux futurs utilisateurs de SIDOCI, quel que soit l'endroit où ils travaillent à l'hôpital. 1992

Nous avons de la difficulté, pour cause, à contenir nos *quotas d'inscription en obstétrique*. Profitant d'une opportunité, nous avons réussi à obtenir du MSSS un budget de développement d'une somme de 450 000,00 \$. Nous pouvons maintenant pratiquer un nombre de 3 000 accouchements par année. 1992

Depuis longtemps, nous offrons à nos employés un *programme d'apprentissage en réanimation cardiorespiratoire*. L'intérêt pour ce programme a connu une baisse marquée au cours des ans. Je me suis personnellement impliqué pour stimuler l'intérêt de nos employés à cette activité, et ce, en valorisant dans une présentation à la cafétéria un acte de civisme posé avec succès, en dehors des heures d'ouvrage, par deux de nos employés ayant utilisé cette technique de réanimation auprès d'une jeune fille de quatre ans, victime d'un accident de la route à proximité de l'hôpital. La participation de nos employés, sur une base volontaire à ce programme d'apprentissage, s'est par la suite accrue considérablement. 1992

Nous avons décidé de souligner le *10^e anniversaire de l'hôpital* dans le but avoué d'accroître le sentiment de fierté et d'appartenance de nos 1 645 employés, de nos 203 médecins et de nos 76 bénévoles à l'égard de leur hôpital. Toutes les activités que nous avons autorisées, dans cette circonstance, ont connu un grand succès. Nous avons publié un album-souvenir à la fin de cette période d'anniversaire. Nous avons toujours cru que l'existence d'un climat organisationnel sain est susceptible d'accroître l'humanisation des soins auprès de nos patients. 1992

Au cours des dernières années, nous avons accru considérablement le nombre de nos postes de travail informatique. Il en fut de même et, dans la même proportion, quant au nombre de nos plates-formes. Nos deux ordinateurs centraux, deux *Hewlett Packard*, ne suffisaient plus à la tâche. Leurs temps-réponse diminuaient sans cesse. La productivité de notre hôpital était mise en péril. Nous étions interpellé partout où nous passions dans l'hôpital. Notre *Direction de la gestion des systèmes d'information* nous a proposé plusieurs scénarios pour régler ce problème. Nous n'avons eu recours à aucune firme externe. Nous avons enfin disposé d'une recommandation astucieuse qui nous a permis de rehausser rapidement et de façon spectaculaire la performance et la fiabilité de notre système d'information et cela pour une somme de 300 000, 00 \$. 1992

Dans le but d'accroître l'accessibilité de la population de notre région à des soins cardiologiques de niveau tertiaire, nous avons conclu une *entente de services* avec *l'Institut de cardiologie* en matière de médecine et de chirurgie cardiovasculaire. Des mécanismes de coordination et de couverture médicale y sont prévus. Nous avons prévu de nouveaux mécanismes de transferts réciproques de nos patients. Nous avons enfin obtenu du ministère une augmentation à la hausse du budget de fonctionnement de notre Service d'hémodynamie. 1992

Dans le cadre des festivités du *10^e anniversaire de l'hôpital*, nous avons finalement réussi à créer un état d'esprit plus positif, à l'interne, à l'égard de la *Fondation du Centre hospitalier Pierre-Boucher*. Nous avons activement participé au recrutement des deux coprésidents d'une campagne de souscription, campagne qui s'adressait uniquement aux personnes en fonction dans l'hôpital. La fondation a recueilli un montant de 432 000,00 \$, échelonné sur 5 ans. 1992

En juin 1992, nous avons officiellement déposé au ministère notre *programme fonctionnel et technique* en prévision de la réalisation du *projet d'augmentation de lits de soins de courte durée* au CHPB. Nous nous sommes personnellement assurés du cheminement de ce dossier à l'intérieur de l'appareil gouvernemental. Le 25 février 1993, nous recevons une confirmation écrite du *sous-ministre responsable de la direction générale de la coordination régionale*, par laquelle il était indiqué que notre projet visant à ajouter *153 nouveaux lits* avait été accepté par cette direction et que ce projet constituait une priorité pour son ministère. Seul notre hôpital a réussi, dans la région de la Montérégie, à obtenir ce genre d'approbation au cours de l'exercice financier 1992-1993. Espérons que la population régionale puisse bientôt bénéficier de nos efforts dans ce domaine. 1993

Au mois d'août 1991, nous avons démontré au MSSS que l'application des nouvelles *conventions collectives de travail* que son gouvernement venait tout juste de négocier était porteuse de *coûts cachés significatifs*. En mars 1993, le ministère nous a reconnu un sous-financement estimé à 147 655,00 \$. Notre budget de fonctionnement fut ajusté à la hausse et d'une façon récurrente, à compter de l'exercice financier 1992-1993. 1993

Le gouvernement du Québec a promulgué de nouvelles *normes en matière d'élimination des déchets biomédicaux*. Nous avons ainsi décidé d'acquérir un *stérilisateur géant* pour nous permettre de stériliser nous-mêmes certains déchets biomédicaux, plutôt que de confier l'exécution de ces tâches à une entreprise privée. Nous avons aussi autorisé que des cliniques privées puissent procéder, à notre hôpital, à la stérilisation de leurs déchets biomédicaux. Depuis la fin du mois de mai 1993, les déchets biomédicaux de notre hôpital et ceux de certaines entreprises privées sont d'abord stérilisés par notre stérilisateur géant avant d'être pris en charge par un transporteur de déchet domestique qui les transporte à un site d'enfouissement sanitaire. Nous avons acquis et installé ce stérilisateur géant au coût de 200 000,00 \$. Cette installation s'autofinance. Quant aux déchets organiques, ils continuent à être traités par la compagnie Decom. 1993

Au terme de l'exercice financier 1992-1993, nous avons confirmé au Conseil d'administration que nous avons réalisé l'implantation de chacune des priorités corporatives annuelles décidées par cette instance. 1993

Dans le cadre de nos actuelles ententes contractuelles avec Bell Canada, nous avons convenu d'un nouveau mode de tarification ainsi que d'une mise à niveau de notre système téléphonique. Cette entente nous a de plus permis de moderniser tous nos appareils téléphoniques et d'y implanter, à l'automne de 1993, notre premier système de messagerie vocale. En conséquence, nous avons accédé à une technologie complètement numérique. Nous avons aussi accéléré le traitement des communications, augmenté la fiabilité du système téléphonique, multiplié par trois le nombre simultanément de conversations téléphoniques par usager, multiplié par sept le nombre d'appels à l'heure, multiplié par deux le nombre de liaisons multiplex et optimisé l'administration du système. Ce projet s'autofinancera sur huit ans. Au terme de ces huit ans, des économies annuelles substantielles devraient être réalisées. 1993

Le 22 mars 1993, le groupe tactique d'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux publia un document intitulé : *État de situation sur les urgences au Québec*. Ce rapport public indique que depuis 1990, année de la création de ce groupe tactique, le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* figure parmi les dix hôpitaux du Québec qui se sont le plus améliorés au niveau de la performance de son *Service des soins d'urgence*. En effet, le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* est arrivé au huitième rang. Cette réalisation est le résultat d'efforts concertés et soutenus de plusieurs médecins et employés de notre hôpital. 1993

Au printemps et à l'été 1993, le nombre de patients déclarés chroniques à l'hôpital était de deux fois plus bas que celui qui prévalait à l'été de 1987. Pour ce faire, nous avons dû travailler en réseau avec d'autres établissements de santé et de services sociaux de notre territoire, et ce, avec la collaboration de notre Régie régionale. Notre mission de soins de courte durée est maintenant mieux assumée. 1993

Au terme de l'exercice financier 1992-1993, nous avons atteint l'équilibre budgétaire. Pour une onzième année consécutive, nous avons réussi, en équipe, à atteindre un tel résultat. Nous ne connaissons pas un établissement public au Québec, toutes catégories confondues, qui a réalisé, année après année ainsi que successivement et consécutivement, ce genre d'exploit depuis le début de sa mise en service. 1993

La démarche budgétaire 1993-1994, parachevée en juin 1993, nous a permis de présenter au Conseil d'administration un budget équilibré et porteur d'une petite marge de manoeuvre. Ce résultat est le fruit d'une démarche de mobilisation d'envergure auprès des gestionnaires médicaux et administratifs de notre hôpital. Sans réduire la qualité des soins et des services offerts à nos patients, nous avons identifié des mesures de compressions budgétaires de l'ordre de 1 100 000,00 \$. Cette manoeuvre s'est enfin réalisée dans l'harmonie et à l'intérieur d'un climat organisationnel satisfaisant. 1993

Le 15 juillet 1993, une grande première s'est produite au Québec lorsque notre *Département de pharmacie* a mis en opération le système ATC-212, système développé par la compagnie Baxter. Il s'agit d'un automate de dispensation nominative de formes orales sèches de médicaments. Un ordinateur gère le fonctionnement de l'automate et il permet de saisir directement toutes les prescriptions de nos patients, puisque ce sous-système est en interface avec le système informatique de notre hôpital. La réalisation de ce dossier est le résultat d'une opération réussie de coordination entre trois directions, soit la Direction des services professionnels, la Direction de la gestion financière, et la Direction de la gestion des systèmes d'information. Le coût de cet équipement sera entièrement autofinancé. 1993

Novembre 1993 à avril 1995

La direction générale a priorisé le dossier de l'informatisation des activités opérationnelles du *Service des soins d'urgence*. Jusqu'à maintenant, toutes les transactions et toutes les données de ce service étaient comptabilisées manuellement. Nous désirions parfaire la gestion de notre *Service des soins d'urgence* et améliorer l'exactitude de nos données que nous devons partager avec d'autres organismes. Dans le respect des besoins des utilisateurs, nous avons conçu de toutes pièces un « logiciel d'application maison ». Les activités opérationnelles de notre *Service des soins d'urgence* sont maintenant exactes et saisies adéquatement. Elles sont utilisées par des médecins et par des employés de plusieurs secteurs de l'hôpital dans l'exercice de leurs responsabilités respectives. L'implantation de ce nouvel outil est une réussite absolue à tous les niveaux de l'hôpital. Cette réalisation a suscité beaucoup d'intérêt dans notre réseau. 1993

La Loi 120, modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, est d'une *complexité effarante*. Elle contient 622 articles, soit, 297 % de plus d'articles que la dernière version de cette loi. Elle est reconnue comme une loi difficile d'interprétation et difficile d'utilisation. Elle fut promulguée en contexte de déréglementation. Elle alourdira notre gestion quotidienne et gonflera les coûts de la bureaucratisation. La *bureaucrato-technocratie*² a été le fil conducteur qui a inconsciemment guidé les auteurs occultes de cette loi. Nous avons assuré le Conseil d'administration que nous avons pris les dispositions requises pour qu'elle soit appliquée dans toute sa plénitude. 1993

Le Comité exécutif du Conseil d'administration nous a autorisé à conclure une entente avec la *Coopérative des techniciens-ambulanciers de la Montérégie* (CÉTAM) et la *Fondation Cardio-Montérégienne* afin de nous autoriser à financer l'acquisition, par la CÉTAM, de 53 *moniteurs défibrillateurs semi-automatiques*. Ce financement de notre hôpital permettra à la CÉTAM d'équiper immédiatement toutes ses ambulances de ce type d'appareil. C'est un projet-pilote. La *Fondation Cardio-Montérégienne* remboursera notre hôpital pour l'avance de fonds que nous avons accordée à la CÉTAM. La Régie régionale de la Montérégie nous a complimenté pour cette initiative. Pour ma part, je considérais que cette initiative était en harmonie avec la réforme des soins préhospitaliers d'urgence qui s'amorce au Québec ainsi qu'avec notre mission régionale en cardiologie. Le territoire couvert par la CÉTAM est le seul au Québec à l'intérieur duquel chaque ambulance est pourvue d'un moniteur défibrillateur semi-automatique. Cet équipement, dès sa mise en service, a sauvé d'une mort certaine un résident de la ville de Saint-Bruno-de-Montarville, un chirurgien-dentiste. Cet événement a connu une couverture médiatique importante. 1993

² Il s'agit d'un mot combiné créé par l'auteur de ce recueil. Il évoque les deux mots qu'il contient.

La Fondation du CHPB a mandaté le Groupe Léger & Léger, une firme de sondage, dans le but de connaître le *taux de satisfaction des personnes* ayant été hospitalisées chez nous. Le résultat de cette recherche est concluant : les expériences vécues par les patients, à notre hôpital, sont presque toutes positives. De plus, notre clientèle est très satisfaite des soins et des services reçus. Les attitudes et les comportements de nos ressources humaines y sont à maintes reprises soulignés. 1993

Une étude menée par un groupe de chercheurs de l'*Institute for Social Research* de l'Université York de Toronto, auprès de 28 hôpitaux universitaires et de 29 hôpitaux non universitaires, dont le Centre hospitalier Pierre-Boucher, confirme également de façon manifeste les résultats paraissant au paragraphe précédent. 1993

Nous avons proposé au Conseil d'administration de revoir notre *philosophie de gestion des ressources humaines* et de l'ajuster en fonction de l'expérience acquise de notre hôpital dans ce domaine. Ce document est un outil qui nous rappelle que la motivation et la valorisation de nos employés sont importantes à nos yeux. Les bénéficiaires de la qualité de notre actuel climat organisationnel, qui singularise notre hôpital, sont en définitive nos patientes et nos patients que nous avons la responsabilité de desservir adéquatement. 1993

Mon engagement, à titre de *responsable de formation professionnelle* au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a été reconduit du 1er juin 1993 au 31 mai 1996. 1993

En janvier 1994, le CHPB a remporté le *prix d'excellence en GESTION DES RESSOURCES HUMAINES de la Régie régionale de la Montérégie*. Pour la première fois, la Régie a décerné un tel prix à un des 682 organismes de santé ou de services sociaux de notre région. Ce prix nous fut octroyé pour souligner notre constante préoccupation au chapitre de la motivation et de la valorisation de nos ressources humaines, ainsi qu'au chapitre de la *qualité du climat organisationnel* de notre hôpital. Cette réalisation exigea beaucoup de détermination, d'insistance et de présence. Avec le temps, nous avons réussi à développer, au sein de notre hôpital, des attitudes et des comportements ajustés à la *philosophie de gestion de l'hôpital* telle que promulguée par le Conseil d'administration. Nous estimons que cette réalisation contribue, de façon manifeste, à accroître l'humanisation des soins auprès de personnes malades et blessées ainsi que des parturientes qui utilisent nos ressources. 1994

Depuis 1986, l'occurrence de plusieurs sinistres internes et externes m'a suggéré d'implanter, dans une pièce rattachée à la direction générale, un centre de *coordination des mesures d'urgence*. Ce centre est pourvu d'un *cabinet des mesures d'urgence*. Il est un lieu de rassemblement en situation de sinistre et l'on peut l'occuper en tout temps. À ce lieu, on y retrouve les répertoires, les bottins, les cartes géographiques, les fournitures, les prises de raccordement téléphonique et de raccordement informatique ainsi que plusieurs autres commodités requises en situation d'urgence. Dans des situations régulières, cette pièce est utilisée à d'autres fins. 1994

En novembre 1993, j'ai proposé au Conseil d'administration de prolonger notre participation au *projet SIDOCI*, et ce, à la condition toutefois que notre implication financière à ce projet « *s'effectue désormais dans la mesure des subventions et des contributions que nous pourrions obtenir d'organismes* ». Au mois de mars 1994, tous les partenaires publics et privés associés à ce projet ont accepté de composer avec cette décision. Le MSSS nous verse maintenant une subvention annuelle de 200 000,00 \$. ¹⁹⁹⁴

Le 25 mars 1994, la présidente du Conseil d'administration et moi-même rencontrons la ministre Lucienne Robillard dans le but de lui présenter notre hôpital. Dans le cadre du dépôt à ce ministère de notre projet d'agrandissement, cette présentation nous apparaissait opportune. Monsieur Maurice Boisvert, sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux, était également présent à cette rencontre. Il n'est pas dans mes coutumes d'annexer de documents à mes *Bilans de réalisation*. La présidente du Conseil d'administration m'a toutefois suggéré d'agir ainsi pour cette réalisation. Nous proposons aux membres du Comité d'évaluation du directeur général d'en prendre connaissance ³. ¹⁹⁹⁴

Le 31 mars 1994, nous avons pris acte que nous avons dépassé de plus de 31 % les objectifs de redressement que nous avait fixé le ministère de la Santé et des Services sociaux au niveau du fonctionnement de notre *Service des soins d'urgence*. Ces objectifs paraissaient dans une lettre que le ministre Marc-Yvan Côté fit parvenir à la présidente du Conseil d'administration. Cette réalisation nous a permis que soient abolies toutes les *mesures punitives pendantes* que des fonctionnaires nous avaient menacés d'appliquer pour le prochain exercice financier. Ces mesures punitives prévoyaient une diminution de notre budget de fonctionnement de 1 %. Nous n'avons pu encore trouver une seule solution satisfaisante pour les durées de séjour de plus de *48 heures sur civière* pour des patients de psychiatrie. ¹⁹⁹⁴

En avril 1994, nous avons publiquement mis en évidence à la cafétéria la contribution remarquable et remarquée de nos 92 bénévoles à la réalisation de la mission de notre hôpital. Nous avons également confirmé qu'à l'avenir nous allons considérer que les bénévoles font partie intégrante de nos ressources humaines. Dans le futur, nous ferons mention *des « médecins, des employés et des bénévoles »* du CHPB. Avec les années, il s'est développé une grande complicité entre nos bénévoles, notre personnel de soutien et notre personnel soignant. Plusieurs ont profité de la tenue de cette cérémonie pour leur témoigner leur reconnaissance. Les deux coresponsables du Service des bénévoles ont profité de cette cérémonie pour honorer certains d'entre eux pour leur contribution exceptionnelle. ¹⁹⁹⁴

³ Ce document fait partie d'une annexe au présent recueil

Au terme de l'exercice financier 1993-1994, nous avons confirmé au Conseil d'administration que nous avons réussi à réaliser la plénitude des *priorités corporatives* que le Conseil avait décidé de promulguer en début d'année. Nous estimions qu'il s'agit là d'un exemple d'un travail d'équipe bien réussi. Nous rendons hommage à notre *environnement immédiat*. 1994

Toujours au terme du même exercice financier, nous avons à nouveau confirmé au Conseil d'administration que, pour une douzième année consécutive, nous avons réussi à *préserver l'équilibre budgétaire*. Il s'agit là d'un exploit manifeste et sans précédent pour un hôpital public de soins de courte durée au Québec. À elle seule, cette réalisation est hautement éloquente et est porteuse de plusieurs significations. 1994

À l'occasion de l'opération *plan de compressions budgétaires 1994-1995*, la Régie régionale de la Montérégie nous a confirmé que notre hôpital a le plus bas *coût par hospitalisation* parmi tous les hôpitaux de notre région. Dans l'établissement de ce coût, la Régie régionale a pris en considération le niveau d'intensité des ressources utilisées par diagnostic médical. À notre hôpital, ce coût par hospitalisation s'élève à 2 840,00 \$. La méthode pour établir ce coût tient compte des dépenses de notre *Buanderie communautaire*; mais ces dépenses auraient dû être exclues dans l'établissement de ce coût. Dans la région de la Montérégie, nous sommes le seul hôpital à avoir un *coût par hospitalisation* inférieur à 3 000,00 \$ par hospitalisation. 1994

Depuis le mois de février 1994, le ministère tient compte, dans sa *méthode de détermination du volume de compressions budgétaires par hôpital*, de deux nouveaux paramètres :

1. l'équité interrégionale et intrarégionale;
2. la performance financière de l'hôpital.

Depuis plusieurs années je réclame, partout et à grand renfort de trémos dans la voix, qu'il faille de toute nécessité tenir compte de ces deux paramètres. Cette nouvelle méthode eut comme conséquence de diminuer de moitié la somme des compressions budgétaires pour l'exercice financier 1994-1995. Elle est fixée à 652 000,00 \$, et non plus à 1 333 000,00 \$. Au cours de la dernière réunion des membres de notre *Assemblée des gestionnaires*, je leur ai dit :

« tout cela, ce n'est pas la mer à boire, mais elle se boit quand même ». 1994

Les 8 et 9 juin 1994, au CHPB, se tenait le *Salon des ressources humaines 1994*. Une telle activité avait pour but d'accroître le sentiment d'appartenance et de fierté de l'ensemble de nos ressources humaines : les employés, les médecins et les bénévoles. L'orientation de cette activité a été décidée par la direction générale, mais ses modalités ont été établies, de façon autonome, par le *Comité des journées des ressources humaines*. Cette activité, qui s'est complètement autofinancée, va dans le sens de notre philosophie en matière de gestion des ressources humaines. Cette activité de mobilisation et de motivation a connu un grand succès auprès de nos ressources humaines et fut inspirante pour d'autres établissements de notre réseau régional. 1994

Nous avons décidé de partager la responsabilité des fonctions de la *Direction des services techniques*, et ce, au niveau de toutes les autres directions de notre hôpital. Entre autres, nous avons procédé à la création de ces deux directions : 1) la *Direction des soins infirmiers et des services d'hôtellerie*; 2) la *Direction des ressources financières, matérielles et immobilières*. Par cette décision, nous avons voulu que toutes les directions de notre hôpital donnent l'exemple en accroissant leur fardeau de tâche, et ce, en contexte des actuelles compressions budgétaires et en contexte de la promulgation de la *Loi sur la réduction du personnel dans les organismes publics et l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics* (Loi 198). Toutes les directions de notre hôpital ont été visées et concernées par cette manoeuvre. Il s'en est suivi l'abolition de la *Direction des services techniques*. 1994

Au cours de ce mandat, le *dossier de la chirurgie* fut pour nous une constante préoccupation. Au mois de mai 1994, nous avons toutefois réussi à développer sensiblement d'autres activités cliniques en chirurgie, principalement en *chirurgie générale*. Nous évoluions à ce moment-là à l'intérieur d'un difficile contexte de compressions budgétaires. Un cinquième chirurgien en chirurgie générale fut ajouté à notre équipe. Cette réorganisation s'est effectuée par une *approche de substitution de ressources*. 1994

Nous avons procédé à une révision complète de notre *plan d'urgence en situation de désastre*. Nous l'avons rendu conforme aux nouvelles normes régissant ce secteur d'activités. Nous avons révisé les *huit chapitres* de ce plan, de même que l'ensemble des processus qu'il contient. Nous avons aussi évalué la performance et la fiabilité d'équipements à utiliser en situation d'urgence. Plusieurs déficiences mécaniques ont été détectées et corrigées sur les composantes de notre panneau de sécurité-incendie. Elles étaient nombreuses, voire même trop nombreuses. Un suivi périodique a été implanté. La périodicité et la nature des entretiens préventifs et correctifs de chacun de ces équipements sont maintenant nettement précisées. 1994

La démarche budgétaire 1994-1995 fut pénible et laborieuse à réaliser. Elle s'est échelonnée sur une période de cinq mois. Au mois de juin 1994, nous avons enfin réussi à déposer en équipe au Conseil d'administration un *budget équilibré*, conformément à ce que souhaitait le Conseil d'administration. 1994

J'ai accepté le mandat de la Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie et de la Régie régionale de la Montérégie de voir à ce que soient installées en permanence les infrastructures requises pour permettre à des radioamateurs d'assurer bénévolement, avec leurs équipements, *les communications d'urgence de ces hôpitaux* en situation de désastre. Nous avons également déployé, selon cette finalité, ce genre d'installation au niveau d'autres services publics de notre région. Cette réalisation a été financée en totalité par la Régie régionale et par des contributions financières privées. Le ministère des Communications du gouvernement du Canada a délivré à notre hôpital une licence radioamateur et nous a attribué *l'indicatif d'appel* VE2 HPB. Les opérateurs radio sont tenus d'utiliser cet indicatif d'appel lorsqu'ils utilisent nos équipements de radioamateur à l'intérieur de notre hôpital. 1994

Nous avons promulgué un nouveau plan en matière de *gestion des déchets biomédicaux*. Nos pratiques sont maintenant en harmonie avec la *Loi sur la qualité de l'environnement* et conforme aux *Règlements sur les déchets biomédicaux*. Ce plan détaillé régit les différents aspects de notre gestion des déchets biomédicaux, et ce, en regard de leur production, de leur entreposage, de leur transport et de leur disposition. 1994

Nous avons installé dans le solarium du *Service de soins du 8e nord* une station radioamateur bi-bande que nous avons rangée à l'intérieur d'un cabinet de mesures d'urgence additionnel, mais complémentaire au cabinet principal adjacent au bureau du directeur général. Cette station radioamateur est raccordée en permanence à une antenne extérieure et est entretenu par des radioamateurs bénévoles. L'indicatif d'appel de cette station radioamateur est VE2 HPB. Ce site deviendrait le *Centre régional des communications d'urgence en situation de désastre*. Cette installation est accessible en tout temps. Cette station radioamateur a été financée par la Régie régionale. Dans des situations régulières, ce site est à l'usage discrétionnaire des responsables de ce service de soins. La régie régionale de la Montérégie s'est également munie d'une station radioamateur bi-bande semblable à la nôtre. 1994

Le Conseil d'administration a demandé au directeur général de mettre au point et de concrétiser un *plan de communication* et un *plan d'action de mobilisation* dans le but que notre *projet d'augmentation de lits de soins de courte durée* puisse être approuvé par le Conseil du trésor du gouvernement du Québec. Nous sommes en période électorale. 1994

Nous occupons actuellement le poste électif de président de la *Conférence régionale des Hôpitaux de la Montérégie*, deuxième région en importance au Québec. 1994

Nous avons pris les dispositions appropriées pour faire en sorte que notre hôpital puisse s'ajuster et puisse composer avec les orientations technologiques du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de *gestion des systèmes d'information*. Il s'agit d'un nouveau type d'orientation relativement astreignante. 1994

Au terme de l'exercice financier 1994-1995, nous avons pris acte que, pour une treizième année consécutive, nous terminions en *équilibre budgétaire*, et ce, malgré un contexte budgétaire difficile et toujours ponctué de nouvelles compressions budgétaires. Le fardeau de l'équilibre budgétaire nous apparaît fort difficile à porter. 1995

Au terme de cet exercice financier, nous avons confirmé au Conseil d'administration que nous avons réussi à implanter et à réaliser la plénitude des *priorités corporatives* qui avaient été approuvées au début de cet exercice financier. 1995

Mai 1995 à novembre 1996

Dès le début de ce mandat, nous avons proposé une révision complète de notre plan d'organisation administratif. Nous avons aboli la *Direction des ressources humaines* et créé la *Direction des rapports et des communications avec les employés*. Toutes les directions de l'hôpital ont été visées par cette manœuvre d'envergure. Les responsabilités ont été réparties différemment dans notre organisation. Nous sommes conscient qu'un plan d'organisation n'est pas une fin, mais un moyen qui nous permet d'optimiser notre mode de fonctionnement et de mieux atteindre nos objectifs. Le geste que nous avons posé était courageux, mais nous pouvons aujourd'hui en confirmer son bien-fondé. Toutes les instances administratives et syndicales de notre hôpital se sont ralliées à cette réforme administrative et organisationnelle. 1995

En avril 1995, nous avons déposé au Conseil d'administration, à sa demande, un rapport détaillé sur *l'analyse de la performance de notre hôpital*. Nous pouvions ainsi comparer notre performance financière avec celle d'autres hôpitaux faisant partie de notre groupe de comparaison. Les groupes de comparaison ont été déterminés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces rapports, publiés par ce ministère, avaient pour but d'exiger des correctifs nécessaires pour les hôpitaux moins performants. L'analyse de ce rapport nous apprend que notre hôpital est en *économie de ressources* pour une valeur monétaire de 2 700 221,00 \$. Cette autre méthode nous démontre à nouveau que notre hôpital a une *performance financière supérieure* aux autres. 1995

Nous avons déposé une requête au ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Jean Rochon, afin d'obtenir une subvention de 240 000,00 \$ pour que nous puissions remplacer, en urgence, toutes les *consoles de surveillance des patients* au Service des soins intensifs. Ces consoles et leurs accessoires, fabriqués en 1978, présentaient une désuétude technologique manifeste. Leurs alarmes avaient un temps de réaction de 4 secondes. Ce long délai ne nous permettait pas d'enregistrer certaines arythmies. Les tracés d'ECG, apparaissant aux écrans, n'étaient pas reproduits fidèlement en impression. Nos cliniciens avaient de la difficulté à les lire et à les interpréter. La surveillance des données vitales d'un patient, à l'aide de nos vieux moniteurs, n'était plus fiable. Le ministre a accueilli favorablement et rapidement notre requête. 1995

Nous avons soumis un dossier de candidature au *prix Persillier-Lachapelle* dans la catégorie *Personnalisation des soins et des services*. Ce prix d'excellence, nouvellement créé par monsieur Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux, est remis annuellement à un établissement ou à un organisme communautaire de notre réseau. Il nous fut décerné. C'est la plus haute distinction pouvant être décernée par le ministre en cette matière. Ce prix est accompagné d'un chèque d'une somme de 15 000,00 \$. Nous pouvons utiliser cette somme à notre discrétion. C'est avec émotion et fierté que les employés, les médecins et les bénévoles de notre hôpital ont accueilli cette reconnaissance. Notre *façon distinctive* de livrer nos soins et services auprès de nos patients est à nouveau mise en évidence solennellement. 1995

Nous avons proposé au Conseil d'administration de promulguer une *politique visant à contrer le harcèlement dans notre milieu de travail*. L'hôpital s'est également engagé à ne tolérer aucune forme de harcèlement et de discrimination au travail. Nous sommes témoin d'une augmentation de la violence physique et verbale dans notre hôpital, laquelle violence est souvent dirigée contre nos ressources humaines par notre clientèle. Nous avons développé un *plan de communication* destiné à favoriser la diffusion de cette politique auprès de nos employés, de nos médecins et de nos patients. Ce phénomène néfaste nous surprend et nous inquiète. Nous voulons que notre hôpital continue à être un endroit toujours sain et sûr. 1995

Depuis plusieurs années, nous souhaitons mettre sur pied un journal interne dans le but avoué d'accroître le sentiment de fierté et d'appartenance de nos ressources humaines à l'égard de leur hôpital. Une équipe d'employés et de médecins a bénévolement accepté de participer périodiquement à la rédaction et à la publication du journal *L'ÉQUIPE*. Cette publication connaît un grand succès et suscite beaucoup d'intérêt. C'est un outil de communication et de partage d'informations. 1995

En 1995, le *coût relatif à l'absentéisme* était élevé. Il était donc impératif de se pencher collectivement sur cette question. C'est pourquoi nous avons confié à la *Direction des rapports et des communications avec les employés* le mandat de préparer un plan d'action pointu et cohérent dans le but de nous permettre d'inverser cette tendance et de lutter contre l'absentéisme. Cette manœuvre a permis de diminuer nos dépenses pour une somme supérieure à 180 000,00 \$. 1995

Mon engagement, à titre de *responsable de formation professionnelle* au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a été renouvelé du 1er juin 1995 jusqu'au 31 mai 1999. 1995

La visibilité de notre hôpital, au niveau d'instances participatives de l'*Association des hôpitaux du Québec*, a été plus élevée que d'habitude au cours de ce mandat. En septembre 1995, j'ai été réélu *président de la Conférence régionale des Hôpitaux de la Montérégie*. Cette Conférence est l'instance régionale, en Montérégie, de l'*Association des hôpitaux du Québec*. Cette Association est une *association d'employeurs*. 1995

Nous avons monté et déposé un dossier proposant la candidature du *Dr Micheline Fleurant*, présidente du *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP), au *Prix de leadership médical, édition 1995*. Ce prix est décerné annuellement par l'*Association des hôpitaux du Québec*. La candidature du Dr Fleurant a été *retenue en finale* par le jury de sélection, se classant ex aequo avec deux autres candidatures. Sur 17 000 médecins au Québec, seules 3 candidatures admissibles à ce prix se sont mérité un tel honneur. 1995

Dans le cadre de nos orientations, la *Direction des rapports et des communications avec les employés* a mis à l'essai une nouvelle technique appelée la « négociation raisonnée ». C'est une méthode d'avant-garde en matière de résolution des conflits. Elle privilégie le rapport gagnant-gagnant et met l'accent sur les objectifs communs des parties contrairement à la confrontation. Cette technique a nécessité une formation simultanée des parties aux négociations. 1995

Le Conseil d'administration a imposé une mesure disciplinaire à un membre du CMDP. Ce médecin a contesté cette décision du Conseil d'administration devant la *Commission des affaires sociales* qui, à titre de tribunal administratif, a pour fonction d'entendre et de disposer du litige dont elle est saisie. Considérant notre actuelle situation budgétaire, j'ai décidé d'agir à titre de *procureur de notre hôpital* devant cette Commission. Le fait d'assumer ce rôle est peut-être un précédent dans le milieu hospitalier québécois. Cependant, au préalable, nous avons consulté un juge administratif avant d'exécuter cette fonction. Ce dernier m'a incité à agir de la sorte en nous mentionnant, de surcroît, que cette pratique était conforme aux intentions du législateur à l'origine de la création de tribunaux administratifs au Québec. 1995

Démarrage de la *radiologie d'intervention* à l'hôpital, à la suite de l'arrivée d'un nouveau radiologue. Grâce à la collaboration des cardiologues hémodynamiciens, ce radiologue traite ses patients à l'intérieur de notre *Salle d'hémodynamie*. Il travaille en collaboration avec les chirurgiens pour déterminer l'approche qui convient le mieux à nos patients. La radiologie d'intervention est moins invasive que la chirurgie conventionnelle. Les patients n'auraient presque jamais à subir une anesthésie générale lors de ces procédures. Cette pratique médicale introduit une autre forme d'alternative à l'hospitalisation à notre hôpital. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation est une priorité corporative depuis l'an dernier. 1995

Nous avons développé, avec la contribution de la *Direction des ressources financières, matérielles et immobilières*, des outils dans le but de permettre au Conseil d'administration de situer, au moins une fois par année, la *performance de notre hôpital* dans le réseau de la santé au Québec. Le Conseil d'administration désire être périodiquement rassuré sur la *pertinence, l'efficacité et l'efficience* de nos pratiques cliniques et administratives. Ces outils permettent de comparer la performance de notre hôpital, sur différents plans, avec d'autres hôpitaux faisant partie de notre groupe de comparaison. Ce dossier a suscité beaucoup d'intérêt au Conseil d'administration. Ultérieurement, nous tenterons de développer des outils informatiques pour nous permettre de présenter ces résultats sous forme de tableau de bord. 1995

Nous avons pris les dispositions appropriées pour accroître nos revenus de chambres privées et semi-privées. Nous nous sommes collectivement obligés à une gestion plus rigoureuse au chapitre du *suivi de nos mauvaises créances*. Au terme de l'exercice financier 1995-1996, nous avons réussi à améliorer de 23 % notre *taux de perception* de nos revenus de chambres. Ces revenus additionnels nous ont permis de diminuer d'autant le quantum de nos compressions budgétaires. Nous sommes en train de construire une nouvelle culture organisationnelle en cette matière. 1995

En 1996, dans la cadre d'un programme de formation développé par la Régie régionale pour les *cadres supérieurs des établissements de tous les établissements de la Montérégie*, j'ai été choisi pour réaliser une activité de formation auprès de ces personnes. Mes présentations traitaient du thème austère de la *gestion d'un établissement public en contexte des années 1990*. Nous avons été surpris du nombre de participants présents à chacune de nos présentations. Cela nous a rapidement conduit à *colorer le contenant* de nos propos pour nous permettre de contrer l'austérité de leurs contenus. Cette approche inaccoutumée semble avoir été appréciée. 1996

Pour une 14^e année successive et consécutive, notre hôpital a terminé son exercice financier 1995-1996 en *surplus budgétaire*, et ce, malgré qu'il se soit vu imposer une compression budgétaire de 1,7 million au cours du susdit exercice financier. Il s'agit là d'un exploit sans précédent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cela témoigne de l'importance de la complicité qui existe entre le Conseil d'administration, nos ressources humaines et toutes les instances de notre corporation hospitalière. 1996

En juillet 1996, le CHPB fut intégré à l'intérieur du *réseau de la traumatologie* au Québec. Cette décision tient compte de la mission spécifique de l'Hôpital Charles LeMoine en matière de traumatologie. Cette mission lui avait été définie dans le cadre de l'*entente de complémentarité* que nous avons convenu, en 1991, entre cet hôpital et le CRSSS. Cette entente fut approuvée par le ministre. Le résultat de cette longue négociation fut apprécié par les membres du *Département de médecine générale* et par les infirmières de notre *Service des soins d'urgence*. 1996

Au terme de l'exercice financier 1995-1996, nous avons confirmé au Conseil d'administration qu'ensemble, à l'interne du *Centre hospitalier Pierre-Boucher*, nous avons implanté la plénitude des *priorités corporatives annuelles* qui avaient été antérieurement promulguées par le Conseil d'administration. Il s'agit là, pour le directeur général, de la réalisation d'une activité de mobilisation d'envergure. 1996

Avant le début de l'exercice financier 1996-1997, nous avons proposé au Conseil d'administration de nouvelles façons de concevoir la planification annuelle de nos *priorités d'action pour les deux prochaines années*. L'importance du quantum des actuelles compressions budgétaires nous a incité à proposer cette orientation. Nous rappelons aux membres du *Comité d'évaluation du directeur général* que le ministère nous a imposé une compression budgétaire de 3,2 millions pour l'année en cours. Notre réseau connaît présentement de grands bouleversements. Ce nouvel outil de planification nous guide dans notre démarche budgétaire et allège nos activités de planification. 1996

Une *gestion par opportunité* s'implante graduellement dans la gestion de nos activités. Nous sommes en train de la mettre au point. Ce type de gestion est discutable, mais efficace. Elle est moins bureaucratique. 1996

Le développement d'*alternatives à l'hospitalisation* est une priorité corporative depuis deux ans. Nous avons adopté plusieurs mesures pour nous permettre de la réaliser. Ces nouvelles pratiques nous ont permis de réduire les durées des séjours hospitaliers et d'éviter plusieurs hospitalisations. Nous avons déposé au Conseil d'administration un rapport probant sur la pertinence de nos soins. Une *revue périodique de la pertinence* de nos soins est maintenant établie. Nous soulignons la collaboration des médecins à la mise en place de nouvelles pratiques médicales. Le *Comité exécutif du CMDP* et plusieurs de ses comités s'impliquent assidûment, avec ardeur, aux développements d'*alternatives à l'hospitalisation*. Nous sommes les témoins d'une vraisemblable mutation en cours. 1996

Nous avons décidé d'intégrer, à l'intérieur de notre *cafétéria publique*, toutes les activités de production d'un concessionnaire privé qui exploitait un casse-croûte à but lucratif dans une installation autre que celle de notre cafétéria. Ce casse-croûte, situé à proximité de notre cafétéria, était ouvert en tout temps. Le concessionnaire offrait un service convenable. Les objectifs que nous poursuivions étaient les suivants :

- ★ accroître les revenus de commercialisation de l'hôpital;
- ★ financer, avec ces revenus, le réaménagement complet de notre cafétéria;
- ★ créer un espace pour favoriser la détente et l'évacuation du stress;
- ★ offrir une atmosphère chaleureuse, paisible et reposante;
- ★ accroître le sentiment de fierté de nos employés;
- ★ éliminer cette concurrence qui nous indisposait. 1996

Le Conseil d'administration a accepté, sur division, notre proposition en cette matière. Nous avons réalisé ce rapatriement et ce réaménagement avec nos propres ressources. Ce dossier fut l'objet d'une grande fierté au niveau de nos employés, particulièrement au niveau des employés du *Service des biens meubles et immeubles*. Le comité de vérification a été saisi du dossier. Il a conclu que tous les objectifs, à l'origine de ce projet, ont été atteints. Dans le réseau de la santé au Québec, la tendance en cours est de privatiser ce genre de service. Nous avons pris une décision inverse. 1996

Le 3 septembre 1996, nous avons inauguré le *Service de soins du 7e nord* que nous venions de transformer et de réaménager. Ce service de soins a maintenant pour mission de s'occuper de *patients nécessitant des soins d'un jour*, principalement en *médecine de jour*. Le changement de mission de ce service de soins, ouvert aux patients le jour seulement, nous a contraints d'abolir 47 postes d'employés. Nous avons convenu d'ententes appropriées avec quelques-uns de nos 18 syndicats. Nos employés ont été invités à utiliser notre *programme d'aide aux employés*. Cette réalisation vise le développement d'*alternatives à l'hospitalisation*. Nous centraliserons entre autres, sur ce site, la chimiothérapie anticancéreuse. L'augmentation de nouveaux cas de cancer par année nous a suggéré de prévoir des installations mieux adaptées à la condition de ces patients. Toutes nos activités cliniques en *médecine de jour* ont été regroupées sous l'autorité d'un seul chef de service. Les autres activités de médecine et de chirurgie d'un jour sont dispensées au 3ième étage de l'hôpital. 1996

J'ai été nommé président du *Comité d'implantation* d'une *centrale multirégionale de coordination des appels urgents* en Montérégie. Cette entreprise jouera un rôle de coordination pour donner suite aux *appels urgents* en provenance de centres d'appel 911. Ses activités de coordination s'exerceront selon des modalités définies et des protocoles établis. Elle fera partie du système intégré des services préhospitaliers d'urgence. Cette centrale sera considérée comme un organisme faisant partie du secteur parapublic. 1996

Au mois de septembre 1996, la Régie régionale a demandé à notre hôpital de lui communiquer son opinion en matière de *reconfiguration du réseau régional*. À la demande du ministre Jean Rochon, la Régie régionale prépare actuellement son *plan de reconfiguration du réseau régional*. J'ai proposé au Conseil d'administration de recommander l'implantation d'un *réseau intégré de soins et de services sur le territoire desservi par notre hôpital*. J'ai aussi proposé que soit créée une *instance administrative unique* pour administrer et gérer les trois établissements publics du susdit territoire à savoir, le CHPB, le CLSC et le CHSLD. Le Conseil d'administration a accepté cette proposition et a dûment mandaté la présidente du Conseil d'administration et le directeur général pour discuter, avec leurs vis-à-vis et la Régie régionale de la Montérégie, de l'intérêt qu'elle suscite et de sa faisabilité. Les règles de gouvernance de cet éventuel établissement public n'ont pas été précisées pour l'instant par le Conseil d'administration. 1996

Décembre 1996 à décembre 1997

Notre hôpital a été à l'origine de l'implantation, dans la sous-région de Longueuil, de l'*Unité d'évaluation gériatrique multidisciplinaire*. Cette unité a pour mission d'évaluer les personnes âgées en perte d'autonomie, de maximiser leur autonomie fonctionnelle, de les maintenir dans leur milieu de vie naturel et de désengorger notre *Service des soins d'urgence*. La Régie régionale nous a autorisé un budget de développement d'une somme de 165 000,00 \$. Le chef du Département de gériatrie assume la responsabilité médicale de cette activité clinique. Cette réalisation est en harmonie avec une orientation stratégique du Conseil d'administration en matière d'alternatives à l'hospitalisation. 1996

Nous avons obtenu de l'entreprise Vidéotron qu'elle nous offre gratuitement du temps d'antenne, sur sa chaîne régionale, pour nous permettre d'informer la population de la région sur le mode de fonctionnement de notre hôpital ainsi que sur les transformations en cours dans le réseau. Nous diffusons en direct une émission hebdomadaire, laquelle émission est rediffusée trois fois par semaine. Ces émissions seront produites du 2 février 1996 au 18 décembre 1996. 1996

La situation de notre *Service des soins d'urgence* a été marquée par une *augmentation d'environ 35 % de son achalandage* par rapport à l'année précédente. Il a de plus connu une hausse du transport ambulancier. Nous notons enfin que les personnes qui se présentent au *Service des soins d'urgence* sont plus âgées et plus malades. Nous avons intensifié nos rapports avec les CLSC du territoire. Nos statistiques nous démontrent que nous avons réussi à contrôler le nombre moyen de patients ayant séjourné plus de 48 heures au *Service des soins d'urgence*. Plusieurs instances du CMPD de même que plusieurs directions de notre hôpital ont apporté une contribution à la réalisation de cette priorité corporative. 1996

Depuis quelque temps, nos patients hospitalisés qui doivent subir des examens diagnostiques dans d'autres hôpitaux utilisent des ambulances dédiées seulement à cette fin par la CÉTAM, la plus grande entreprise ambulancière de la région de la Montérégie. Cette pratique nous permet de planifier avec précision nos demandes de consultation vers d'autres hôpitaux. Cette formule est présentement à l'essai. Pour l'instant, elle s'avère grandement bénéfique pour nos patients. Le mode de fonctionnement de la CÉTAM, en matière de *transferts inter-établissements*, avait fait l'objet de questionnement au Conseil d'administration. 1996

En novembre 1996, le Conseil d'administration a promulgué une *politique régissant la dispensation des soins et des services au CHPB*. Cette politique définit dans quelles circonstances et dans quelles conditions un professionnel de la santé, autre qu'un médecin ou un employé, peut être autorisé et habilité à intervenir auprès de nos patients hospitalisés. 1996

Nous avons défini de nouvelles procédures pour nous permettre de mieux gérer *l'agressivité de patients ou de leurs proches à l'égard de nos ressources humaines*. Nous tentons ensemble de mieux comprendre l'origine de tant de comportements agressifs. Nous pouvons maintenant mieux repérer les situations d'agressivité et mieux les désamorcer. Nous avons mis à contribution le *Comité paritaire en santé et sécurité au travail*, de même que celle d'une docteure de notre hôpital. L'agressivité de patients en contexte thérapeutique est un problème qui semble s'amplifier. Nous tentons de nous y prémunir. Ce phénomène nous inquiète et nous surprend. Nous avons sophistiqué nos techniques de communication en présence de patients difficiles. Nous avons mis en place des équipes d'intervention mieux formées pour supporter adéquatement un employé ou un médecin qui se trouve dans une situation qui lui semble difficile. Ces manifestations de violence surviennent principalement au *Service des soins d'urgence* et dans *nos services de psychiatrie internes et externes*. Les autres secteurs de notre hôpital n'en sont pas épargnés. 1996

L'admission du patient le jour opératoire est une mesure favorisant l'*alternative à l'hospitalisation*. Cette mesure a été implantée à compter du mois de septembre 1996. Elle constitue un changement en profondeur par rapport à nos méthodes antérieures. Elle nous permet une réduction notable de la durée de séjour de nos patients hospitalisés. Cette mesure fut implantée dans l'harmonie, avec le support du CMDP, de nos chirurgiens et de nos employés. Nous avons tenu compte des besoins et des attentes de nos patients tout au cours de l'implantation de ce changement. Nous avons pour l'avenir adapté nos pratiques à la suite de l'analyse des besoins et des attentes exprimées. En 1996, 60 % de nos patients seront *admis le jour de leur opération*. Nous prévoyions accroître ce pourcentage à 75 % en 1997. Plusieurs unités administratives de l'hôpital furent mises à contribution pour la réalisation de cet objectif. 1996

Au début de l'année 1995, nous avons mandaté un groupe de professionnels de la natalité pour qu'il puisse nous proposer une révision du *programme de soins en post-partum*. Ce groupe de travail devait tenir compte des tendances modernes en matière de soins de natalité. Dans leur domaine, ce groupe de professionnels a procédé avec méthode à une *revue et à une analyse de la littérature et de la doctrine*. Il a examiné les pratiques d'hôpitaux performants au niveau de la *pertinence* de leurs soins de natalité. La durée de la période du post-partum est la durée de la période qui suit immédiatement un accouchement. Antérieurement, la *durée de séjour* en post-partum était de 3 jours. Elle est maintenant de 2,4 jours. Ce groupe a introduit ces nouvelles méthodes :

- ★ le suivi postnatal par téléphone sur la santé de la mère et de son nouveau-né;
- ★ un accès téléphonique en tout temps pour les parents;
- ★ une relance téléphonique obligatoire par une infirmière, 48 heures après le congé de la mère. 1996

La directrice générale du CLSC Saint-Hubert et moi-même avons été désignés coprésidents de la *Table de concertation* mise sur pied dans le but de promouvoir, de développer et de coordonner de nouveaux mécanismes d'*alternatives à l'hospitalisation pour les patients et les patientes de notre territoire*, soit les patients de la sous-région de Longueuil. Chacun de nos actuels programmes de soins et services est analysé et évalué. Le résultat attendu de chaque mesure proposée est chiffré et des mécanismes de suivis ont été identifiés. Le *virage ambulatoire* touche l'ensemble de nos établissements. Une volonté commune d'y adhérer d'*une façon concertée* est acquise. Les changements qui s'amorcent auront des répercussions directes dans la réalisation de nos missions respectives. Nous nous sommes fixé des rencontres mensuelles et nous avons mis sur pied plusieurs groupes de travail que nous coordonnons centralement. Nous passons en revue, avec nos équipes, la pertinence de plusieurs de nos pratiques de soins. Nous pensons atteindre nos objectifs, mais en complémentarité seulement. Nous convenons de plusieurs types d'ententes de complémentarité. Chacune de ces ententes a pour effet de modifier nos modes de fonctionnement. Entre autres, le nombre officiel de nos lits de soins de courte durée est passé de 362 à 328. Nos conseils d'administration réciproques sont périodiquement saisis du résultat de nos délibérations. Dans un premier temps, nous avons identifié huit programmes prioritaires. Ce sont :

- ★ les soins postopératoires;
- ★ les soins palliatifs;
- ★ l'antibiothérapie intraveineuse;
- ★ les soins respiratoires à domicile;
- ★ les soins postnatals et post-partum;
- ★ les soins et services en santé mentale;
- ★ les soins en gériatrie;
- ★ l'alimentation entérale. ¹⁹⁹⁶

Nous avons converti nos chaudières au gaz naturel en *chaudières biénergie*. Elles peuvent maintenant fonctionner au *gaz naturel* ou à *l'huile*. Le *tarif en service interruptible* de *Gaz Métro* nous a suggéré la transformation de nos trois chaudières. En adhérent à ce service, nous acceptons que *Gaz Métro* puisse *réduire ou cesser de nous alimenter en gaz naturel* pour cause de difficulté ou d'incapacité à fournir du gaz naturel à ses clients. En retour, *Gaz Métro* réduit annuellement notre facture de gaz. En plus, il avise notre mécanicien de machines fixes en devoir chaque fois qu'il nous est économiquement plus avantageux d'utiliser l'huile par rapport au gaz naturel. Cette situation survient généralement lorsque la demande en gaz naturel est très élevée sur le territoire du Québec. De surcroît, en situation d'*arrêt* ou de *panne en gaz naturel*, nous pouvons maintenant avoir recours à l'huile. La réalisation de ce projet nous offre une sécurité additionnelle. Il fut réalisé au coût de 108 000,00 \$ et il s'autofinancera complètement. ¹⁹⁹⁶

J'ai rencontré nos employés de jour, de soir et de nuit, ainsi que leurs représentants, pour leur proposer que soit abolie l'obligation que nous avons de leur accorder *deux jours de congé mobile par année*. Ces deux jours de *congé mobile* étaient prévus dans tous les textes des conventions *collectives* en vigueur. Il s'agit de deux jours de congé additionnels qui s'ajoutent à la liste des jours de congé fériés et qui peuvent être *pris en tout temps*, après entente avec le supérieur immédiat. Nous leur avons proposé de convertir ces deux jours de congé mobile *en deux jours de congé fériés additionnels* à ceux déjà prévus à la liste. Ces deux jours de congé fériés additionnels doivent être pris en même temps, par tous, à une date fixée à l'avance et convenue entre nous et les 18 syndicats de l'hôpital. Nous leur avons expliqué que la pratique des congés mobiles est difficilement applicable et qu'elle génère une dépense annuelle et récurrente de 45 000,00 \$. Nous en avons profité pour les informer de notre actuelle situation budgétaire et du contexte de compressions budgétaires en cours. Après consultation avec leurs membres, les syndicats ont unanimement accepté l'intégralité de notre proposition. Comme à l'habitude, nous avons eu beaucoup de plaisir avec nos employés qui, en grand nombre, ont assisté jour, soir, et nuit à ces rencontres à la *Salle l'Échange*. Ce furent des moments de détente agréables et hilarants. 1996

Pour une première fois, l'Hôpital Charles LeMoine et le CHPB ont procédé à un *appel d'offres conjoint* dans le but de nous permettre de retenir ensemble les services d'une *agence de sécurité*. Ce geste nous permet d'accroître nos activités de complémentarité. Le résultat de cet appel d'offres conjoint nous permettra de réduire de 4 800.00 \$ nos dépenses annuelles au chapitre d'une agence de sécurité. 1996

Nous avons acquis et implanté un nouveau *système numérique de dictée centrale*. Notre ancien système analogique, acquis en 1982, était devenu désuet. Notre nouveau système répond mieux aux exigences actuelles. Il est fiable et facile d'utilisation pour les médecins. Il nous permet une meilleure organisation du travail et une augmentation de la productivité du *Service des archives*. Il diminue les délais de transcription. Les patients reçoivent leurs rapports plus rapidement. Tous les postes de travail du *Service des archives* sont maintenant reliés entre eux. Il fut acquis pour une somme d'environ 100 000,00 \$. Cette dépense sera complètement autofinancée. 1996

Depuis 1987, le CLSC Longueuil-Est ainsi que le CLSC des Seigneuries offraient leurs *services de prélèvements, avec rendez-vous seulement*. À la suite de leurs collectes de prélèvements auprès de leurs patients, notre hôpital effectuait les analyses de laboratoires requises. La prise de rendez-vous, au niveau de ces CLSC, pouvait être longue. On nous a signalé que le temps d'attente pouvait être de 19 semaines. Mais, en moyenne, ce temps d'attente était de 6 semaines. Cette situation était jugée inacceptable par nos conseils d'administration respectifs. Elle donnait ouverture à l'utilisation des services de laboratoires d'un laboratoire médical privé. Depuis cette année, nous avons ensemble informatisé tous nos processus pour les requêtes et les résultats d'examen de laboratoires. Nous avons réussi à implanter les *cliniques de prélèvements sans rendez-vous*. Cette réalisation nous a permis d'évacuer un irritant majeur auprès de nos clientèles respectives. 1996

Pour la première fois de son histoire, en avril 1997, notre hôpital termine un exercice financier en déficit budgétaire. Ce déficit s'élève à 834 000,00 \$. Cela nous surprend et cela nous choque, étant donné que ce déficit est contraire à nos valeurs et à nos traditions. De plus, cela nous étonne puisqu'ensemble nous avons à nouveau réussi à implanter la plénitude de chacune des mesures de compressions budgétaires adoptées en début d'année par le Conseil d'administration. Nous concluons que la cause de ce déficit budgétaire est attribuable à la fermeture récente de plusieurs hôpitaux de la région de Montréal, et du changement de vocation de certains autres. Cette nouvelle réorganisation de services sur le territoire de Montréal, et particulièrement dans le sous-secteur de Montréal-Centre, est à l'origine d'une hausse marquante de notre achalandage depuis la fin de l'année 1996. Nos arguments furent finalement retenus par la Régie régionale. « *Nos budgets sont fermés et nos services sont ouverts* », claironnais-je alors tout haut. D'une part, nous avons convenu de rembourser ce déficit ultérieurement, et d'autre part, la Régie régionale nous a confirmé son intention de traiter différemment notre dossier financier pour l'avenir, avec le ministère. Davantage de personnes de notre territoire se font traiter chez nous. Dans l'intérêt de nos patients, nous nous sommes contraints à suivre de près ce dossier qui nous chicote. 1997

Au cours de la période estivale de 1996, 41 patients nécessitant des soins de longue durée occupaient nos lits de soins de courte durée. De plus, deux unités de soins étaient fermées, soit 70 lits. Cette situation était contraire à la volonté du Conseil d'administration qui désirait que nos lits de soins de courte durée ne servent qu'à la prestation de soins aigus. Nous avons invité les établissements de notre territoire, de même que la Régie régionale, à régler cette problématique. Ensemble, nous avons revu nos mécanismes de coordination inter-établissements. En janvier 1997, aucun patient nécessitant des soins de longue durée n'occupait nos lits de soins de courte durée. Des représentants de plusieurs organismes ont participé aux règlements de ce problème. 1997

Face au refus du CLSC et du CHSLD de notre territoire d'accueillir favorablement la proposition de notre hôpital du mois de septembre 1996 en matière de *reconfiguration du réseau*, la Régie régionale nous a invité à examiner l'opportunité de *fusionner Hôpital Charles LeMoyne et le Centre hospitalier Pierre-Boucher*. Finalement, la Régie régionale de la Montérégie, l'Hôpital Charles LeMoyne et le Centre hospitalier Pierre-Boucher convenaient, le 24 avril 1997, d'une entente qui reconnaissait la nécessité de maintenir *deux hôpitaux de soins de courte durée distincts et autonomes* dans la sous-région de Longueuil. Les parties à l'entente décidaient, par voie de conséquence, de mettre un terme aux débats concernant l'opportunité de proposer au gouvernement du Québec de fusionner ces deux hôpitaux. Les trois présidents de chacun des conseils d'administration de ces deux hôpitaux et de cet organisme ont participé, avec leurs directeurs généraux, à toutes les discussions et négociations relatives à ce dossier. Une nouvelle perspective de gestion est toutefois introduite par la Régie régionale. Nous nous sommes mis d'accord sur le bien-fondé de passer d'une *logique d'établissement à une logique de programme*. 1997

Au mois de décembre 1996, la Régie régionale de la Montérégie déterminait que le quantum global de la *compression budgétaire*, imposée à l'ensemble des établissements publics de la sous-région de Longueuil, s'élevait à 10 100 000,00 \$ pour l'exercice financier 1997-1998. Cette compression s'adressait aux hôpitaux, aux CLSC et aux CHSLD faisant partie de ce territoire. Les directeurs généraux de ces établissements m'ont mandaté pour coordonner, avec eux, cette opération. Nos discussions et nos travaux se sont échelonnés sur une période de trois mois. Ensemble, nous avons à nouveau réussi à démontrer, à la satisfaction de la Régie régionale, que l'augmentation des volumes de nos deux hôpitaux était attribuable, en grande partie, à la fermeture récente et aux changements de vocation de plusieurs hôpitaux de la région de Montréal. Ces fermetures eurent des répercussions sur les habitudes de consommation de notre population. Considérant l'objectif d'équité interrégionale, préconisé par l'actuel gouvernement, nous avons proposé de surseoir à leur décision d'imposer d'autres compressions budgétaires aux deux hôpitaux de cette sous-région pour le prochain exercice financier. Cette proposition fut finalement acceptée par la Régie régionale. Notre budget de fonctionnement fut ajusté à la hausse pour une somme de 1 174 000,00 \$, à compter du 1^{er} avril 1997. 1997

Le programme de santé physique de la sous-région de Longueuil se voyait imposer une *compression budgétaire* d'une somme de 4 211 258,00 \$ pour l'exercice financier 1998-1999. La Régie régionale nous proposait de nous entendre avec l'Hôpital Charles LeMoine sur les modalités d'application de cette compression budgétaire. Il n'y a pas eu d'ententes. La Régie régionale a dû trancher. L'Hôpital Charles LeMoine nous proposait que cette compression sous-régionale soit répartie en fonction du poids budgétaire de nos deux hôpitaux. Pour notre part, nous proposons que cette compression soit répartie en tenant compte à 50 % de ce *poids budgétaire* et à 50 % de la *performance financière* de nos deux hôpitaux. Notre approche fut retenue par la Régie régionale. 1997

Dans son *plan de modernisation des structures administratives et de support* des établissements de santé de notre région, la Régie régionale prévoyait confier la responsabilité de chaque programme de soins à un *seul gestionnaire* ou à un *seul médecin* par pôle ou par sous-région. Elle nous rappelait que les deux plus gros hôpitaux de la région s'étaient mis d'accord sur la nécessité de passer d'une *logique d'établissement* à une *logique de programme*. Nous estimions que cette pratique contrevenait aux principes élémentaires de la science administrative, et ce, avec tout ce qu'implique la portée de cette affirmation. Ce *plan de modernisation* nous apparaissait insensé. C'est au moins d'octobre 1997 que la Régie régionale a décidé de retirer cette proposition. 1997

Dans le but de réaliser son objectif de réduire de 15 %, d'ici 2002, l'actuel *taux de mortalité par cancer du sein*, le ministre de la Santé et des Services sociaux lançait le *programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Ce programme s'adresse aux femmes de plus de 50 ans. Pour réaliser son objectif, le ministre a prévu trois niveaux d'intervention soit, le *centre de dépistage*, le *centre de référence* et le *centre de traitement*. L'Hôpital Charles LeMoine désirait être reconnu comme le seul centre du cancer du sein dans la sous-région de Longueuil. Il désirait se voir confier une mission exclusive en cette matière. Nous estimions que l'application de cette orientation était porteuse de trop d'impacts pour notre clientèle et donnerait lieu à trop de confusions au niveau de notre *actuelle offre de services en oncologie*. Notre bassin de population est important et couvre une population de 250 000 habitants, soit une population équivalente au quart de la population de la ville de Montréal. Au terme de négociations, la Régie régionale et le ministère ont décidé de reconnaître notre hôpital à titre de *centre de référence* et de *centre de traitement* de ce type de cancer. 1997

Il y a quelques années, nous avons pris l'initiative de *louer notre toit* à des entreprises publiques et privées à la recherche de site d'antennes. Nous considérons que l'élévation de notre hôpital par rapport à celui du niveau de la mer et sa situation géographique privilégiée sur la Rive-Sud de Montréal pouvait constituer pour nous une source de revenus facile, importante et récurrente. Nous nous sommes au préalable assuré que cette mesure n'était porteuse d'aucun effet pervers sur les personnes présentes à l'hôpital et sur nos installations matérielles. Tous les revenus découlant de cette *activité de commercialisation* servent à financer le remplacement d'équipements de soutien sous la responsabilité du *Service des biens meubles et immeubles*. Nos pratiques ont suggéré des idées à d'autres établissements du réseau. 1997

Nous avons décidé d'introduire et de mettre au point une *gestion par opportunité*. C'est une méthode de gestion opportuniste. Elle nous oblige à saisir les opportunités de développement de notre hôpital en interprétant adéquatement les orientations et les volontés d'*organismes externes à l'hôpital*, organismes susceptibles et parfois désireux de financer des projets de développement découlant de *leurs* orientations et de *leurs* priorités. Elle nous oblige à anticiper des tendances et à composer avec elles. C'est une méthode *non reconnue par la science administrative*. Un enseignement et un groupe d'étudiants de l'*École des Hautes Études commerciales de l'Université de Montréal* nous ont rencontré, à l'hôpital, pour mieux comprendre la portée de l'application de cette méthode au niveau d'un hôpital public. Ils avaient entendu parler de nos pratiques inaccoutumées. Ils ne les partagent pas, mais après analyse de notre argumentaire et de certaines pièces documentaires, ils trouvent nos pratiques astucieuses et futées. Ils ne l'enseigneront pas, mais ils reconnaissent qu'elles furent *fortuitement profitables* au CHPB. Nous évaluons qu'elles furent, pour le moment, très *efficaces* pour le développement de l'hôpital. Parallèlement à ce type de gestion, nous continuerons à maintenir la promulgation de *priorités corporatives annuelles*, nos orientations stratégiques. Nous en discuterons à huis clos au Conseil d'administration, au moment approprié. 1997

Le *programme de départ volontaire et de retraite anticipée*, introduit en 1996, a eu moins d'impacts dans notre hôpital qu'ailleurs, étant donné que la moyenne d'âge de nos employés et de nos médecins est plus basse que la moyenne d'âge des employés et des médecins des établissements de notre région. Toutefois, notre hôpital doit assumer, entre autres, le coût de toutes les indemnités compensatrices de ces départs. La valeur monétaire de ces coûts s'élève à 560 000,00 \$. Ces coûts seront, après entente, complètement assumés par la Régie régionale à compter du mois de novembre 1997. 1997

Toujours dans le cadre de ce *programme de départ volontaire et de retraite anticipée*, la Régie régionale nous a demandé de *rééquilibrer nos ressources humaines* avec l'Hôpital Charles LeMoine, et ce, puisque le nombre de départs volontaires et de mise à la retraite était beaucoup plus élevé dans cet hôpital que dans le nôtre. Nous avons combattu efficacement cette proposition. À notre hôpital, nous jouissons d'une certaine *aisance* sur le plan du *recrutement et de la rétention de nos ressources*. Cela est dû, à notre avis, à la qualité exceptionnelle et connue de notre *climat organisationnel*. Nous investissons beaucoup d'énergie pour perpétuer la qualité de notre climat organisationnel. Ce que nous récoltons, nous l'avons semé. Nous sommes toutefois ouvert à collaborer avec l'Hôpital Charles LeMoine afin qu'ils puissent régler leur problème. 1997

La *campagne de financement auprès d'ex-patients*, mise sur pied par la Fondation du Centre hospitalier Pierre-Boucher, remporte un succès remarquable et remarqué. Le don moyen par patient s'élève à 38,36 \$, avec un taux de perception supérieur à 15 %. Les données de notre fondation sur cette question nous indiquent que, au Québec, le don moyen par patient est de 21,45 \$, avec un taux de perception moyen de 5,20 %. Cette réalisation nous indique à nouveau à quel point notre clientèle est satisfaite de la qualité des soins et des services dispensés par nos médecins, nos employés et nos bénévoles. L'humanisation des soins au CHPB fait partie intégrante de notre philosophie de gestion et de nos valeurs que nous partageons régulièrement avec les instances de notre hôpital. 1997

Au mois de mars 1996, le Conseil d'administration a approuvé les priorités corporatives pour les deux prochaines années, soit pour les années comprises entre 1996 et 1998. En avril 1997, nous confirmons au Conseil d'administration que nous avons réussi à implanter les mesures prévues à la première année de cette planification sur deux ans. Nous rendons hommage à chacune de nos équipes pour la qualité manifeste de leurs contributions. Tous ces gestes ont été produits en contexte de profonds bouleversements et en contexte d'importantes réductions budgétaires. 1997

Janvier 1998 à avril 1999

Au mois de janvier 1998, la région de la Montérégie était en crise. Elle vivait la *crise du verglas*. Une tempête de pluie verglaçante s'est abattue sur plusieurs régions du Québec. L'accumulation de la glace finit par faire tomber les lignes électriques et les câbles téléphoniques. Durant plusieurs jours, ces deux réseaux sont devenus hors d'usage dans notre région. Ce verglas a entraîné de longues pannes de courant. Le réseau téléphonique était gravement endommagé. J'ai proclamé, pour une période de 18 jours, l'existence d'une situation d'urgence à l'hôpital. Au cours de cette période, nous n'avons jamais perdu la maîtrise de la situation. En équipe, nous avons adéquatement contrôlé cette situation. Nos plans de désastre se sont avérés utiles. Nos soins et nos services étaient livrés avec prudence et attention, malgré l'importance de leurs volumes. Au terme de ces manoeuvres, la présidente du CMDP a fait parvenir une lettre, au nom de son *Assemblée générale*, à la présidente de notre Conseil d'administration pour lui dire à quel point elle avait apprécié la qualité de la *gestion de nos mesures d'urgence*. Après avoir longuement évalué tous les éléments de ce dossier, le Conseil d'administration en est également arrivé à la même conclusion. 1998

La mesure d'urgence que nous avons implantée en 1994, en matière de *communications d'urgence en situation de désastre*, s'est avérée très efficace tout au cours de cette période. À la suite de la *crise du verglas*, l'Association des hôpitaux du Québec a réalisé deux reportages sur cette réalisation dans son journal officiel, la *revue Artère*. Il fut également question de l'installation de ce système de communication d'urgence dans plusieurs autres revues spécialisées en matière de Radio communications et de Sécurité civile. Tous les hôpitaux de la Montérégie ont fait état du caractère peu coûteux, utile et fiable de ce système. La *Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie* en a souligné officiellement son appréciation. Tous les témoins de cet événement, y incluant la Régie régionale, ont conclu qu'en cette matière le « directeur général de Pierre-Boucher avait eu la *bonne idée au bon moment* ». Ils ont mentionné le *caractère prémonitoire* de cette vision. Mais rien ne pouvait me laisser présager un tel désastre régional, 18 jours durant. 1998

Immédiatement après la crise du verglas, Radio-Canada et le Journal LA PRESSE ont conjointement décidé d'informer leur clientèle, au cours d'une période d'environ cinq mois, sur l'état de situation des urgences de certains hôpitaux du Québec. Nous apprenions, par ces médias, que le nombre de patients couchés dans notre *Service des soins d'urgence* depuis plus de 48 heures était constamment plus bas qu'ailleurs. Cette statistique était visuellement accompagnée sur nos écrans de télévision d'un petit *drapeau vert*. 1998

Après la crise du verglas, nous avons négocié et obtenu une enveloppe budgétaire non récurrente de 1,2 million pour nous permettre de reprendre les opérations *chirurgicales non urgentes* que nous avons dû annuler durant près de trois semaines. La majorité de ces opérations ont été effectuées en chirurgie d'un jour. 1998

Après la crise du verglas, nous avons aussi négocié et obtenu une enveloppe budgétaire non récurrente de 1,4 million dans le but de réduire à zéro le nombre de personnes en perte d'autonomie occupant nos lits de soins de courte durée. En très peu de temps, nous avons rapidement transféré, dans d'autres établissements plus pertinents, 76 patients pour qui étaient requis des soins de longue durée, et ce, avec l'accord de leur famille. La rapidité et le succès de cette manoeuvre ont été mis en évidence par le journal LA PRESSE. 1998

La crise du verglas nous a occasionné des dépenses additionnelles de 668 665,15 \$ par rapport à nos prévisions budgétaires. Nous avons réclamé la plénitude de cette somme à la Régie régionale. Elle nous a demandé d'accompagner notre réclamation d'une note indiquant que notre *vérificateur externe* l'avait vérifiée *item par item*. Nous lui avons déposé le tout selon la manière proposée. Nous fûmes remboursés en totalité. 1998

Les deux derniers concessionnaires privés de notre *Boutique à cadeaux* ont décidé de résilier leur contrat avec l'hôpital pour cause de non-rentabilité. Nous leur facturions un loyer de 20 000,00 \$ par année. Comme suite à ces deux départs successifs et constatant par ailleurs qu'il ne nous était plus possible de recruter un autre concessionnaire privé, nous avons décidé d'exploiter nous-mêmes cette *Boutique à cadeaux* avec nos propres ressources. Nous voulions ainsi perpétuer ce service auprès de nos patients et de nos visiteurs. Nos revenus sont maintenant de 22 000,00 \$, soit une augmentation de 10 % par rapport à l'ancienne formule offerte par le secteur privé. 1998

Nous avons acquis le logiciel SÉQUS (*Système et évaluation de la qualité des soins par les usagers des services*), logiciel développé par un groupe de chercheurs de l'Université de Montréal. Depuis près de quatre ans, nous avons introduit de profonds changements dans notre façon de livrer nos soins et services à nos patients. Comment nos patients réagissent-ils à ces changements? *SÉQUS est un outil de gestion de la qualité des soins*. Il nous permet de connaître l'opinion de nos patients. Pour ce faire, nous faisons parvenir chaque mois une lettre à 60 patients choisis au hasard. Nous accompagnons cette lettre, signée par le directeur général, d'un questionnaire dont son contenu contient des questions issues du logiciel de SÉQUS, mais choisies par le *Comité des patients*. Le *Conseil multidisciplinaire* et le *Conseil des infirmières et infirmiers* participent également aux choix des questions requises. Ces trois instances analysent finalement les réponses des patients et nous déposons leurs analyses au Conseil d'administration. Présentement, le taux de réponse des patients choisis se situe à environ 80 %. 1998

Depuis quelques années, je dépose annuellement au Conseil d'administration un document qui présente la *performance de notre hôpital* en comparaison d'autres hôpitaux faisant partie de notre groupe de comparaison. Présentement, il revient à l'Association des hôpitaux du Québec de préparer et de publier ce document. En mars 1998, je confirme au Conseil d'administration ce qui suit :

- ★ En comparaison d'autres hôpitaux de notre groupe, il en coûte 2 859 313,00 \$ de moins de ce qu'il en coûterait en moyenne dans ces hôpitaux, avec les mêmes volumes. Notre *économie de ressources* est éloquente.
- ★ Nous nous trouvons en *économie de ressources* au niveau de chacun de nos centres d'activité, sans exception.
- ★ Nous sommes l'hôpital le plus performant au Québec au chapitre des services administratifs et au chapitre des services techniques.
- ★ Nous sommes globalement l'hôpital le plus performant dans la région de la Montérégie, indistinctement de notre groupe de comparaison.
- ★ Notre durée de séjour par DRG (diagnosis related group) est en économie de 3016 jours-présence.
- ★ Notre taux d'encadrement est de 5 %, soit nettement plus bas qu'ailleurs. En France, le taux d'encadrement est de 14 %. 1998

Nous avons proposé au Conseil d'administration de réviser de façon importante le plan d'organisation administratif de notre hôpital, et ce, en abolissant le poste d'adjoint au directeur général et en répartissant les fonctions ainsi que les activités antérieurement assumées par le titulaire de cette fonction au niveau de toutes les autres directions de notre hôpital. Cette manœuvre nous permettra de développer, avec les mêmes ressources, de nouvelles activités administratives. Nous examinons la pertinence d'être assisté d'une ressource ayant *des habilités en communication*. La charge de travail de la direction générale nous apparaît exigeante, quoiqu'agréable et valorisante. 1998

En avril 1998, nous avons confirmé au Conseil d'administration que, en équipe, nous avons réussi à réaliser chacune des priorités et chacune des orientations établies par le Conseil d'administration au début de l'exercice 1997-1998. À noter que toutes ces manœuvres se sont réalisées en contexte de profonds bouleversements et de compressions budgétaires élevées. 1998

En avril 1998, le Conseil d'administration a été informé que le nombre d'ambulances avait augmenté de 20,3 % au cours du dernier exercice financier et que le nombre de patients hospitalisés, à partir du *Service des soins d'urgence*, avait augmenté de 17 %. De plus, notre performance, en regard des patients ayant séjourné plus de 48 heures au *Service des soins d'urgence*, avait augmenté de plus de 200 %. La semaine dernière, le président du *Groupe tactique sur les urgences* ainsi que le directeur général de la Régie régionale nous ont confirmé, par téléphone, le caractère remarquable de cette performance. 1998

La Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie m'a désigné au Conseil d'administration du *Groupe alerte santé*. Cette entreprise publique a pour mission d'assurer l'ensemble des fonctions opérationnelles liées au traitement des appels urgents en matière de santé, à la coordination des transports ambulanciers ainsi qu'à la production de données de gestion relatives à sa mission. Cet organisme est situé à l'intérieur des installations de la CÉTAM, elle-même située à l'intérieur du territoire de l'Hôpital Charles LeMoynes, soit de la ville de Greenfield Park. 1998

Malgré que nous ayons terminé l'exercice financier 1997-1998 avec un solde déficitaire de 900 000,00 \$, la Régie régionale ne nous a pas demandé de lui déposer un plan d'équilibre budgétaire, et ce, contrairement à sa pratique habituelle au niveau d'autres hôpitaux. En effet, nous avons réussi à lui démontrer, à sa satisfaction, que notre déficit était uniquement attribuable au phénomène du rapatriement de la clientèle vers la sous-région de Longueuil et qu'il n'était pas attribuable à une contre-performance de nos pratiques administratives. Ainsi, la Régie régionale a décidé de qualifier notre déficit budgétaire de *déficit légitimé*. Il s'agit d'une façon non conformiste, mais adroite de qualifier le déficit budgétaire actuel de notre hôpital. 1998

En 1996, tous les clients des secteurs publics et privés de notre *Buanderie communautaire* nous ont signifié, par écrit, leur intention de ne plus être desservi par notre buanderie à vocation régionale. Ils étaient dans leur droit. Notre technologie est dépassée et moins productive que celle du secteur privé. Un tunnel de lavage répondrait davantage à nos besoins. Nous leur avons demandé, en réunion, de surseoir à leurs décisions. Nous leur avons confirmé notre intention d'accroître la performance de notre *Service de buanderie-lingerie*. Nous avons réalisé cet engagement en diminuant nos dépenses de 17 % depuis près de deux ans. Nous étudierons en priorité la *modernisation* du Service de buanderie-lingerie. Ils ont accepté de reconsidérer leur décision. Deux de ces établissements clients voulaient, pour une question de principe, essayer le secteur privé. Ils ont également décidé de demeurer avec nous. Nous examinons présentement toutes les opportunités de développement dans ce domaine. 1998

En mars 1996, le Conseil d'administration a décidé que notre hôpital devrait uniquement offrir des *soins de courte durée* à sa clientèle. Il y avait, dans notre sous-région, une pénurie de lits de soins de courte durée. C'est ce qui explique cette décision du Conseil d'administration. Ainsi, nous avons converti la mission de notre *Service de soins de transition*, situé au 8^e étage, en un service de soins de courte durée. Notre *Service de soins de transition* accueillait des patients nécessitant des soins de longue durée. Nous avons démontré à la Régie régionale que la modification de la mission de ce service de soins était une façon de pouvoir composer avec le phénomène du rapatriement des clientèles et de celui de l'augmentation du taux de rétention, dans la sous-région de Longueuil. Rapidement, la Régie régionale a reconnu le bien-fondé de notre argumentaire. Elle nous a également autorisé un budget de développement de 1,4 million. 1998

Au cours de l'été de 1998, nous avons réaménagé encore une fois avec la contribution des employés du *Service des biens meubles et immeubles*, notre *Service de soins du 7e nord*. Ce réaménagement était rendu nécessaire pour nous permettre de mieux assumer notre mission en *médecine de jour*. De plus, nous avons décidé que soient transférés dans ce service de soins, à la suite de décisions médicales, des patients en observation au *Service des soins d'urgence*. La Régie régionale a entièrement financé ce réaménagement au coût de 250 000,00 \$. 1998

Nous avons assumé la coprésidence d'une *campagne de souscription auprès de nos employés et de nos médecins*. En décembre 1998, nous avons confirmé au Conseil d'administration que l'objectif de 300 000,00 \$ de la *campagne de souscription interne de la Fondation du CHPB* a été atteint. Cette dernière campagne de souscription succédait à une autre, auprès de la même clientèle, dont l'objectif était de 450 000,00 \$. Il n'est pas évident pour un directeur général d'assumer, en contexte de si grands bouleversements, la coprésidence d'une telle activité de financement à l'interne. 1998

Notre *système de transfert de documents et de prélèvements de laboratoires par tubes pneumatiques* n'était plus opérationnel depuis plusieurs mois. Nous devions le modifier en profondeur et le remettre en état de fonctionner. Nous devions réparer où remplacer plusieurs *aiguilleurs* et moderniser tous les *mécanismes d'ouverture et de fermeture programmable* de chaque station. Il était en service depuis près de 15 ans et effectuait 210 000 transactions par année. Nous avons misé sur l'expertise d'employés du *Service des biens meubles et immeubles* pour le remettre en état de fonctionner. Cette approche s'est avérée être un succès. La mise à jour de notre *système par tubes pneumatiques* nous a coûté 80 000,00 \$. Ces dépenses seront complètement autofinancées par la diminution de nos coûts d'entretien et par l'élimination de plusieurs déplacements de nos employés. 1998

Depuis plusieurs années, je fais la promotion de l'importance de s'assurer d'une *répartition équitable des ressources* entre les régions du Québec. Notre région est sous-financée au chapitre des soins de santé. Parallèlement, la sous-région de Longueuil de la région de la Montérégie connaît une augmentation importante de son *taux de rétention*. Ce taux nous indique le *pourcentage de la population de ce territoire* qui utilise les services des deux hôpitaux de cette sous-région soit, l'Hôpital Charles LeMoyne et le Centre hospitalier Pierre-Boucher. Ce taux est constamment à la hausse. J'utilise maintenant le discours de l'équité interrégionale dans mes nombreuses *interventions publiques*. La régie régionale et le ministère semblent sensibles à nos arguments. Sous l'empire de cette logique, l'on nous a confirmé, pour l'exercice financier 1997-1998, l'octroi d'un budget de développement d'une somme de 1,1 million. L'on nous a également confirmé, pour l'exercice financier 1998-1999, l'octroi d'un autre budget de développement d'une somme de 2,5 millions. Ces deux budgets de développement nous ont tous été versés a posteriori, soit après le constat de deux exercices financiers déficitaires. Mais ces déficits ont été qualifiés de *légitimés* par la Régie régionale. Cela nous a évité de préparer deux plans d'*équilibre budgétaire successifs*, comme l'exige la loi. 1998

Au mois de septembre 1998, nous avons transféré dans une nouvelle installation toutes les activités cliniques et administratives de notre *Centre de jour* et de notre *Centre d'intervention de crise en psychiatrie externe*. De nombreux patients, aux prises avec de graves maladies mentales, fréquentent ces centres qui répondent à des objectifs d'intégration à la collectivité et qui sont une *alternative à l'hospitalisation*. Pour réaliser ce transfert, il nous a fallu négocier avec la Régie régionale une augmentation de notre budget de location d'espace dédié à cette fin. Nous avons aussi négocié un accroissement de notre budget de fonctionnement. Cette négociation s'est échelonnée sur une période de trois ans. Au Québec, seul notre hôpital assume une mission dans ce genre d'activité clinique. Partout ailleurs, ces centres relèvent de la mission sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux. Notre *Département de psychiatrie* est très fier de cette réalisation. C'est la ministre Thérèse Lavoie-Roux qui nous a autorisés en 1988 à implanter, à titre de projet pilote, cette ressource qui couvre l'ensemble du territoire de la sous-région de Longueuil. En 1993, le ministère a évalué nos résultats dans ce domaine. Toutes nos activités furent maintenues. Mais constamment, nous devons combattre toutes sortes d'opinions préconçues et de croyances en provenance d'autres milieux. Nous avons développé de bons réflexes pour faire face à ces situations. 1998

Nous avons été reconnus comme *centre de référence* et *centre de traitement* dans le cadre du *programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Nous sommes donc reconnus en tant que *CRID (Centre de Référence pour Investigation Désigné)*. Nous avons démarré de nouvelles activités cliniques, dans ce domaine, dans les délais prévus. Nous avons fait l'acquisition d'un nouvel appareil de mammographie. Cet appareil numérique nous permet de réaliser, dans certaines circonstances, des mammographies stéréotaxiques. Cette mammographie est utilisée pour le repérage préopératoire de lésions, facilitant ainsi le travail du chirurgien. Nous avons également acquis des équipements informatiques dans le but de nous permettre l'échange bidirectionnel d'informations avec le *Réseau québécois de dépistage du cancer du sein*. En janvier dernier, le Conseil d'administration a pris une décision d'orientation nous demandant de prendre les dispositions appropriées pour que notre hôpital puisse développer un CRID. Cette décision d'orientation a été complètement réalisée. Tous les équipements requis ont été acquis grâce à des subventions de la Régie régionale. 1998

Nous avons adhéré au *réseau de télémédecine québécois* offert par *CIFRA Médical*. Ce réseau est formé de 36 établissements de santé du Québec. Des hôpitaux et des CLSC en sont membres. Au cours des années à venir, de nouvelles façons d'exercer la médecine seront développées. La télémédecine pourrait modifier en profondeur certaines pratiques. Ce dossier est présentement à l'état expérimental. En adhérant à ce réseau, nous avons été subventionnés pour acquérir une station de téléradiologie, un numériseur de films ainsi que d'autres équipements connexes d'une valeur de 140 000,00 \$. Nous sommes conscient de faire partie d'un groupe de pionniers en matière de télémédecine. Il s'agit du plus gros projet de ce genre en Amérique du Nord, auquel nous avons été invités de participer. 1998

En 1998, la Régie régionale de la Montérégie était sur le point de reconnaître l'*Hôpital Charles LeMoine* en tant que *seul centre de cardiologie tertiaire en Montérégie*. Notre Conseil d'administration était en désaccord avec cette vision de la Régie régionale qui contrevenait, à sa face même, au contenu de l'*entente de complémentarité* que nous avons conclue en 1991 avec l'Hôpital Charles LeMoine. En bref, la Régie régionale me disait : « *Dans peu de temps, vos équipements d'hémodynamie deviendront désuets et nous n'avons plus l'intention d'autoriser et de financer leur rehaussement ou leur remplacement* ». Un directeur général influent d'un établissement d'une autre sous-région et d'une autre catégorie d'établissements que la nôtre a suggéré à la Régie régionale que nos équipements soient « *déboltés*⁴ ». Le directeur général de la Régie régionale s'est dissocié des propos sans raffinement de ce personnage borné. Nous l'avons décrit comme une espèce de « *sous-produit minable de l'humanité déclinante* ». Nous désirions maintenir, à notre hôpital, cette activité clinique régionale que nous assumions de façon rigoureuse et compétente. Nous aspirions également développer l'*hémodynamie thérapeutique*, mettre sur pied un *laboratoire d'électrophysiologie cardiaque* et accroître nos volumes au niveau de la *pose de stimulateurs cardiaques intracorporels*. Nous avons une bonne connaissance *des besoins en soins de cardiologie* de notre région, la deuxième région en importance au Québec. Au terme d'intenses et de courtes négociations, la Régie régionale a accepté chacune des décisions de notre hôpital dans ce dossier. Notre budget de fonctionnement a été ajusté à la hausse et nos éventuelles demandes de remplacement de nos actuels équipements d'hémodynamie seraient prises en considération. Pourquoi avoir tenté de *trouver une solution sans problème*? Nous avons apprécié le repli de la Régie régionale dans ce dossier et nous lui rendons hommage.¹⁹⁹⁸

Face à ce grenouillage, nous avons proposé au Conseil d'administration d'autoriser sans délai le développement de l'*angioplastie coronarienne* au CHPB. Avant le dépôt de cette recommandation, plusieurs instances du CMDP, responsable de la qualité de l'acte médical, ont analysé et jugé cette recommandation. Notre salle d'hémodynamie deviendrait une *salle d'hémodynamie diagnostique et thérapeutique*. Nos cardiologues hémodynamiciens porteront une évaluation sur le meilleur moment pour mettre en branle cette nouvelle activité clinique. Nous savons qu'ils détermineront des conditions très rigoureuses de fonctionnement.¹⁹⁹⁸

Nous avons décidé d'informatiser le *contrôle du gardiennage* exécuté périodiquement par nos agents de sécurité. Depuis l'automne 1998, nos 111 points de contrôle sont maintenant pourvus de *codes à barres visibles*. Ils sont fixés à des endroits stratégiques, déterminés par l'hôpital. Nous y avons de plus ajouté 119 autres points de contrôle, nous assurant une inspection à date fixe de tous nos extincteurs chimiques. Cette manœuvre peu coûteuse, estimée à environ 6 000,00 \$ par année, nous a permis d'accroître de façon significative la qualité du gardiennage de nos installations.¹⁹⁹⁸

⁴ L'étymologie de ce mot me semble inconnu. Toutefois, **Bolt** est un terme anglais qui signifie **Boulon**.

Les journaux en parlent souvent, puisque cela est d'actualité, la plupart des hôpitaux du Québec sont chroniquement aux prises avec un grave problème de *recrutement de médecins*. Chez nous, nous n'avons jamais connu ce genre de problème depuis mon entrée en fonction. Notre climat organisationnel, la qualité de nos soins et de nos services, ainsi que la réputation de l'hôpital, de ses médecins, de ses employés et de ses bénévoles sont pour nous une force d'attraction manifeste. 1999

Dans le respect de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*, nous avons introduit des frais de 200,00 \$ pour toute pose, en salle d'opération, de lentilles cornéennes intraoculaires souples. Sur 450 cas de *chirurgie de la cataracte* par année, nous prévoyions installer environ 250 lentilles souples. Le Conseil d'administration a approuvé cette approche, puisqu'il la jugeait en harmonie avec une décision d'orientation qu'il avait prise en juin 1998 en matière d'*activités de commercialisation*. Néanmoins, il ne s'agit pas, pour l'hôpital, d'un précédent valable pour d'autres types d'activités de commercialisation de ce genre. 1999

En 1998-1999, nos volumes d'activités ont augmenté de toute part. Depuis la crise du verglas de 1998, nous croyons être victimes de nos propres succès. Nous fonctionnons presque toujours *en surcapacité*. Nous sommes reconnus comme *hôpital à grand débit*. Tous les secteurs cliniques ont été visés par des augmentations phénoménales de volumes. Ce contexte est difficile à gérer. Nous utilisons toutes sortes d'approches et toutes sortes d'astuces pour maintenir la qualité de notre climat organisationnel. Notre *Direction des rapports et des communications avec les employés* est très sollicitée par nous sur cette question. Elle à l'origine de plusieurs réalisations jugées remarquables. Elle nous est d'un secours précieux. Voilà pourquoi nous devons intensifier notre présence dans l'hôpital. Nous sentons partout un grand désir de collaboration, laquelle génère dans ces conditions une grande fatigue. Malgré ce vécu, la période de compressions budgétaires est toujours maintenue. J'ai l'intention de saisir prochainement le Conseil d'administration de nos difficultés en cours. Nous allons devoir juger la situation et agir en conséquence. Nous devons tenir compte dans nos réflexions des tendances modernes, dans le domaine de la santé, au Québec et ailleurs. Nous étudions présentement certaines approches américaines. 1999

Une façon d'être en mesure de composer avec cette difficile réalité serait d'annoncer la tenue d'une *année de consolidation* de nos actuelles activités, et ce, contrairement à une *année de développement*. Il n'est pas facile d'évaluer le climat organisationnel d'un hôpital. Nos propres outils sont insuffisants dans ce domaine. Nos nouveaux employés et nos nouveaux médecins nous disent tous à l'unanimité, qu'eu égard à notre perception, notre actuel *climat organisationnel est de beaucoup supérieur* que celui d'autres hôpitaux. 1999

Au terme de notre dernier mandat, le *Comité d'évaluation du directeur général* m'a demandé de prendre des dispositions pour assurer une grande *visibilité médiatique de notre hôpital*. Au cours des quatre dernières années, je ne connais pas d'autres hôpitaux au Québec qui ont connu une telle visibilité. Notre conclusion est le résultat d'une observation empirique. 1999

Au cours de certaines soirées, étant seul dans mon bureau et allongé sur mon vieux divan, il m'arrive souvent de songer à une formule qui nous permettrait de composer avec cette augmentation de volume, tout en ne proposant pas un projet d'augmentation de nos lits de soins de courte durée. Nous estimons que ce genre de projet serait rapidement rejeté et écarté dans le contexte actuel. Je confirme à nouveau aux membres du *Comité d'évaluation du directeur général* que je compte déposer un projet de résolution sur cette question d'ici le début de la période estivale de 1999. Nous n'avons présentement aucune orientation corporative en cette matière. Il s'agirait alors d'être opportuniste et de proposer une formule acceptable à la fois pour les politiciens, à la fois pour le ministre de la Santé et des Services sociaux et à la fois pour la Régie régionale de la Montérégie. Ce genre de défi est envisageable et réalisable. 1999

Depuis que j'assume la direction générale du Centre hospitalier Pierre-Boucher, notre image auprès des médias a toujours été excellente et a toujours été remarquée dans le réseau. Notre grande *visibilité dans ces médias* est notable. Nos pratiques sont différentes de celles d'autres hôpitaux. Seule notre *ouverture aux médias*, une de nos valeurs, peut expliquer cette réussite. Nos pratiques dans ce domaine sont toutefois perfectibles. Nous avons l'intention d'être soutenu dans l'exercice de cette responsabilité. Un processus de recrutement informel et discret est déjà amorcé. Nous ne sommes pas pressé d'agir. Nous avons déjà discuté de la question au Conseil d'administration. Nous sommes autorisé à pourvoir à ce poste. 1999

Non seulement avons-nous réussi à retenir tous les établissements membres de notre *Buanderie communautaire*, mais nous avons aussi réussi à en recruter deux autres, soit le Centre hospitalier de Granby et l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins. Depuis le mois de janvier 1999, ces deux hôpitaux font laver leur *linge vert* à notre hôpital. En partenariat avec deux entreprises privées, nous implantons un projet unique au Québec en matière de *gestion informatisée du lavage du linge vert*. Ce linge est fabriqué avec de la microfibre et non du coton. La microfibre a une espérance de vie de 60 lavages, contrairement à 20 comme c'est le cas en ce moment. Une micropuce est intégrée dans chaque tissu de linge. Cela permet l'informatisation de la réception, du lavage et de la distribution de ce linge. Nous sommes reliés par modem avec ces deux nouveaux établissements clients. Il s'agit d'un *projet pilote* pour un maximum d'une année. S'il s'avère concluant, nous adopterons cette technologie. 1999

La gestion de nos systèmes d'information est coûteuse. Nous nous questionnons sur les capacités du logiciel *Microsoft Windows*. Il est peu fiable. Il nécessite trop d'entretien, partout dans l'hôpital et à tout moment. Sommes-nous tenus de continuer à renouveler sans cesse la licence de ce système d'exploitation, sans appel d'offres? Cette préoccupation est à l'ordre du jour de nos discussions avec la *Direction de la gestion des systèmes d'information*. Vous en serez saisi plus tard au Conseil d'administration. 1999

À l'émission *Le Point* de Radio-Canada du 9 février 1999, un représentant de la ministre de la Santé et des Services sociaux, qui fut dans les années 1970 sous-ministre en titre du ministre, a déclaré que *trois hôpitaux au Québec se sont réellement pris en charge au niveau de la gestion de leur urgence*. Ces trois hôpitaux sont les suivants :

- ★ le Centre hospitalier régional de Lanaudière;
- ★ le Centre hospitalier Pierre-Boucher;
- ★ l'Hôpital général juif. 1999

Le lendemain de cette déclaration, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Pauline Marois, a reconnu la performance de 13 hôpitaux du Québec au niveau de la *gestion de leur urgence*. Le seul hôpital de la région de la Montérégie, à faire partie de ce groupe, était le nôtre. Pour faire partie de ce groupe des 13 hôpitaux du Québec, nous devons obtenir une note parfaite sur chacun des quatre paramètres déterminés par la ministre. En guise de reconnaissance pour cette performance, la ministre nous a versé une subvention de 200 000,00 \$ que nous pouvons utiliser de façon discrétionnaire. 1999

Nous apprenions par La Presse et par le Courrier du Sud qu'une étude réalisée par des économistes de l'Université de Montréal concluait, en parlant de notre hôpital, qu'*aucun centre hospitalier au Québec ne peut offrir des soins équivalents à un prix moindre*. 1999

Nos systèmes d'information se sont grandement améliorés au cours de notre dernier mandat. Je vous épargne de l'énumération de tous les éléments qui sont visés par cette affirmation. Pensons entre autres à ce qui suit :

- ★ l'informatisation du Service d'inhalothérapie et de cardiologie;
- ★ l'introduction d'un nouveau logiciel au Département des laboratoires;
- ★ l'informatisation du Service de nutrition clinique et d'alimentation;
- ★ le raccordement au *Réseau de télécommunications sociosanitaire* (RTSS);
- ★ l'informatisation du système comptable;
- ★ l'informatisation de la gestion des ressources humaines.

Nous sommes étonné de la *facilité d'adaptation et d'apprentissage* de nos employés et de nos médecins, à la suite de ces nombreux changements. 1999

Tout au cours de mon dernier mandat, je me suis constamment appliqué, comme par le passé, à maintenir un rapport étroit avec la présidente ou le président du Conseil d'administration. Pour satisfaire à cette orientation, je me suis toujours appliqué à fournir à la Présidence toute l'information requise reliée au fonctionnement et à l'administration de l'hôpital. Le *partage d'information* avec l'autorité est pour moi une *valeur fondamentale* et non négociable. C'est également une question de respect, de confiance et de transparence. 1999

Mai 1999 à septembre 2002

À l'occasion du Conseil d'administration tenu au mois de mai 1999, j'ai déposé un projet de résolution m'autorisant à prendre les dispositions requises pour nous permettre d'implanter un *Centre de services ambulatoires hospitaliers*. Notre perpétuel *fonctionnement en surcapacité* est à l'appui de cette démarche. Le dispositif de ce projet de résolution est précédé de plusieurs considérations. Ce projet de résolution ne découle pas d'une priorité corporative. C'est dans le contexte d'une *gestion par opportunité* que j'ai déposé ce projet de résolution. Je suis conscient que nous nous sommes tenu à une obligation de résultat à partir du moment où ce projet fut approuvé par le Conseil d'administration. Je confirme que plusieurs instances de notre hôpital auraient préféré un autre type de décision, soit une augmentation du nombre de lits de soins de courte durée qui leur paraissait être la solution requise à notre perpétuel *fonctionnement en surcapacité*. Ce projet fait maintenant l'objet d'un consensus. 1999

En 1999, nous nous sommes raccordés au *Réseau de télécommunications sociosanitaire* (RTSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit d'un réseau de télécommunication offert à l'ensemble des établissements du Québec. Il permet l'échange de données de façon efficace et confidentielle. C'est un réseau Intranet/Internet sécuritaire et assorti d'une gamme de services. On peut y avoir accès à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. 1999

Au cours de la grève des infirmières des mois de juin et de juillet de 1999, les médias ont décidé d'accorder une *grande visibilité* à notre hôpital. *Le Point*, magazine d'information de Radio-Canada, a produit un reportage alors que je présidais dans mon bureau une réunion du *Comité de régie du directeur général*. L'objectif de ce reportage était de permettre à Radio-Canada d'expliquer à la population le fonctionnement d'un hôpital en situation de grève. 1999

L'Association des hôpitaux du Québec a développé le *Système intégré d'amélioration de la performance* (SIAP). C'est un outil qui nous permet de qualifier notre efficacité, par programmes, en nous comparant à d'autres hôpitaux faisant partie de notre groupe de comparaison. La publication de 1999 indique que, globalement, le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* réalise, pour cette année, une *économie de ressources* pour une valeur monétaire de 10 millions. 1999

Le journal *Les Affaires* a publié une édition spéciale, **Guide 2000**, dont le titre de cette publication est le suivant : « *Les secrets des meilleurs gestionnaires* ». Dans cette publication, on y présente de façon condensée des réflexions de plusieurs professeurs et experts connus au Québec, et ce, dans le domaine de l'administration et de la gestion. On y présente également des observations de plusieurs PDG du secteur privé. Seuls deux gestionnaires des secteurs publics et parapublics ont été interrogés par le journal *Les Affaires* pour cette publication spéciale. Je fus l'un de ces deux gestionnaires. Dans cette publication, qui a connu au Québec un large succès, on me dédie deux pages complètes ainsi qu'une partie de la page éditoriale. 1999

Nous avons autorisé l'*Office national du film du Canada* (ONF) à réaliser, dans notre hôpital, un long métrage d'une heure et demie. Nous savions que l'ONF avait été refusé dans d'autres hôpitaux pour ce tournage. Nous avons tout de même autorisé leur présence au cours des cinq mois du tournage de ce film. Nous ne leur avons imposé aucune restriction. L'*Office national du film du Canada* a produit ce documentaire : « *URGENCE! Deuxième souffle* ». Ce documentaire présente une vision du fardeau de tâche d'une équipe de soir de notre *Service des soins d'urgence*. Il dégage une dimension humaine de notre hôpital. Il fut projeté en salle. 1999

Dans le cadre des consultations de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* du gouvernement du Québec, nous avons déposé par écrit, pour la gouverne de l'*Association des hôpitaux du Québec*, un avis ayant pour objet d'alimenter notre association aux fins de la préparation de son propre mémoire qu'elle devait soumettre à l'appréciation de la susdite *Commission d'étude*. En résumé, nous avons proposé ce qui suit :

- ★ que le mode d'allocation budgétaire des hôpitaux tienne compte de la performance et du volume d'activité de chaque hôpital;
- ★ de prendre en considération l'équité interrégionale et intrarégionale dans l'allocation des ressources et dans la budgétisation des hôpitaux;
- ★ de favoriser une déréglementation du fonctionnement des établissements publics de santé et de services sociaux;
- ★ d'implanter au Québec quelques projets pilotes de transport d'urgence par hélicoptère. 1999

Le ministère de la Sécurité publique a mis en nomination l'association *Radio amateur du Québec inc.* (RAQI), auprès de l'*American radio relay league* (ARRL), pour qu'on lui décerne l'*International Humanitarian Award*. Il s'agit d'un prix accordé annuellement à un individu ou à un organisme radioamateur pour sa *contribution exceptionnelle à la cause de la paix ou pour actions humanitaires*. Ce prix fut accordé à RAQI. Un seul prix de ce genre est remis annuellement dans le monde. Un des motifs invoqués par le gouvernement du Québec dans ses considérations est l'utilisation, durant la crise du verglas de 1998, du *système de communication d'urgence* que nous avons implanté en 1994 au niveau des dix hôpitaux de la Montérégie et au niveau de plusieurs autres sites. Un reportage, soutenu par des photographies de notre hôpital et de son directeur général, a fait le tour du monde dans le *QST magazine*, journal officiel de l'ARRL. 1999

En mars 2000, j'ai rencontré les membres du *Regroupement des CLSC de la Montérégie*, instance régionale de la *Fédération des CLSC du Québec*, pour leur présenter notre projet de *Centre de services ambulatoires hospitaliers* et pour leur proposer d'appuyer notre hôpital auprès de la Régie régionale. Le *Regroupement des CLSC de la Montérégie* a accepté notre proposition et a fait parvenir une lettre d'appui, conforme à nos volontés, à la Régie régionale. 2000

Au cours de l'an 1999, nous avons préparé avec prudence et sans panique notre *passage informatique à l'an 2000*. Une multitude d'experts craignaient plusieurs types d'effets pervers dus à des erreurs de conception reliées à l'architecture de certains systèmes d'information. Le ministère, la Régie régionale, les médias et plusieurs autres tiers externes parlaient avec crainte du *bogue de l'an 2000*. Ils nous suggéraient d'être prêts à affronter notre *passage informatique à l'an 2000*. Nous nous sommes préparés, mais sans extravagance. Au mois de décembre de l'année 1999, nous étions tellement confiant en la qualité de notre préparation que nous avons requis la présence d'un seul gestionnaire additionnel dans les deux heures qui ont précédé et qui ont suivi le moment fatidique de ce fameux *passage informatique*, et ce, à minuit le 1er janvier 2000. Nous avons requis la présence d'aucun autre gestionnaire. Ce risque calculé, apparemment unique dans le réseau de la santé au Québec, fut remarqué. A posteriori, nous avons réalisé que notre préparation et que nos contrôles étaient en tout point adéquats. La transition de siècle s'est assurée sans imprévu. 2000

Démarrage simultané de deux *projets de télémédecine*, l'un avec l'Hôtel-Dieu de Sorel et l'autre avec le Réseau Santé Richelieu-Yamaska. La visioconférence en temps réel, en milieu hospitalier, devrait faire partie des nouvelles pratiques pour le diagnostic clinique de maladies et de pathologies. 2000

Mise en place d'un *Système numérique de communication et d'archivages des images radiologiques* dans un court délai de cinq semaines. L'acquisition d'images radiologiques, sous forme numérique plutôt qu'analogique, est porteuse de multiples avantages pour nos professionnels et pour nos patients. Ce système permet de gérer les images radiologiques et est pourvu de fonctions d'archivage électronique. Il permet la communication de ces images par l'entremise de notre réseau informatique. Nous sommes un témoin privilégié de la naissance de la téléradiologie. 2000

Implantation d'une *salle d'angioradiologie* équipée d'un système de radiographie numérique de haute technologie. Depuis 1995, toutes les procédures de radiologie d'intervention, réalisées par un radiologue d'intervention du *Département d'imagerie médicale*, s'effectuaient à l'intérieur de notre salle d'hémodynamie, et ce, grâce à la collaboration des cardiologues. L'équipement de notre nouvelle *salle d'angioradiologie* utilise notre *Système numérique de communication et d'archivages des images radiologiques*. La radiologie d'intervention est une autre forme d'alternative à l'hospitalisation. Elle permet le traitement de différents types de pathologies, vasculaires et non vasculaires. En imagerie médicale nous assurons maintenant à distance la garde médicale en radiologie de plusieurs hôpitaux de notre région en utilisant le *Réseau de télécommunications sociosanitaire* du ministère, réseau avec lequel nous nous sommes raccordés il y a un an. 2000

Au terme de négociations avec la Régie régionale de la Montérégie, nous avons procédé au changement complet de tous nos appareils d'échographie. Nous les avons remplacés par des appareils d'*échographie numérique*. 2000

Acquisition d'un nouvel équipement télécommandé de radiofluoroscopie numérique. 2000

Dans le cadre du *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux* de la Régie régionale de la Montérégie, nous avons déposé un projet majeur de modernisation de notre *Buanderie communautaire*. Le dépôt de ce projet a fait suite à une visite conjointe, à notre hôpital, du sous-ministre adjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et du directeur général de la Régie régionale de la Montérégie, lequel était accompagné de quelques membres de son équipe de direction. Nous leur avons exposé plusieurs arguments au soutien de nos prétentions. Cette visite a duré plus de 10 heures consécutives. La survie de notre *Buanderie communautaire* dépend de l'autorisation de ce projet de rénovation par le ministère et par la Régie régionale. Nous avons noté que, depuis plus de dix ans, le ministère ne finance plus ce genre de projet de rénovation. Nous avons profité de cette visite pour aller voir certains sites dédiés aux activités de commercialisation de notre hôpital. Nos visiteurs furent surpris de nos orientations à ce chapitre et des succès qu'elles connaissent sur tous les plans. 2000

Grand Prix d'excellence régional en *gestion des ressources humaines*. Ce prix a été décerné, au printemps de l'an 2000, par la Régie régionale de la Montérégie. 2000

Prix du Ministère de la Santé et des Services sociaux, à la suite de l'introduction d'une *approche de soutien* auprès de nos gestionnaires. Cette approche novatrice a été présentée au *Salon de l'innovation en soins de santé* du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2000

Réaménagement fonctionnel de la *Salle l'échange* et installation d'une *technologie audiovisuelle* mieux adaptée à nos besoins. Cet équipement nous permet de rehausser la qualité des présentations, des séances de formation et des réunions. Il nous permet aussi de projeter sur écran géant des émissions de télévision transmises par câble. 2000

Augmentation de 200 nouvelles *places de stationnement* aménagées, en partie, sur le site de l'ancien hélicoptère temporaire. Ce projet s'autofinancera. 2000

Location d'une ambulance afin de nous permettre d'effectuer, sans délai, les transferts interhospitaliers préalablement planifiés. 2000

Modification de la structure administrative de la direction générale et embauche d'une *Conseillère à la direction générale*. Cette personne est responsable des *communications internes et externes* de l'hôpital. Notre appréciation de la performance de la titulaire de ce poste nous a suggéré d'enrichir sa description de fonction et de lui confier la réalisation de plusieurs autres dossiers ou projets, distincts de l'univers des communications. Nous sommes fort satisfait de cette décision. 2000

À la suite d'un appel d'offres régional, nous avons été choisis par la Régie régionale de la Montérégie comme *site pilote* pour procéder à une étude de faisabilité de la mise en place, dans un hôpital, du *dossier patient informatisé*. Rapidement, nous avons réussi à en démontrer sa faisabilité à l'intérieur de notre hôpital. 2000

Le *dossier patient informatisé* serait constitué de deux éléments clés : 2000

- ★ Le *dossier papier* de chaque patient que l'on numériserait sans délai au *Service des archives* et qui ferait partie intégrale du *dossier patient informatisé*. Ce serait le principal élément de ce dossier informatisé puisqu'il constituerait près de 70 % du contenu d'un *dossier patient informatisé*. 2000
- ★ Les *renseignements numérisés*, acquis sur chaque patient, dans le cadre de chacun de ses *épisodes de soins* dans notre hôpital. Mentionnons, à titre d'exemple, les renseignements numérisés saisis et archivés sur chaque patient dans les systèmes informatisés suivant : laboratoires, imagerie médicale, accueil, urgence, inhalothérapie et cardiologie, nutrition clinique, et ainsi de suite. Ces informations informatisées sur chaque patient seraient obtenues par le biais du système du *dossier patient informatisé*, et ce, à la suite de la mise en place d'interfaces avec chacun des autres systèmes informatisés ci-haut mentionnés. Des interfaces de programmation permettraient des échanges entre plusieurs logiciels. L'ensemble de ces informations constituerait actuellement près de 30 % du contenu du *dossier patient informatisé*. L'importance relative de cet élément clé du *dossier patient informatisé* serait susceptible d'être plus élevée, dans le temps, à la suite de l'accroissement vraisemblable du nombre de systèmes informatiques qui seraient développés ou acquis par notre hôpital. Dans une telle situation, le pourcentage, apparaissant au paragraphe précédent, diminuerait dans la même proportion. 2000

Notre étude de faisabilité énumère les multiples avantages de développer un *dossier patient informatisé* dans notre hôpital, et cela, à la fois au niveau de nos patients et à la fois au niveau des personnes de notre hôpital qui auraient accès à ces dossiers informatisés, dans l'exercice de leurs fonctions. Notre étude nous indique également que nous devons apporter les ajustements significatifs à certaines de nos pratiques dans ce domaine. Nous pourrions accéder très rapidement au dossier de chaque patient, et ce, quel que soit l'endroit à l'intérieur duquel l'on se trouve dans l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital. 2000

Nous devons nous doter de règles strictes en matière de confidentialité et de respect de la vie privée. L'accès au *dossier patient informatisé* s'effectuerait à l'aide d'un ou de plusieurs *codes d'accès secrets*. La personne responsable de la sécurité des actifs informationnels de notre hôpital s'assurera de la sécurité de l'information informatisée à l'égard de l'utilisation et de la gestion de cette nouvelle technologie de l'information. Cette personne relèvera du directeur général. Elle déposera au Conseil d'administration un bilan annuel résultant de l'application de nos politiques en matière de sécurité des actifs informationnels de l'ensemble de nos systèmes informatisés, y incluant celui du système du *dossier patient informatisé*. 2000

Annonce, par Madame la Ministre Pauline Marois, qu'elle accepte de *mettre à l'étude* notre projet de réaménagement du *Centre des naissances*. Cette étape est préliminaire à l'exécution de tout projet majeur de construction ou d'immobilisation d'un hôpital public et elle doit être franchie avec succès pour que le projet puisse être réalisé. 2000

Réaménagement du *8e centre* pour nous permettre d'accueillir *en observation dix patients* lors des situations de débordement au *Service des soins d'urgence*. 2000

Approbation par le Conseil du Trésor, à la suite de la recommandation de la ministre Pauline Marois, de notre projet de réaménagement du *Centre des naissances*. Ce projet sera réalisé au coût de 2,4 millions. 2000

Approbation par le Conseil d'un Trésor d'une subvention de 1,7 million, et ce, pour nous permettre d'agrandir notre *Service des soins d'urgence*. Pour ce faire, nous utiliserons les installations occupées par la *Direction des rapports et des communications avec les employés*. 2000

Rénovation fonctionnelle de trois *salles d'opération*. Ces salles sont maintenant aménagées d'une façon plus adéquate pour effectuer la chirurgie laparoscopique. Elles sont pourvues de moniteurs à écran plan ainsi que de lampes opératoires offrant des éclairages opératoires modernes et pourvues de *bras articulés suspendus* plus fonctionnels. Nos salles d'opération sont maintenant conçues pour optimiser, sur différents plans, les avantages que présente la *chirurgie par laparoscopie*. Nous avons obtenu de notre Fondation une subvention de 200 000,00 \$ pour nous permettre de réaliser cette rénovation. 2000

Optimisation de notre site d'antennes sur le toit de l'hôpital et accroissement substantiel de nos revenus de commercialisation à ce chapitre. 2000

L'Association des hôpitaux du Québec nous a décerné le *Prix d'excellence en informatique – santé 2000*, et ce, à l'occasion d'une cérémonie qui s'est tenue le 22 novembre de l'an 2000. 2000

Acquisition d'une caméra numérique à scintillation à deux têtes en médecine nucléaire. 2000

Nous avons finalisé les « préliminaires » du *Programme fonctionnel et technique (PFT)* de notre projet d'implanter un *Centre de services ambulatoires hospitaliers*. Nous avons donc précisé la portée de notre projet, son envergure, ses coûts estimatifs et son échéancier. Pour ce faire, nous avons eu recours à une firme-conseil, *Expertise 3S*, pour nous assister lors de l'élaboration de ce PFT. Nous sommes satisfait de la qualité de leur travail et de la nature des relations que leurs représentants maintiennent avec nos employés et nos médecins ainsi qu'avec notre environnement externe. D'autres professionnels nous ont également assistés au cours de cette démarche. 2000

Le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* a été construit entre les années 1977 et 1983. Sous l'autorité du Conseil d'administration de l'hôpital, les travaux de construction de ce nouvel hôpital relevaient du directeur général de l'époque, Monsieur Richard L'Écuyer. Nous désirions perpétuer cette pratique et empêcher que la *Corporation d'hébergement du Québec* devienne responsable de la réalisation des travaux de construction de notre éventuel *Centre ambulatoire*. Depuis le début des années 1980, la responsabilité des *travaux de construction d'envergure* dans le réseau est confiée à la *Corporation d'hébergement du Québec*, conformément à sa mission. Elle est une *mandataire de l'État* sur ces questions. Sur un autre plan, nous aurons besoin du soutien de cette *Corporation* tout au cours des étapes que nous devons franchir dans ce dossier. Il nous paraissait malaisé de leur dire tout haut, ce que nous pensions tout bas : « *Plus tard aurons grandement besoin de vous, mais on ne veut pas vous voir dans le décor* ». Nous nous sommes rendu à deux reprises, à Québec, pour rencontrer les dirigeants de la *Corporation d'hébergement du Québec*. Nous souhaitons que cette *Corporation* partage nos prétentions. Nous avons plusieurs arguments que nous leur avons fait connaître avec une *suprême élégance*. Les représentants de cette *Corporation* ont révisé leurs positions originales. Ainsi, les travaux de construction, s'ils se réalisent, seraient sous l'entière responsabilité de l'hôpital et non sous leur responsabilité. 2001

La *Corporation d'hébergement du Québec* a demandé à notre Conseil d'administration de nommer un *coordonnateur du projet* du Centre de services ambulatoires hospitaliers. Le Conseil d'administration m'a nommé *coordonnateur du projet*. Sous l'autorité du Conseil d'administration, je suis responsable de toutes les étapes du projet et des travaux de construction qui en découlent. Je fais le lien entre l'hôpital et les organismes externes impliqués dans ce projet. Pour leur gouverne, j'ai informé par écrit tous ces organismes de cette décision du Conseil d'administration. 2001

Durant l'élaboration du *Programme fonctionnel et technique* de notre projet d'implanter un *Centre ambulatoire*, nous avons été informés par les médias que le ministère *cesserait d'autoriser le développement d'autres centres ambulatoires* au Québec. Dans la région de la Montérégie, deux autres projets de cette nature étaient simultanément en préparation : celui de l'Hôpital Charles LeMoine et celui de l'Hôpital de Granby. Sur le champ et sans consultation préalable, j'ai décidé de *rebaptiser l'appellation* de ce projet. Pour des raisons tactiques, nous parlerons, à l'avenir, du *projet d'intensification des services ambulatoires du Centre hospitalier Pierre-Boucher*. Depuis 1982, nous sommes reconnus et réputés pour avoir développé correctement toutes sortes d'*alternatives à l'hospitalisation*. Nous tirerons avantage de cette réputation. Elle sera notre principal argument dans la soutenance de ce dossier. Toutes les instances de l'hôpital ont été informées de cette décision et des motifs à l'appui de cette *apparence de virage*. Le Conseil d'administration a accueilli favorablement notre proposition. Toutefois, dans notre esprit et dans nos écrits privés nous continuerons à parler du *Centre de services ambulatoires hospitaliers* ou d'une façon moins savante, du *Centre ambulatoire* de l'hôpital. 2001

Au mois de mars 2001, notre projet d'implanter un *Centre de services ambulatoires hospitaliers* franchit une autre étape, soit 11 mois après son dépôt à la Régie régionale de la Montérégie. La ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Pauline Marois annonce publiquement, à la Salle l'échange, la « mise à l'étude » du *programme fonctionnel et technique* (PFT) de notre projet. Nous devons toutefois franchir plusieurs autres étapes avant que ce projet ne soit définitivement autorisé par le Conseil du Trésor. 2001

Nous avons développé un plan d'action visant à implanter chacune des recommandations contenues à l'intérieur du *Guide de gestion de l'UNITÉ D'URGENCE*, guide publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en l'an 2000. Ce guide fut publié dans le but d'établir les balises d'un modèle d'organisation commun aux hôpitaux du Québec, et ce, en matière de soins d'urgence. Nous avons déjà implanté certaines des recommandations de ce Guide. Quant aux autres recommandations, un calendrier de réalisation a été soumis à la Régie régionale de la Montérégie dans le but de nous permettre d'implanter ce *parfait petit guide* dans notre hôpital. 2001

Nous nous interrogeons sur la compétence des représentants de la *Régie régionale* dans ce domaine. La mission et les préoccupations de la Régie régionale sont différentes des nôtres. De plus, nos préoccupations sont différentes d'autres hôpitaux. En matière de soins d'urgence, les *compétences* des employés de la Régie régionale diffèrent des *compétences* des médecins et des employés de notre hôpital. Elles sont moindres. De surcroît, ces tiers externes commettront au niveau de notre hôpital des *actes interventionnistes mal venus* puisque ces mêmes organismes ont à maintes reprises jugé, avec leurs propres outils, que notre hôpital est un *hôpital performant* à tous les niveaux. Il faut être *riche* au Québec pour se permettre d'agir ainsi. Nous le sommes peut-être, sans le savoir. Nous savons toutefois que les cliniques et les hôpitaux privés n'ont pas les moyens de se payer ce genre de luxe. Nous savons enfin que ce genre de dépenses dans le réseau public de soins de santé nous rend moins compétitifs. 2001

Nous avons mis en application la note intitulée « *note d'orientation de comptabilisation et de compilation 07 (NOCC-07)* » du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette note vise à fournir un guide sur la composition et les fonctions normalement attribuées au *Comité de vérification* d'un hôpital public. Depuis la publication de cette note d'orientation, le Conseil d'administration a adopté une nouvelle politique écrite relative à l'encadrement de notre processus de budgétisation. Notre politique répond maintenant à toutes les orientations et à toutes les procédures mentionnées dans cette note ministérielle. Cette note fait partie du *Manuel de gestion financière* du ministère, manuel que nous sommes tenus d'appliquer conformément aux dispositions de la Loi sur les services de Santé et les Services sociaux. 2001

Nous avons décidé d'implanter une orientation ministérielle s'adressant aux hôpitaux et ayant trait aux *personnes atteintes d'un cancer*. Nous avons donc réajusté certaines de nos pratiques cliniques. Nous avons nommé une *infirmière pivot en oncologie*. Cette infirmière assure notamment la continuité des soins tout au long de la prise en charge de chaque patient. Elle s'assure de la coordination des interventions cliniques de chaque patient. Elle facilite la navigation du patient dans le réseau. Elle est une agente d'information et d'éducation pour le patient et ses proches. Plus de 170 patients atteints de cancer ont ainsi bénéficié de ce nouveau service et de nos nouvelles approches. 2001

Nous terminons l'exercice financier 2000-2001 avec un surplus budgétaire de 131 000,00 \$. 2001

Remplacement de tous les équipements d'imagerie médicale fonctionnant en mode analogique. 2001

Acquisition par autofinancement d'un *laboratoire central automatisé*, couramment appelé un *Corelab*. Cet équipement a pour mission de relier tous les automates de tous les secteurs de la biologie clinique. La particularité de cet équipement réside dans son fonctionnement entièrement automatisé. Tous les échantillons y sont traités de façon séquentielle par des *automates*. Ce système fonctionne 24 h sur 24 h. Cela nous permet d'accroître la rapidité de nos analyses de laboratoires, de réaliser des analyses que l'on achetait dans d'autres hôpitaux et d'accroître notre autosuffisance régionale en matière d'analyses de laboratoires. 2001

Rénovation complète de notre *laverie* au coût d'un demi-million de dollars et acquisition d'une nouvelle laveuse et de convoyeurs à plateaux plus modernes, le tout financé à même les activités de commercialisation de notre casse-croûte. 2001

Nous utilisons la *télémedecine* pour l'interprétation, à distance, de résultats d'examens d'imagerie médicale en *tomographie axiale assistée par ordinateur* et en *médecine nucléaire*. Nous avons le sentiment d'être un témoin privilégié d'une révolution dans le domaine du diagnostic médical. 2001

Nous avons bénéficié d'une grande *visibilité médiatique* tout au cours du dernier mandat, conformément aux attentes du Conseil d'administration. 2001

En tant que *Centre de référence pour investigation désigné*, nous assurons, depuis l'année 1998, une réponse rapide aux demandes de consultation qui nous sont acheminées à partir de certains *centres de dépistage* du cancer du sein. Depuis l'année 2001, nous desservons la clientèle de l'*Hôtel-Dieu de Sorel*, clientèle qui était antérieurement dirigée vers des hôpitaux de la région Montréal. De plus, nous effectuons, pour des patientes du Réseau Santé Richelieu-Yamaska et pour des patientes de l'Hôpital de Valleyfield, des *biopsies à l'aiguille fine* pour extraire du liquide ou des cellules dans une masse au sein en vue d'un examen qui permettra de déterminer la présence ou non d'un cancer du sein chez ces patientes. 2001

Nous avons l'intention de nous faire assister, d'ici peu, par un *Directeur des services techniques*. Cette personne serait un *ingénieur* ou un *architecte*. Le Conseil d'administration sera saisi de cette question prochainement. 2001

Le 1er novembre 2002, le Centre hospitalier Pierre-Boucher s'est vu attribuer par la *Corporation d'hébergement du Québec* un *terrain d'une superficie d'environ 40 000 mètres carrés*. La signature du bail a eu lieu le 2 décembre 2002, à la suite d'une autorisation du Conseil d'administration. Il était devenu impératif d'acquérir ce grand terrain dans le contexte d'une réalisation éventuelle de notre projet d'*intensification des services ambulatoires*. Nous avons été tenu de déposer à la Régie régionale, de même qu'à la *Corporation d'hébergement du Québec*, *plusieurs scénarios* démontrant qu'une telle superficie de 40 000 mètres carrés était totalement requise pour les besoins futurs de notre hôpital et, entre autres, pour satisfaire à nos besoins de nouvelles places de stationnement. Cette acquisition fut autorisée par le Conseil du Trésor, au coût de 4,1 millions. C'est le vendredi 28 décembre 2001 que le dossier fut réglé et que l'argent fut déposé par le gouvernement du Québec à la ville de Longueuil, ex-proprétaire de ce terrain. L'assemblée des gestionnaires a applaudi longuement cette réalisation. 2001

Ce terrain est la propriété de la *Corporation d'hébergement du Québec*. Nous le lui louons pour une *somme annuelle de base de zéro dollar*. Nous avons convenu que ce terrain pourrait être ultérieurement rétrocédé au Centre hospitalier Pierre-Boucher puisque, *depuis toujours*, notre hôpital fut en tout temps responsable de la construction de *toutes ses installations*. Il en serait ainsi pour la construction de son futur *Centre ambulatoire*. Le *changement de propriété* de ce terrain ne serait qu'une *formalité*. Il reviendrait à notre hôpital de juger de la pertinence de poser ce geste et de prendre les initiatives appropriées au moment opportun. 2001

La Fondation du Centre hospitalier Pierre-Boucher verse 1 million à notre hôpital pour sa gouverne. Nous reconnaissons la qualité des efforts continus d'administrateurs et de bénévoles de cette fondation. Nous les remercions. Cette subvention fut hautement appréciée à tous les niveaux. 2001

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a autorisé notre hôpital à procéder à la modernisation des équipements et des installations de notre *Buanderie communautaire* et de notre *Service de buanderie-lingerie*. Un *tunnel de lavage modulaire* y sera installé. Nous pourrons ainsi nous adapter aux exigences de nos établissements clients et continuer à demeurer compétitifs dans ce marché. Nos nouveaux équipements seront plus performants que les anciens. Ils nous permettront d'accroître notre productivité, de réduire la consommation d'énergie et de diminuer les coûts d'entretien de nos appareils. La majorité de ces nouveaux équipements fonctionneront en mode numérique. Ce projet s'autofinancera en partie. Depuis 10 ans, c'est le plus important réaménagement d'un service de buanderie d'hôpital autorisé par le ministère. 2001

Une *entente de gestion et d'imputabilité* entre le Centre hospitalier Pierre-Boucher, la Régie régionale de la Montérégie et le ministère de la Santé et des Services sociaux a été conclue le 21 décembre 2001. Cette entente prévoit un résultat déficitaire pour l'exercice 2001-2002, ainsi que le *retour à l'équilibre budgétaire* pour l'exercice financier 2002-2003. Une entente de gestion est également un instrument qui permet au ministre de suivre la réalisation de son propre plan stratégique quinquennal. Une entente de gestion doit être axée sur la production de résultats et sur l'imputabilité des directeurs généraux d'hôpitaux publics. ²⁰⁰¹

L'exploitation du *parc de stationnement* a été confiée par convention, le 16 décembre 2001, à la *Fondation du Centre hospitalier Pierre-Boucher*. Cette décision a été rendue nécessaire en réponse à une décision du ministère nous *obligeant à réduire nos déficits d'exploitation en utilisant nos revenus de stationnement*. Cette réglementation nous prive, dans un contexte déficitaire, d'utiliser nos revenus de stationnement à l'acquisition d'équipements ou à la réalisation de travaux d'immobilisation. Cette entente avec la Fondation est renouvelable à la discrétion des parties. La Fondation a accepté de gérer notre parc de stationnement dans le seul but d'accommoder l'hôpital inopportunément aux prises avec cette nouvelle réglementation ministérielle. Ce mandat peut lui être retiré en tout temps, selon les modalités prévues à la convention. Les revenus nets de stationnement, perçus par la Fondation, doivent être versés à l'hôpital selon une périodicité rigoureusement prévue. Cette convention a été approuvée par nos conseils d'administration respectifs. ²⁰⁰²

L'importance grandissante du nombre de travaux *en cours de réalisation* en matière d'immobilisation et en matière d'acquisition d'équipement de hautes technologies ainsi que le projet de construction de notre futur *Centre de services ambulatoires hospitaliers*, dont nous serons en tous points responsables de sa construction, nous a suggéré une modification substantielle à notre *Plan d'organisation administratif* en procédant à la création d'une *Direction des services techniques* et en redéfinissant la répartition du pouvoir à l'interne. Nous prévoyions confier ultérieurement, au moment opportun, à cette nouvelle *Direction des services techniques*, des responsabilités devant normalement relever de la juridiction de cette direction à l'intérieur d'un hôpital. ²⁰⁰²

L'on se souvient encore que, dans son rapport annuel déposé à l'Assemblée nationale du Québec en 1999-2000, le vérificateur général du Québec formulait des constats inquiétants quant à l'actuelle *gestion des immeubles* dans les établissements du réseau de la santé au Québec. ²⁰⁰²

Le Conseil d'administration a accepté notre recommandation et a procédé à la nomination d'une *directrice des services techniques*. Elle est une architecte détenant une maîtrise en gestion de projets. ²⁰⁰²

Nous avons procédé à la nomination de deux *coordonnatrices associées* pour assister le *coordonnateur du projet* du Centre ambulatoire, soit le directeur général. L'une de ces coordonnatrices s'occupe de toutes les questions d'ordre professionnel du projet; l'autre s'occupe de toutes les questions d'ordre technique du susdit projet. Ces deux *coordonnatrices associées* ont été temporairement relevées de leurs fonctions régulières de directrice et ont été retirées du *Comité de régie*. Elles se consacrent entièrement à leurs nouvelles fonctions. Pour les remplacer, nous avons nommé un *Directeur médical et des services professionnels intérimaire* ainsi qu'un *Directeur des ressources financières, matérielles et immobilières intérimaire*. 2002

Nous avons créé un *Comité de coordination* du projet du *Centre ambulatoire*, comité composé du Coordonnateur du projet, le directeur général, qui le préside et des deux coordonnatrices associées. 2002

Remplacement de tous nos équipements d'anesthésie et de réanimation. Ces nouveaux équipements permettent l'utilisation d'*agents anesthésiques plus volatils*, favorisant une plus grande rapidité du réveil du patient. Nous tirons avantage, par ce remplacement, d'innovations dans ce domaine. Nous avons obtenu une subvention de près de 800 000,00 \$ pour nous permettre de changer nos huit cabinets d'anesthésie. 2002

Application intégrale du *Plan de retour à l'Équilibre budgétaire* convenue par écrit le 21 décembre 2001 entre le sous-ministre en titre, le directeur général de la Régie régionale et le directeur général du CHPB. Nous avons difficilement réussi à implanter chacune des mesures prévues à ce plan. 2002

La Régie régionale de la Montérégie s'est engagée à prendre les dispositions appropriées pour qu'un *maximum de 30 patients de soins de longue durée* puisse occuper nos lits de soins de courte durée. La Régie régionale assumera cet engagement en concertation avec les établissements d'autres *catégories d'établissements* de notre sous-région. Notre hôpital sera présent à toutes les activités de coordination de la Régie régionale sur ces questions. Nos représentants, au niveau de ces activités de coordination, seront d'autres *gardiens de la raison d'être de notre hôpital en matière de soins de courte durée*. Le vieillissement de la population et l'augmentation significative de notre taux de rétention sont les principaux facteurs à l'origine de nos actuels défis en cette matière. Ce dossier est suivi de près par le Conseil d'administration et des rapports périodiques lui sont présentés. 2002

Nous avons instauré un partenariat avec des organismes communautaires de notre territoire en nous inspirant d'un modèle mis au point à l'intention des *équipes de suivi intensif dans la communauté*. Les membres de ces *équipes de suivi* offriront à une clientèle visée une gamme de services de traitement psychiatrique, de réadaptation et de soutien. Plusieurs de ces patients sont porteurs des troubles mentaux sévères et persistants. Ces services seront dispensés à l'extérieur des bureaux de l'hôpital, dans le milieu de vie de ces patients. 2002

En télémédecine, nous pouvons maintenant transmettre vers deux hôpitaux de soins tertiaires pour enfants des images radiologiques acquises avec notre appareil d'échographie cardiaque, soit vers l'*Hôpital Sainte-Justine* et vers l'*Hôpital de Montréal pour enfants*. Les évaluations cardiaques à distance permettent d'éviter des transferts de patients vers ces hôpitaux. Ils permettent aussi de transférer dans de meilleures conditions les nouveau-nés porteurs de malformations cardiaques. 2002

Nous effectuons des *consultations médicales en anatomopathologie* pour l'Hôtel-Dieu de Sorel et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska. Nous sommes à évaluer, avec la Régie régionale, la possibilité d'effectuer ces consultations à distance au moyen de la *télépathologie*. Nos technologies de l'information nous permettraient d'offrir actuellement un tel support à d'autres hôpitaux. La télépathologie est définie comme étant la communication et la consultation à distance d'images microscopiques numérisées. La télépathologie est tout simplement une application de la télémédecine que nous utilisons de nos jours à l'hôpital dans d'autres secteurs d'activité clinique. 2002

Installation, en mars 2002, d'un *complexe modulaire préfabriqué*, au coût d'un demi-million de dollars. Nous allons y loger la *Direction des rapports et des communications avec les employés* ainsi que deux salles de réunions polyvalentes, une salle de formation informatique et trois bureaux polyvalents. Les espaces ainsi libérés par cette direction administrative nous permettent l'agrandissement du *Service des soins d'urgence*. Comme prévu, le complexe modulaire a été aménagé en avril 2002 2002

Notre *taux d'encadrement* est toujours plus faible que celui d'autres hôpitaux comparables. 2002

Nous offrons un service de consultation à distance en *échographie Doppler* pour les patients du *Réseau Santé Richelieu-Yamaska* nécessitant des investigations vasculaires. La qualité de nos ressources médicales de même que les caractéristiques de notre appareil d'échographie vasculaire numérique, que l'on peut utiliser en *mode Doppler*, nous permettent d'offrir un tel support de qualité à ces deux hôpitaux. 2002

Le *taux de roulement* des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires est presque nul. Ce taux représente le pourcentage des effectifs qui quitte l'organisme au cours de la période d'une année. Ce bas *taux de roulement* est un indice de notre bon climat de travail. Rappelons que les cadres supérieurs sont nommés par le Conseil d'administration, sur recommandation du directeur général. Les cadres intermédiaires sont nommées par le directeur général, sur recommandation de la *direction des rapports et des communications avec les employés* et sur recommandation de la *direction administrative* de laquelle relèvera ce cadre intermédiaire. 2002

Le CHPB s'est conformé aux nouvelles lois et règlements régissant le réseau de la santé, notamment en ce qui concerne la gouverne du réseau de la santé. Une nouvelle composition des conseils d'administration des régies régionales et des hôpitaux y est prévue. La confection des plans d'effectifs médicaux est réglementée d'une façon différente. Des ajustements majeurs, au niveau des mécanismes de remplacement et de recrutement de médecins, y sont prévus. 2002

Nous avons négocié et obtenu du MSSS et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, dans le cadre de la lettre d'entente n° 112 approuvée par l'Assemblée nationale, un *forfait réseau en pneumologie*. Ce forfait nous a permis de recruter une jeune pneumologue, malgré le fait qu'elle était consciente de se voir imposer, au cours des 3 prochaines années, une pénalité de 30 % sur ses honoraires chargés à la RAMQ. Ce type de pénalité fut introduit dans le but de favoriser une meilleure répartition des médecins sur le territoire du Québec. Cela démontre à quel point notre hôpital séduit les nouveaux médecins spécialistes. Cette entente s'applique depuis le 27 janvier 2001. ²⁰⁰²

Mise en place, en avril 2002, d'un nouveau *programme d'appréciation de la performance du personnel-cadre*. Ce nouvel outil devrait nous permettre de mieux définir les contributions attendues de nos gestionnaires à l'atteinte d'objectifs préalablement convenues avec eux. ²⁰⁰²

Obtention de deux subventions dans le cadre du *programme AGIR* du gouvernement du Québec. La première, d'une somme de 253 000,00 \$, permet de remplacer notre *panneau de sécurité-incendie* par un nouveau panneau complètement numérique. Elle nous permet de plus de rehausser le système d'appel général et de remplacer plusieurs *haut-parleurs de plafond* défectueux. La deuxième, d'une somme de 350 000,00 \$, nous permet de numériser le fonctionnement de deux ascenseurs sur cinq. Il est prévu de nous défaire complètement, d'ici deux ans, de tous nos vieux *systèmes à relais électromécaniques* qui servent à activer le fonctionnement de nos ascenseurs. ²⁰⁰²

À l'occasion d'une conférence de presse tenue le 19 avril 2002, le ministre associé à la Santé, Monsieur David Levine, ainsi que la députée du comté de Taillon, Madame Pauline Marois, annoncent conjointement que l'hôpital peut maintenant exécuter simultanément les travaux d'agrandissement du *Service des soins d'urgence* et le réaménagement complet du *Service des soins de natalité*. Une subvention, au montant de 4,1 millions, accompagne cette annonce. ²⁰⁰²

Nous avons pris les dispositions pour que notre hôpital soit désigné pour recevoir les *victimes d'agressions sexuelles âgées de 14 ans et plus* de la sous-région de Longueuil qui couvre un territoire d'un demi-million d'habitants. Nous intervenons auprès de ces victimes, femmes ou hommes, en leur offrant des services sur le plan médico-social. Ce dossier est plus difficile à implanter qu'initialement prévu. ²⁰⁰²

La participation de notre hôpital au *Réseau québécois de cardiologie tertiaire* nous a permis de confirmer les résultats de nos propres études qui nous indiquent que les besoins projetés, en nombre de salles d'hémodynamie dans la région de la Montérégie, sont les suivants : nécessité de maintenir au moins deux salles d'hémodynamie. Dans notre projet d'implantation d'un *Centre de services ambulatoires hospitaliers*, nous avons, dès le début, prévu implanter une deuxième salle d'hémodynamie. En 1999, nous avons entamé nos discussions sur cette question avec la Régie régionale et le ministère de la Santé et des Services sociaux, soit dès le début de l'élaboration du *programme fonctionnel et technique* de notre futur *Centre ambulatoire*. Aisément, nous sommes tous tombés d'accord sur le nombre de salles d'hémodynamie requises. ²⁰⁰²

Nous avons mis sur pied une *Clinique d'insuffisance cardiaque*. Les services offerts à cette clinique permettent de diminuer le nombre de réadmissions et le nombre de visites à l'urgence. 2002

Nous analysons avec rigueur toutes les activités cliniques qui gravitent autour de nos soins opératoires dans le but d'améliorer notre *offre de continuum de soins* aux patients en pré et postopératoires de chirurgie, particulièrement en chirurgie d'un jour. Ces soins sont offerts à l'arrivée du patient aux soins opératoires et cessent lorsqu'il quitte la salle de réveil. Nous analysons nos méthodes dans le but de maximiser l'utilisation de toutes nos ressources dans le domaine des soins opératoires. Notre seule mission hospitalière en matière de soins de courte durée doit se réaliser pleinement, et ce, à la fois au niveau de nos patients hospitalisés et à la fois au niveau des patients qui doivent subir une chirurgie d'un jour. Telle est l'orientation fondamentale qui guide nos approches et nos activités dans ce domaine. 2002

Nous avons installé sur chaque service de soins infirmiers des moniteurs permettant aux cliniciens de consulter les rapports d'analyse de laboratoire et les rapports d'imagerie médicale de leurs patients. 2002

La gestion du *calendrier des activités* reliées à l'éducation des patients s'effectue maintenant à l'aide d'un support informatique. Deux chaînes de télévision sont en tout temps mises gratuitement à la disposition des patients dans le cadre de ces activités. 2002

Notre projet d'implantation d'un *Centre de services ambulatoires hospitaliers* vient de franchir la phase *concept*. Nous entamons la phase des *plans et devis préliminaires*. Au mois de juin de l'année 2002, le sous-ministre a approuvé une révision à la hausse des frais d'immobilisation de ce projet. Le coût total estimé de ces dépenses est passé de 53 millions à 58 millions. Ce coût inclut aussi toutes les dépenses d'équipements prévus au projet. Plusieurs personnes sont mobilisées à la réalisation de ce projet. 2002

Nous continuons à assumer avec prudence et vigilance notre responsabilité en matière de prévention des infections dans notre hôpital. Nous maintenons des rapports étroits et périodiques avec *l'infirmière responsable de la prévention des infections* et cela même si cette dernière ne relève pas directement de nous. Nous suivons de près les activités du *Comité de prévention des infections*. Ce comité prend toutes sortes de dispositions pour prévenir l'éclosion de maladies nosocomiales, lesquelles maladies sont contractées à l'hôpital et non à l'extérieur de l'hôpital. La présence de bactéries, de virus ou de champignons dans l'hôpital peut être responsable d'infections nosocomiales. Je mentionne le nom de deux bactéries avec lesquelles nous devons composer : le *Clostridium difficile*, et le *SARM* (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline). Le *virus de l'influenza* peut aussi être la cause de graves maladies ou de décès chez nos patients. Nous prenons des dispositions pour protéger nos patients, nos employés et nos médecins contre toutes les *sortes de microbes présents* dans notre milieu. Nos méthodes de prévention et de contrôle nous semblent efficaces. 2002

Nous avons négocié et obtenu une proportion du *quart de l'enveloppe budgétaire régionale* du ministère dédiée à des *équipements de haute technologie en santé*. Cette enveloppe budgétaire fut mise à la disposition des 10 hôpitaux de la région de la Montérégie. Le montant de nos subventions s'éleva à 5.3 millions. Nous pourrions acquérir une nouvelle *caméra en médecine nucléaire* au coût de 650 000,00 \$, un nouvel appareil de *tomodensitométrie* au coût de 1,5 million et un premier appareil de *résonance magnétique nucléaire* au coût de 2.3 millions. 2002

En développant la *résonance magnétique nucléaire*, nous introduirons à l'hôpital une nouvelle *technique de visualisation en imagerie médicale*. Plusieurs hôpitaux ont simultanément bénéficié de ce développement inattendu dans le cadre du *programme en haute technologie en santé* du ministère. Nous avons toutefois verbalement convenu avec la Régie régionale qu'elle nous autoriserait à installer ce nouvel équipement lors de la construction de notre futur *Centre ambulatoire*. Nous avons encore plusieurs phases à franchir avant que cet important projet de construction ne soit accepté ou refusé par le *Conseil du Trésor*. S'il n'était pas accepté, nous sommes conscient du risque de perdre l'opportunité de développer cette nouvelle activité clinique diagnostique à l'hôpital. Le président du *Conseil d'administration*, Monsieur Jean-Guy Parent, a été saisi de cette question. Cette décision risquée nous hante. 2002

Notre candidature de réaliser un *projet régional* en matière d'implantation du *dossier patient informatisé* a été acceptée et autorisée par la *Direction des technologies de l'information et des télécommunications* du MSSS et par la *Régie régionale de la Montérégie*. Cette autorisation est accompagnée, dans un premier temps, d'une subvention de 1,2 million. Nous avons prévu la phase du *déploiement complet* du dossier patient informatisé dans l'hôpital. Pour la réalisation de cette phase, une subvention de 6,2 millions nous serait versée. Nous deviendrons le site pilote de la région de la Montérégie en cette matière. Nos devons au préalable franchir, à la satisfaction du Conseil d'administration et à la satisfaction de la Régie régionale, la phase *d'expérimentation* du projet régional mentionné ci-dessus. 2002

Nous avons pris les dispositions pour remplacer notre *système de radiographie cardio-vasculaire en hémodynamie* par l'installation d'un nouvel appareil du type *INNOVA 2000* de la Compagnie Générale Électrique. Cet appareil de radiologie *complètement numérique* offre la technologie de capteurs de rayons X à panneau plat. Cette technologie améliore significativement la qualité des images radiologiques. Cela s'avère utile lors des procédures d'angioplastie. L'installation de ce nouvel équipement s'effectua en août 2002. Nous sommes le premier hôpital, situé à l'est du Québec, à acquérir une technologie si évoluée en *hémodynamie diagnostique et thérapeutique*. C'est un système d'imagerie radiographique à la pointe du progrès. Notre équipement précédent a été vendu à un hôpital vétérinaire. 2002

Malgré un contexte de pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé, nous confirmons au *Comité d'évaluation du directeur général* l'inexistence de problèmes de cette nature à notre hôpital. Tous nos postes d'infirmières sont pourvus, à l'interne. Nous connaissons une grande aisance à attirer et à retenir du personnel clinique. Notre interdiction d'avoir recours à des *agences privées de placement d'employés* est maintenue depuis l'année 1986. Nous insistons sans répit sur l'importance du *climat organisationnel*. En effet, un tel climat représente, pour nous, une force d'attraction et de rétention de notre main-d'oeuvre qualifiée. ²⁰⁰²

Durant la période estivale de 2002, nous avons fermé seulement neuf lits de soins de courte durée. En tout temps, nous avons eu les ressources requises pour nous permettre de fonctionner adéquatement. ²⁰⁰²

Nous avons implanté le *programme PRISME*. Grâce à ce programme, les personnes souffrant d'asthme bénéficient davantage de formation pour leur permettre de mieux composer avec leur maladie. Ils obtiennent de l'information sur les services offerts par les CLSC. Les CLSC ont tous développé un *Centre d'enseignement sur l'asthme*. Ces centres diminuent une réutilisation, par ces personnes *souffrant d'asthme*, de notre *Service des soins d'urgence* et cela dans 80 % des cas. Nous avons obtenu la collaboration de la Régie régionale et de la compagnie pharmaceutique GlaxoSmithKline tout au cours de l'implantation de ce programme. ²⁰⁰²

Nous avons amorcé la mise en place de plusieurs nouveaux programmes visant à mieux soutenir nos gestionnaires et nos employés sur différents plans, notamment en ces matières :

- ★ organisation du travail;
- ★ gestion de la présence au travail;
- ★ stabilisation de la structure de postes;
- ★ développement des compétences;
- ★ valorisation des ressources humaines et reconnaissance de leur contribution. ²⁰⁰²

L'analyse du *niveau de satisfaction de nos patients* nous démontre que 95 % de nos ex-patients voudraient à nouveau être réhospitalisés à notre hôpital. Année après année, nous maintenons ce même taux. C'est notre plus belle réalisation comme directeur général d'hôpital. Nous pourrions la commenter longuement. Tel n'est pas l'objet du présent recueil. ²⁰⁰²

Aux membres du Comité d'évaluation du Directeur général

Je suis conscient que ce *Bilan de réalisations* est peut-être le dernier que j'aurais à produire dans ma carrière dans cet hôpital. Si vous proposez que mon contrat d'engagement soit à nouveau renouvelé pour quatre ans, à compter du 1^{er} novembre 2003, ce contrat prendrait fin le 1^{er} novembre 2007 ⁵. ²⁰⁰²



⁵ Le *Comité d'évaluation du directeur général* a proposé que mon contrat soit renouvelé. Le Conseil d'administration a accepté unanimement cette proposition. Au terme de ce dernier mandat, le 1^{er} novembre 2007, j'aurais occupé la fonction de directeur général durant 35 années consécutives. Toutefois, mon poste fut aboli 1 ½ après le renouvellement de ce dernier mandat.

TROISIÈME CHAPITRE

Liste de chacune des 26 priorités corporatives 2002-2004

Texte soumis par le Directeur général et approuvé par le Conseil d'administration

1. Continuer à composer avec les instances compétentes de notre environnement externe et, en conséquence, continuer à prendre les dispositions appropriées dans le but de permettre au *Centre hospitalier Pierre-Boucher* de tirer avantage des *opportunités disponibles* aux fins du fonctionnement et du développement de notre hôpital, le tout dans le respect de notre mission et de nos orientations connues.
2. Implanter les décisions du législateur, du gouvernement ou de la ministre de la Santé et des Services sociaux à la suite du dépôt, à ces susdites instances, du rapport de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, commission mise sur pied en juin 2000 par la ministre. Réaliser les différentes phases de notre projet d'*intensification des services ambulatoires au Centre hospitalier Pierre-Boucher*, dans le respect des décisions des autorités gouvernementales compétentes en cette matière.
3. Réaliser les différentes phases de notre projet d'*intensification des services ambulatoires* au Centre hospitalier Pierre-Boucher, dans le respect des décisions des autorités gouvernementales compétentes en cette matière.
4. Planifier une étape transitoire à la réalisation du projet d'*intensification des services ambulatoires* du Centre hospitalier Pierre-Boucher en procédant, pour ce faire, à des réaménagements physiques opportuns qui tiennent compte des ressources disponibles en cette matière.
5. En harmonie avec les orientations du Conseil d'administration de notre hôpital en date du 6 septembre 1996, contribuer au développement d'un réseau intégré de soins et de services, tant sur le plan préventif que sur le plan curatif.

6. **Maintenir les orientations stratégiques, telles qu'antérieurement promulguées par le Conseil d'administration, et ainsi continuer à nous ajuster aux orientations ministérielles et aux tendances internationales et modernes qui nous suggèrent que les lits et les ressources d'un centre hospitalier de soins de courte durée doivent prioritairement servir à la prestation de soins aigus.**
7. **Adapter notre actuelle gamme de soins et de services aux besoins changeants de la population que nous avons la responsabilité de desservir adéquatement et ainsi tenir compte du profil sociosanitaire connu de notre population.**
8. **Privilégier, compte tenu des ressources disponibles, l'accès aux technologies en général et aux technologies d'information susceptibles d'améliorer notre performance.**
9. **Parfaire nos outils pour nous assurer de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience de nos pratiques cliniques et administratives.**
10. **Revoir nos mécanismes de dispensation de nos soins opératoires et améliorer l'accessibilité aux soins opératoires urgents et semi-urgents, en particulier en chirurgie générale.**
11. **Diminuer la durée de séjour, le nombre de réadmissions et les visites à notre *Service des soins d'urgence* de nos patients porteurs d'une maladie cardiaque.**
12. **Participer à la Table de concertation *du Réseau québécois de cardiologie tertiaire*, table mise sur pied le 13 octobre 2000 par la ministre de la Santé et aux Services sociaux. Favoriser, par le biais de cette participation, une accessibilité accrue à des soins cardiologiques de qualité à la population de la région de la Montérégie.**

13. **Composer avec le phénomène du vieillissement de la population, ajuster nos pratiques et mettre en place des mécanismes nouveaux en révisant et en modernisant, entre autres, le contenu de notre programme de gériatrie.**
14. **Réajuster nos pratiques pour nous permettre de composer avec l'accroissement du nombre de patients atteints de cancer, le tout dans le respect des orientations ministérielles sur cette question.**
15. **Poursuivre l'amélioration du fonctionnement de notre *Service des soins d'urgence* par une révision, cette fois, du mode de prise en charge de nos patients à leur arrivée.**
16. **Intensifier, principalement en collaboration avec les CLSC de notre territoire, des mécanismes favorisant une meilleure continuité de soins pour nos patients atteints d'une *Maladie pulmonaire obstructive chronique*, et ce, dans le but de diminuer significativement le taux de réadmission et la durée de séjour de ces patients en favorisant, pour ce faire, le recours à des alternatives à l'hospitalisation pour ces patients.**
17. **Favoriser la continuation de l'accroissement d'actes de complémentarité entre le Centre hospitalier Pierre-Boucher, l'Hôtel-Dieu de Sorel et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska, particulièrement au niveau de la dispensation de soins pneumologiques spécialisés, de la téléradiologie, de même qu'au niveau de la poursuite de nos objectifs réciproques en ce qui concerne l'amélioration de la couverture médicale pour la population faisant partie de ce pôle de la région de la Montérégie.**

18. **Moderniser le fonctionnement de notre *Buanderie communautaire*** dans l'hypothèse où le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que la Régie régionale de la Montérégie nous autoriseraient à acquérir un tunnel de lavage dans le cadre du *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux* de la Régie régionale. Dès lors, prendre les moyens appropriés pour que ce projet puisse être autorisé dans les meilleurs délais.
19. Prendre les dispositions appropriées pour favoriser, sous la forme d'une expérience pilote, la conclusion d'une entente entre notre hôpital, des cabinets privés de médecins spécialistes, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que d'autres organismes, s'il y a lieu, dans le but d'intégrer et de consolider les services extra-hospitaliers d'imagerie médicale de première ligne couverts par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec. Conséquemment, affermir les services de deuxième et de troisième ligne actuellement ou éventuellement offerts par notre hôpital au niveau de ces services d'imagerie médicale.
20. Réaliser une étude de faisabilité du *dossier patient informatisé*, et ce, en collaboration avec la Régie régionale de la Montérégie. Dans l'hypothèse où cette étude serait concluante et que ce projet serait financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, prendre les dispositions appropriées pour procéder à l'implantation du *dossier patient informatisé* à la grandeur de notre hôpital.
21. Procéder au réaménagement des installations de notre *Service des soins de natalité*, le tout consécutivement à une décision antérieure du Conseil d'administration.

22. **Accroître le partage de notre information clinique et administrative de nature électronique et numérique, qu'elle soit de type voix, donnée ou image, et ce, dans le but de nous permettre de mieux soutenir la prestation de nos soins et de nos services, d'accroître la performance de notre hôpital sur tous les plans et d'accroître dans cette foulée le niveau d'intégration de nos différentes applications cliniques et administratives, le tout dans le respect des orientations du Conseil d'administration en matière de *sécurité des actifs informationnels*.**

23. **Ajuster nos pratiques et notre mode de fonctionnement aux nouveaux mécanismes ministériels devant être mis en place par le biais d'une révision de l'actuel mode de budgétisation des centres hospitaliers publics du Québec.**

24. **Analyser l'actuel plan d'organisation administratif de notre hôpital, le réviser, et procéder à l'adoption ainsi qu'à la publication d'un nouvel organigramme officiel de notre hôpital.**

25. **Composer avec l'accroissement de la clientèle en psychiatrie en mettant en place des pratiques visant à améliorer la qualité de notre partenariat avec les CLSC ainsi que les cliniques privées et les organismes communautaires. Tenir compte de la mission principale de notre hôpital en matière de soins de courte durée, dans la prise en charge de patients porteurs de *troubles mentaux sévères et persistants*.**

26. **Développer et mettre en place des programmes et des mécanismes visant à mieux soutenir nos gestionnaires et nos employés notamment, en matière :**
 - d'organisation du travail;
 - de gestion de la présence au travail;
 - de stabilisation de la structure de postes;
 - de développement des compétences;
 - de valorisation des ressources humaines et de reconnaissance de leur contribution.

Présentation des réalisations des priorités 2002-2004

Explications préalables

Les textes, paraissant à l'intérieur de ce chapitre, ont été rédigés par des membres du *Comité de régie du directeur général*, de même que par le directeur général. Pour satisfaire certains besoins d'uniformité, je me suis autorisé à en altérer leur forme lors de la préparation du présent recueil.

Le document inclus à l'intérieur de ce chapitre a été déposé au cours de l'année 2004, au niveau d'instances de l'hôpital.

Toutefois, voulant éviter un trop grand nombre de redondances, nous avons systématiquement retiré de ce document les réalisations de l'année 2002 déjà présentées, mais différemment, par le directeur général dans le chapitre précédent.

Septembre 2002 au 8 juillet 2004

1. Continuer à composer avec les instances compétentes de notre environnement externe et, en conséquence, continuer à prendre les dispositions appropriées dans le but de permettre au Centre hospitalier Pierre-Boucher de tirer avantage des opportunités disponibles aux fins de son fonctionnement et de son développement, le tout dans le respect de notre mission et de nos orientations connues.

- ▶ Le 12 mai 2003, le *Conseil d'arrondissement de la ville de Longueuil* approuvait le plan d'aménagement de notre futur *parc de stationnement*, le jugeant conforme à leur propre *plan d'implantation et d'intégration architecturale*. Notre plan d'aménagement assure *une unité et une harmonie* du plan de notre parc de stationnement avec celui de son environnement. Les nouvelles places de stationnement doivent être installées sur la partie du terrain longeant le chemin Du Tremblay. Seuls des édifices peuvent être installés sur la partie du terrain longeant le boulevard Jacques-Cartier. Ce plan nous oblige à un certain *aménagement paysager*. Nous devons également prévoir des espaces pour construire un bassin de *rétenion des eaux pluviales*. 2003
- ▶ Le coût de réalisation de ces nouvelles places de stationnement s'autofinancera sur plusieurs années. Un plan d'autofinancement a été préparé en concertation avec la Fondation du CHPB, organisme à qui nous avons jugé propice de confier l'exploitation de notre parc de stationnement en 2001. Un emprunt pour financer le projet d'agrandissement de notre parc de stationnement a été accordé. Le lancement de l'appel d'offres pour ces travaux s'effectuera le 6 juin 2003. 2003
- ▶ Les travaux de réalisation de nos nouvelles places de stationnement ont débuté en juillet 2003, et ce, au coût de 1 447 000 \$. Ces coûts incluent notamment les travaux de l'héliport du Centre hospitalier Pierre-Boucher. Notre héliport fut certifié le 2 février 2004 par *Transport Canada* du gouvernement du Canada. 2003 2004

- En juin 2002, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur François Legault, autorise notre hôpital à acquérir plusieurs équipements de radiologie. Il nous verse les subventions conséquentes à ces autorisations. Ces décisions furent prises dans le cadre des *projets en haute technologie en santé* du ministère. Nous procédons actuellement à l'acquisition de ces équipements.

La salle n° 4 en imagerie médicale (radiologie-urgence) a été réaménagée. Elle pourra accueillir un nouvel équipement à la fin du mois de mars 2003. 2003

Nous avons remplacé notre caméra en médecine nucléaire par l'installation d'une nouvelle génération de caméra gamma. 2003

Les salles n° 5 et n° 6 en imagerie médicale ont été modernisées. Elles permettent maintenant l'acquisition et l'archivage d'images radiologiques numériques ainsi que la transmission de ces images par ordinateur, à l'interne et à l'externe de notre hôpital. 2004

Le tomodynamomètre hélicoïdal a été remplacé par un tomodynamomètre à 16 barrettes. Cela permet une acquisition d'images plus rapide, plus précise et en mode numérique. 2004

Nous avons acquis un appareil d'échographie vasculaire fonctionnant en mode numérique. 2004

- La compagnie M.E.D.S inc. nous donne une *ensacheuse de médicaments*, le modèle PACMED-JV-352, en remplacement de notre actuelle ensacheuse, l'ATC-212 acquise au mois de juillet 1993. Une ensacheuse de médicaments est un équipement qui sert à l'emballage automatisé de médicaments dans des sachets, et ce, en format unidose ou multidose. Ces médicaments sont destinés à nos patients. Nous avons installé cette ensacheuse à l'intérieur de notre *Département de pharmacie*. La compagnie M.E.D.S était à la recherche, auprès d'hôpitaux, d'une vitrine pour la démonstration de son produit. Nous avons accepté sa proposition. Il y a lieu de rappeler que nous avons été le premier hôpital à avoir implanté cette technologie au Québec, en 1993. 2003
- Une *nouvelle politique d'accueil et d'encadrement* de nos étudiants en médecine fut promulguée afin d'accroître la qualité de leurs stages et de mieux définir la nature de leurs relations avec nos patients. Le nombre de ces stagiaires augmente constamment. 2003
- Le *Centre hospitalier Pierre-Boucher* a conclu une *entente de jumelage* avec l'*Hôpital du Centre-de-la-Mauricie* de Shawinigan. Par cette entente, certains de nos médecins-urgentologues couvrent l'urgence de cet hôpital, étant donné qu'à cet hôpital il y a une pénurie de ce type de professionnels. 2003

- ▶ L'agressivité de patients en contexte thérapeutique est un problème qui semble s'amplifier. Différentes mesures furent mises en place en vue de favoriser un milieu exempt de violence :
 - amélioration de la prise en charge des patients psychiatriques à notre *Service des soins d'urgence*; 2003
 - réalisation d'un projet de réaménagement nous permettant de regrouper les patients psychiatriques de notre urgence dans les anciens locaux de la *Direction des rapports et des communications avec les employés*. La salle de traitement destiné à la première évaluation du patient psychiatrique est maintenant plus sécuritaire et plus fonctionnelle, de même que les bureaux des psychiatres, des infirmières et des travailleurs sociaux; 2003
 - modification de la structure de postes du personnel paramédical et ajout d'une infirmière de liaison la fin de semaine et ce, à compter du mois d'avril 2003; 2003
 - révision du rôle des travailleurs sociaux afin de permettre un meilleur suivi des patients psychiatriques; 2003
 - amélioration des mécanismes de communication et du travail d'équipe; 2003
 - révision de notre *outil d'évaluation du niveau de dangerosité d'un patient*; 2003
 - clarification du rôle des intervenants en situation d'agressivité de patients; 2003
 - installation, à l'intérieur de notre *Service de psychiatre interne* et du *Service des soins d'urgence*, d'un nouveau système de boutons paniques avec et sans fil. Les personnes oeuvrant dans ces secteurs doivent porter en tout temps sur elles ces boutons paniques. Ce système est relié en permanence au panneau de sécurité incendie de la *Sûreté* de notre hôpital. 2003
- ▶ Le 3 novembre 2003, le Conseil d'administration adopte la *Politique visant à contrer la violence et le harcèlement*. Un *plan d'action*, en prévision de l'implantation de cette politique, a été développé. Le fondement de ce plan d'action est *tolérance zéro* en matière de violence et de harcèlement. Ce plan d'action vise également au maintien de notre actuel climat organisationnel. 2004
- ▶ Nous avons compilé un relevé des stages effectués dans l'ensemble de notre hôpital. Notre hôpital est devenu un *milieu de stage plus achalandé*. En 2002-2003 nous avons reçu, en plus de nos stagiaires en médecine, 761 stagiaires dans 21 disciplines professionnelles différentes. Cette tendance se maintient pour l'exercice financier 2003-2004. 2004

- ▶ Dans le but d'ajuster nos pratiques à celles internationalement reconnues par les experts en mesure d'urgence, nous avons décidé de modifier l'appellation de tous nos *codes d'alerte* en vigueur dans notre hôpital et d'en ajouter deux autres à la liste proposée par ces experts, soit le « *code Lilas* » (Assistance pour une césarienne) et le « *code Orange sauvetage* » (Annonce de l'arrivée imminente à notre hélicoptère d'un hélicoptère de sauvetage). Ce changement était rendu nécessaire dans l'intérêt de nos patients ainsi que de toutes les personnes présentes dans notre hôpital au moment de l'annonce de l'un ou de l'autre de ces codes. Nous avons planifié et géré ce changement de façon à ce qu'il puisse s'effectuer complètement à *un moment donné*. Cette opération fut un succès. 2004

- ▶ La vente des billets pour le tirage d'une automobile, offerte à la Fondation du CHPB par Longueuil Mazda, nous a permis d'acquérir au mois décembre 2003 un *appareil numérique d'électro-encéphalographie* d'une valeur de 65 000 \$. Cet appareil enregistre, en mode numérique, l'activité électrique du cerveau à l'aide d'électrodes placées sur le cuir chevelu. Il est plus précis que le précédent qui fonctionnait en mode analogique. Il nous a permis d'éliminer une quantité impressionnante de papier. Il est pourvu de fonctions d'archivage électronique. Les données acquises peuvent être acheminées par l'entremise de notre réseau informatique. 2004

- ▶ Pour toutes sortes de considérations, il était devenu opportun de régulariser et de formaliser nos rapports en matière d'enseignement universitaire avec l'*Université de Montréal*. Au terme de quelques séances de négociations avec le *doyen de la Faculté de médecine* de l'Université de Montréal, notre hôpital a été autorisé, par la Régie régionale et par le ministre de la Santé et des Services sociaux, à conclure un *Contrat relatif à des activités d'enseignement et de formation*. Ce contrat confère formellement à notre hôpital une *mission en matière d'enseignement médical*. 2004

- ▶ Sous l'initiative de l'équipe du *Service des soins de natalité* et en collaboration avec les membres du *Département de périnatalité*, le Centre hospitalier Pierre-Boucher s'est vu accorder une aide financière par la Direction de la santé publique de la Montérégie dans le but de soutenir l'instauration de certaines mesures visant à une reconnaissance d'*Hôpital ami des bébés* par l'*Organisation mondiale de la santé*. Ces mesures ont entre autres pour but de favoriser l'augmentation du taux d'allaitement à la naissance et au cours des premiers mois de vie des bébés. 2004

- ▶ Le Centre hospitalier Pierre-Boucher s'est joint à l'Ambulance Saint-Jean pour offrir aux patients de l'*Unité des soins de gériatrie* des visites régulières d'un maître-chien accompagné de son chien. Ces visites thérapeutiques, connues sous le nom de *Zoothérapie*, ont débuté en septembre 2003 à raison d'une visite par semaine. La mise sur pied de ce programme contribue à l'amélioration du mieux-être physique, mental et émotif de nos personnes âgées. 2004



2. Implanter les décisions du législateur, du gouvernement ou de la ministre de la Santé et des Services sociaux à la suite du dépôt, à ces susdites instances, du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, commission mise sur pied en juin 2000 par la ministre.

- ▶ L'hôpital a dû s'adapter aux nouvelles dispositions législatives *régissant les plans d'effectifs médicaux*. Cette loi a pour but de favoriser une meilleure répartition des médecins sur le territoire du Québec. Nous nous questionnons sur la portée de cette nouvelle loi. Des médecins diplômés seront tenus de pratiquer leur médecine ailleurs que dans notre hôpital, et ce, malgré leur désir de travailler à notre hôpital et malgré nos efforts continus au niveau de la qualité de notre *climat organisationnel*. Cette loi nous semble avantager certains hôpitaux qui pourraient n'accorder aucune priorité au niveau de la qualité de leur propre climat organisationnel. Ces hôpitaux pourront maintenant recruter aisément de nouveaux médecins. Nous devons changer nos stratégies de recrutement et devoir maintenant composer avec la Régie régionale qui pourrait soutenir des objectifs différents des nôtres dans ce domaine. Cette loi a donné ouverture à l'implantation de nouveaux processus en matière de *Plans régionaux d'effectifs médicaux*. 2003
- ▶ L'adoption de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* ainsi que les amendements apportés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a conduit notre hôpital à adapter ses politiques et ses règlements régissant le traitement des plaintes en provenance de patients. Une *Commissaire locale à la qualité des services* ainsi qu'un *Médecin examinateur* ont été nommés par le Conseil d'administration selon les dispositions prévues par cette nouvelle législation. 2003
- ▶ L'adoption, au cours des dernières années, d'un nombre important d'amendements à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* nous a conduits à modifier le *Règlement de régie interne du Conseil d'administration*. Ce nouveau règlement a été adopté par le Conseil d'administration en mars 2003. 2003

- ▶ Un *comité spécial et temporaire sur la violence en psychiatrie* a été formé. Ce comité nous déposera, d'ici la fin de cette année, le résultat de ses analyses et ses recommandations. 2003

- ▶ À la suite de l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, loi visant à accroître l'autonomie et la polyvalence de plusieurs professions de la santé, notre hôpital procédera à une démarche de réorganisation du travail dans certaines activités cliniques. Cette réorganisation du travail devrait favoriser une utilisation optimale des compétences de nos professionnels et de nos travailleurs. 2003

Un plan d'action relatif à la mise en œuvre de cette loi a été développé. Ce plan a notamment comme objectifs d'informer les gestionnaires, les employés et les médecins visés par cette réforme. L'implantation de cette loi débutera en avril 2004. Un nouveau champ de pratique et de nouvelles *activités réservées* a été délégué, par le législateur, aux infirmières auxiliaires. Dès le début de l'année 2003, nous avons développé des activités de formation à leur intention. 2003

- ▶ Consécutivement à la promulgation de la *Loi concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux*, nous avons sans délai :
 - procédé à la création du poste de *Conseillère à l'appréciation de la qualité et à la gestion des risques*;
 - promulgué un règlement du Conseil d'administration relatif à la formation d'un *comité de gestion des risques*;
 - publié une politique découlant de ce règlement;
 - élaboré un *tableau de bord de gestion* relatif aux incidents/accidents;
 - promulgué un règlement du Conseil d'administration concernant la *divulgence de l'information à transmettre aux patients à la suite d'un accident/incident*;
 - promulgué un règlement relatif à *l'obligation de déclarer au directeur général tout incident/accident*;
 - sollicité l'agrément de notre hôpital auprès d'un organisme d'agrément reconnu. C'est le *Conseil québécois d'agrément* qui a été choisi, à la suite d'un appel d'offres, pour nous accompagner dans notre démarche d'auto-évaluation de la qualité de nos soins et services. La démarche d'agrément de notre hôpital s'intensifierait au cours de l'exercice financier 2004-2005. 2004

- ▶ En tout temps en tout lieu et en toutes circonstances, nous avons toujours réclamé et proposé que le gouvernement revoie l'actuel *mode d'allocation budgétaire* des hôpitaux. Ce mode est caractérisé par le renouvellement quasi automatique d'un budget dit « *de base historique* ». Nous souhaitons qu'il tienne compte, à l'avenir, de la performance et du volume d'activité de chaque hôpital. 2004



3. Réaliser les différentes phases de notre projet d'intensification des services ambulatoires au Centre hospitalier Pierre-Boucher, dans le respect des décisions des autorités gouvernementales compétentes en cette matière.

► Le 14 janvier 2002, nous avons déposé au Conseil d'administration, pour approbation, tous les documents requis à la phase *concept* du projet d'*intensification des services ambulatoires*. Le jour suivant, nous les avons déposés à la Corporation d'hébergement du Québec et à la Régie régionale de la Montérégie pour analyse et décision. Nous attendons l'autorisation de pouvoir passer à une autre phase aux fins de la réalisation de ce projet. ²⁰⁰²

► En juin 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux nous autorisait à préparer les *plans et devis préliminaires* de ce projet.

Les coûts prévisibles de construction ont été rehaussés à 35 998 493 \$. En y incluant les équipements, ce coût s'élève à près de 60 millions. ²⁰⁰³

Nous supportons des frais administratifs contingents aux travaux de construction reliés à ce projet. Nous désirons qu'ils soient admissibles à un financement à long terme par le Conseil du Trésor, y incluant les frais d'immobilisation. Nous avons complété et soumis la documentation et les formulaires requis. Nous avons présenté une demande de financement au Conseil du Trésor au montant de 58 955 538 \$. Si cette demande est approuvée, nous passerons à l'*étape des plans et devis définitifs*. ²⁰⁰³

Cette demande fut approuvée et le 2 décembre 2002 nous avons finalisé l'*étape des plans et devis préliminaires*. Ces documents ont été déposés pour approbation au Conseil d'administration. Le 16 décembre 2002, ils ont été soumis à la Corporation d'hébergement du Québec pour approbation et recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux. La programmation, les superficies et le budget autorisé à l'*étape de la phase concept* du projet ont été respectés. ²⁰⁰³

Nous avons favorisé une approche participative avec les médecins, les gestionnaires ainsi que les employés impliqués dans le développement de cette future installation, le tout, en collaboration avec des représentants de l'*Association pour la santé et sécurité au travail secteur affaires sociales* ²⁰⁰³

- ▶ Le 10 mars 2003, la *Ministre des Finances, de l'Économie et de la Recherche*, Madame Pauline Marois, nous confirmait que le Conseil du Trésor avait autorisé notre hôpital à finaliser l'étape des *plans et devis définitifs* de notre projet d'agrandissement. Monsieur Joseph Facal, président du *Conseil du Trésor* et également ministre du gouvernement, agissait à titre de président du *Conseil du Trésor* à l'occasion de cette importante décision pour l'avenir des soins de santé dans la région de la Montérégie. Il s'agit d'une décision historique pour le Centre hospitalier Pierre-Boucher. 2003
- ▶ La réalisation des *plans et devis définitifs* débuta au mois d'avril 2003 et s'est terminée le 19 décembre 2003. Nous avons déposé à la *Direction de l'expertise technique* de la *Corporation d'hébergement du Québec* l'ensemble des pièces documentaires requises, le tout, dans le respect des enveloppes budgétaires et de la programmation convenue. 2004
- ▶ Nous sommes dans l'attente des autorisations du ministre de la Santé et des Services sociaux pour procéder aux appels d'offres. 2004
- ▶ Un travail colossal de la part des gestionnaires et des médecins de notre hôpital a été accompli pour nous permettre de *préciser*, de façon définitive, *les besoins* de chacun des départements, de chacune des directions et de chacun des services impliqués par ce projet. Cela nous permet de transmettre l'information nécessaire aux firmes de *professionnels retenus pour réaliser*, sous notre supervision, ce projet. 2004
- ▶ Un budget de fonctionnement préalable d'une somme de 178 000 \$ pour l'année 2003-2004 nous a été accordé par la Régie régionale. 2004
- ▶ En collaboration avec des gestionnaires, nous avons disposé du phasage des travaux. Un échancier a été défini pour nous permettre de réaliser, avant le début de l'hiver, certains travaux extérieurs au futur *Centre ambulatoire*. Une entrée temporaire vers la rue Jacques-Cartier a été aménagée. Elle permettra un accès sécuritaire aux visiteurs pendant les travaux de construction. Un trottoir d'accès aux personnes à mobilité réduite a également été aménagé. Il servira temporairement d'entrée principale au rez-de-chaussée. 2004
- ▶ L'autorisation de procéder aux appels d'offres du projet d'*intensification des services ambulatoires* a été obtenue au début du mois de mars 2004. 2004

- ▶ Nous sommes autorisés à entreprendre les travaux de construction de notre **Centre de services ambulatoires hospitaliers** au mois de juin 2004. Cette autorisation survient tout juste quelques jours seulement avant la dissolution du *Centre hospitalier Pierre-Boucher* et son intégration au *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais*. 2004



4. Planifier une étape transitoire à la réalisation du projet d'intensification des services ambulatoires du Centre hospitalier Pierre-Boucher en procédant, pour ce faire, à des réaménagements physiques opportuns qui tiennent compte des ressources disponibles en cette matière.

- ▶ Plusieurs projets de réaménagement ont été effectués au cours de l'année 2002-2003. Un budget de 350 000 \$ a été alloué à cette fin, et ce, notamment, pour le réaménagement du *Service du court séjour*, du *Service d'inhalothérapie et de cardiologie* de même que celui de la *Salle de choc* de notre *Service des soins d'urgence*. 2003
- ▶ En continuité des travaux du Centre des naissances, l'*Unité du post-partum* a été rafraîchie et l'ancien local où se situait la *Direction des rapports et des communications avec les employés*, au rez-de-chaussée, a été réaménagé pour pouvoir accueillir une partie du débordement de civières en provenance du *Service des soins d'urgence*, soit 11 civières additionnelles. Ce lieu nous permet maintenant de regrouper la clientèle psychiatrique du *Service des soins d'urgence*. 2003
- ▶ Le budget 2003-2004 prévoyait une enveloppe budgétaire de 300 000.00 \$ pour des améliorations locatives. Les projets suivants ont été réalisés : 2003

En novembre 2003, nous avons entrepris les travaux de réaménagement du *Service de l'informatique* dans les locaux libérés par le *Centre de la Petite Enfance Pierre-Boucher*. Ce projet a été retiré de la liste de travaux inclus dans celle des travaux du *Centre ambulatoire*. Il a été habilement réalisé par nos employés du *Service des biens meubles et immeubles*. 2004

Une autre salle temporaire d'endoscopie a été aménagée en décembre 2003. Cela nous a permis d'améliorer le fonctionnement de ce service clinique, et ce, en attendant la finalisation des travaux du futur *Centre ambulatoire*. 2004

- Notre hôpital a repris possession des emplacements que le *Centre de la Petite Enfance Pierre-Boucher* (CPE) nous louait depuis 1984. Nous avons proposé au CPE d'accroître leur *service de gardiennage* au bénéfice de nos ressources humaines. Le CPE a accepté cette proposition et il a allongé ses services de gardiennage en soirée et en fins de semaine. À l'avenir, le CPE serait situé à l'extérieur de l'hôpital. Un projet de réaménagement a été présenté au ministère de l'*Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille*. Nous avons appuyé et soutenu le CPE dans ses démarches. Leur projet fut autorisé. Le nombre de places autorisé à son permis sera de *80 places*. Il possédera ses propres installations sur notre terrain que nous louons pour une *somme annuelle de base de zéro dollar* à la Corporation d'hébergement du Québec. 2004



5. En harmonie avec les orientations du Conseil d'administration de notre hôpital en date du 6 septembre 1996, contribuer au développement d'un réseau intégré de soins et de services, tant sur le plan préventif que sur le plan curatif.

- En devenant un *centre désigné* pour les victimes d'agression sexuelle de 14 ans et plus pour la sous-région de Longueuil, nous participons au développement d'un réseau intégré de services médicaux et psychosociaux en nous associant à tous les partenaires concernés. 2002

Nous avons mis en place une équipe de professionnels, médecins, travailleurs sociaux et infirmières, spécialement formée pour intervenir auprès de cette clientèle. L'examen médical au *Service des soins d'urgence* s'avère plus facile à effectuer qu'initialement prévu. Le suivi médical est assuré, soit par le médecin traitant ou soit par un médecin d'un CLSC. La plupart des victimes sont dirigées par la suite vers *La Traversée*, centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles. 2003

En 2003-2004, le CHPB a accueilli plus de 60 victimes adultes, soit une augmentation de 500 % par rapport à 2001-2002. Pour la grande majorité de ces victimes, des troussees medicolegales ou medicosociales ont été complétées. 2004

- Les patients du CHPB, transférés dans des lits de convalescence à l'Hôpital de Saint-Lambert et dont l'état de santé requiert ponctuellement un examen diagnostique, sont réadmis à l'*Unité de médecine de jour* (MDJ-7) qui fixe un rendez-vous rapide dans le service requis, facilitant ainsi le suivi par l'équipe médicale de l'Hôpital de Saint-Lambert. 2002

- ▶ Notre *Centre d'intervention de crise*, l'Accès est mis à contribution, en collaboration avec la Régie régionale et le Centre d'intervention de crise de Saint-Jean-sur-Richelieu, dans l'implantation de points de services en matière de prévention du suicide. Une répartition régionale des appels téléphoniques offre un support immédiat et un suivi approprié aux personnes suicidaires. 2002

- ▶ Afin de réduire le nombre d'infirmières affectées *pour escorter* les patients devant être retournés au Centre hospitalier Anna-Laberge ou à l'Hôpital de Granby après avoir subi, à notre hôpital, une procédure en *hémodynamie* ou un examen en *médecine nucléaire*, nous avons équipé la chambre 703 de deux chaises thérapeutiques et de deux civières. Nous pouvons ainsi observer, dans cette chambre, quatre patients à la fois. Cela nous permet, dans ces conditions, de mieux ajuster le nombre de nos « escortes » en fonction des observations effectuées auprès de ces patients. 2002

- ▶ Nous avons nommé une infirmière clinicienne à la coordination des services externes de psychiatrie. Nous avons effectué cette nomination afin de permettre une meilleure utilisation des ressources du *Centre de jour en psychiatrie externe* et du *Centre d'intervention de crise*. De plus, nous cherchons à améliorer le continuum de soins de nos patients en psychiatrie. 2002

- ▶ Nous avons implanté le *Cadre de référence opérationnel et financier* proposé par le *Réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie* (RSIPAPA). Ce cadre de référence sera utilisé par les établissements faisant partie du territoire desservi par notre hôpital. Les objectifs du RSIPAPA sont les suivants :
 - s'assurer, sur notre territoire, d'une continuité et d'une cohérence dans la distribution des services;
 - intensifier les évaluations et les interventions par une approche de soutien à domicile;
 - intervenir précocement auprès de la clientèle cible;
 - maintenir une plus grande autonomie de la personne âgée;
 - réduire les délais de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

La coordination de ce réseau est assurée par un *gestionnaire de cas* qui est informé de l'hospitalisation de chacun des patients de notre territoire couverts par ce cadre de référence. 2003

Avec la collaboration des archivistes des établissements de notre territoire, nous avons précisé le contenu des formulaires de consentement, de transfert d'information et d'accès aux dossiers de notre hôpital lorsque requis par le *gestionnaire de cas*. 2004

L'identification des critères d'admissibilité au RSIPAPA est en préparation. Des séances de formation seront préparées à l'intention des personnes impliquées dans le fonctionnement de ce réseau, et ce, indifféremment du type d'établissement à l'intérieur duquel elles oeuvrent. 2004

- ▶ Participation avec l'Hôpital Charles LeMoine, les CHSLD et les CLSC de notre sous-région aux différents comités mis sur pied pour assurer un *continuum de services aux patients en perte d'autonomie*. Ces comités ont pour mission de contribuer au désengorgement de notre *Service des soins d'urgence* et de favoriser la diminution de la durée de séjour des patients hospitalisés. 2004

Élaboration d'un protocole d'entente relatif au processus de *continuité des services* pour les patients opérés d'une fracture de hanche et pour les patients ayant subi ou souffrant d'un accident vasculaire cérébral. 2004

- ▶ Nous avons conclu une entente avec le *Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie* et le *Curateur public* afin de mieux desservir notre cliente âgée en perte d'autonomie. Cette entente prévoit notamment la mise en place de nouveaux mécanismes susceptible d'améliorer le processus de prise en charge de ces patients âgés. 2004



6. Maintenir les orientations stratégiques, telles qu'antérieurement promulguées par le Conseil d'administration, et ainsi continuer à nous ajuster aux orientations ministérielles et aux tendances internationales et modernes qui nous suggèrent que les lits et les ressources d'un centre hospitalier de soins de courte durée doivent prioritairement servir à la prestation de soins aigus.

► Pour l'ensemble de nos programmes en soins aigus, on note une *augmentation des références aux CLSC* de 14 %, permettant ainsi de maximiser l'utilisation de nos lits de soins de courte durée, tout en assurant une continuité de services adéquate à nos patients. ²⁰⁰²

► Au cours de l'année 2004, nous observons une augmentation de références aux CLSC de 19 %, ce qui constitue une progression de 33 % en deux ans. ²⁰⁰⁴

► Dans le cas du *programme de rééducation et de réadaptation* des patients ayant reçu en chirurgie une prothèse totale de hanche (PTH) ou de genou (PTG), nous observons une augmentation des références aux CLSC de 43 % et une diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés de 2.8 jours, en excluant les cas atypiques. ²⁰⁰⁴

Nous avons maintenu la même proportion de références aux CLSC et la même proportion de la diminution de la durée de séjour des patients hospitalisés, au cours des années 2003 et 2004. ²⁰⁰⁴

► Un groupe de travail temporaire, composé des chefs de services de psychiatrie interne et externe, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de psychiatres, a été mis sur pied. Ce groupe de travail a pour mission d'analyser le mode de fonctionnement de nos services de psychiatrie internes et externes et de proposer, s'il y a lieu, toutes recommandations utiles sur cette question. Il déposera également des avis sur la meilleure façon, dans le contexte actuel, de livrer des soins psychiatriques hospitaliers adéquats à nos patients. Pour ce faire, ce groupe de travail analysera certaines tendances modernes en matière de soins de santé mentale. Il devra en tout temps s'assurer que nos lits de soins de courte durée en psychiatrie doivent prioritairement servir à la prestation de soins aigus. ²⁰⁰²

► Nous avons modifié le mode de fonctionnement de la *coordination médicale* pour favoriser une *meilleure utilisation de nos lits de soins de courte durée* et, ainsi, diminué la présence de patients de soins prolongés dans ces lits. Cela s'est entre autres traduit par la nomination de deux *directeurs médicaux adjoints* et l'abolition des deux postes de coordonnateurs médicaux. La description de fonctions de ces directeurs médicaux adjoints est différente de celles des ex-coordonnateurs médicaux. Ce sont toutefois les mêmes médecins qui occupent ces deux postes.

Ces nouvelles descriptions de fonctions ont fait l'objet de discussions au sein du Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Cette formule est à l'essai pour une période indéterminée. 2003

- ▶ En collaboration avec les directeurs médicaux adjoints et le personnel infirmier, une infirmière-bachelière dépiste les patients à *risque de séjour prolongé* dans notre hôpital. Elle précise des plans d'action individualisés qui assurent un congé de ces patients dans les meilleurs délais. 2004
- ▶ Le Département de psychiatrie a mis sur pied un Comité consultatif dans le but de proposer des ajustements à notre actuel mode de prise en charge de nos patients de psychiatrie. Ce Comité consultatif est composé du directeur médical intérimaire, du chef du Département de psychiatrie, d'autres gestionnaires et de différents cliniciens qui oeuvrent dans le domaine de la psychiatrie. Cette année, ce comité a prioritairement axé ses délibérations au niveau d'une meilleure prise en charge des patients psychiatriques par notre *Service des soins d'urgence*. 2003



7. Adapter notre actuelle gamme de soins et de services aux besoins changeants de la population que nous avons la responsabilité de desservir adéquatement et ainsi tenir compte du profil sociosanitaire connu de notre population.

- ▶ La programmation du *Centre de services ambulatoires hospitaliers* de notre hôpital a été établie dans le but de permettre à notre hôpital de répondre adéquatement aux besoins connus de santé et de services sociaux de la population de notre territoire. Pour ce faire, nous avons tenu compte du profil de la santé de cette population. La Régie régionale de la Montérégie nous a assistés dans l'élaboration de notre programmation. L'information sociosanitaire qu'elle possède nous a guidés dans notre planification que nous avons proposée au Conseil d'administration pour approbation. 2002
- ▶ Nous avons rapidement pris les dispositions appropriées pour que notre hôpital puisse adéquatement prendre en charge les patients éventuellement porteurs de cette maladie respiratoire que l'on appelle *le syndrome respiratoire aigu sévère* (SRAS). Cette maladie a fait son apparition à Hong Kong. Elle s'est rapidement répandue dans les pays asiatiques, puis partout dans le monde. Pour l'instant, il n'y a pas de vaccin contre cette nouvelle maladie. 2004

- Nous avons considérablement accru l'importance de nos activités en matière de *traitement chirurgical de l'obésité morbide*. La chirurgie bariatrique est considérée comme un traitement efficace contre l'obésité. Ce traitement permet à certaines personnes obèses de perdre une bonne proportion de leur excès de poids et, ainsi, d'augmenter notablement leur qualité de vie. 2004



8. Privilégier, compte tenu des ressources disponibles, l'accès aux technologies en général et aux technologies d'information susceptibles d'améliorer notre performance.

- Nous avons déployé sur chaque service de soins les équipements requis pour leur permettre d'effectuer des *demandes d'analyses de laboratoire* et pour leur permettre de consulter les *résultats d'examens de laboratoires*. Les cliniciens peuvent également consulter à distance les résultats d'examens d'*imagerie médicale*. Ce virage est radical. 2002
- Au bloc opératoire, nous avons remplacé les huit cabinets d'anesthésie pour une somme de 745 000,00 \$. 2002
- Nous explorons en ce moment la possibilité d'implanter un nouveau logiciel qui contiendrait le *formulaire virtuel CH-CLSC*. Ce logiciel permettrait la transmission électronique des *demandes de soins et services CH-CLSC*. Ce logiciel contribuerait à améliorer la qualité des informations transmises et à les uniformiser. 2002
- Nous avons procédé au remplacement de nos cinq photocopieurs centraux par un nouveau parc d'*imprimantes multifonctions*. Une *imprimante multifonction* est un nouveau dispositif, complètement numérique, qui incorpore différentes commodités au sein du même équipement. Cette imprimante est reliée aux ordinateurs de bureau de notre hôpital et combine les fonctions d'une imprimante, d'un numériseur, d'un télécopieur et d'une photocopieuse. Ce nouvel équipement a été déployé dans la plupart de nos unités administratives. Ce projet a été réalisé sans un seul coût additionnel et il sera en grande partie autofinancé. Il procure à nos employés et à nos médecins une plus grande autonomie, une économie de temps et une meilleure qualité d'impression. Nous pouvons l'activer à distance, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Nous sommes témoin d'une autre révolution qui nous ébahit. 2003

- ▶ Une nouvelle version de MédiRad a été implantée en imagerie médicale. MédiRad est un *système d'information de radiologie* puissant et flexible. Il permet notamment d'automatiser les flux d'informations, de mettre à jour les dossiers des patients et d'assurer efficacement certains suivis. Sa capacité de numérisation est très élevée. En plus d'éliminer les problématiques des versions antérieures, cette nouvelle version a permis l'ajout de nouvelles fonctionnalités utiles pour les radiologistes et pour les employés du *Département d'imagerie médicale*. Ce changement favorise un accroissement de la productivité et une diminution de risques d'erreurs potentiels. 2003

- ▶ Nous avons entrepris une refonte complète du *site Internet* de notre hôpital dans le but de l'actualiser et de le rendre plus attrayant pour les internautes. Cette refonte a été rendue possible grâce à un partenariat conclu entre CGI, firme québécoise de technologie en information, notre hôpital et la Fondation du CHPB. L'implantation de notre nouveau site Internet est prévue au printemps de l'année 2003. 2003

- ▶ Notre hôpital fait maintenant partie du *portail santé Montérégie*. Ce portail a été développé sous l'initiative de la *Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie*. Il regroupe à la même adresse Internet l'ensemble des établissements publics de la région de la Montérégie et offre des informations et des représentations distinctes pour chacun de ces établissements. Le contenu des informations qui concernent notre hôpital vise de façon particulière le recrutement de nouveaux employés. 2003

- ▶ La technologie CITRIX a été déployée au CHPB. Elle consiste à la mise en place d'une architecture technologique qui permet à un micro-ordinateur de fonctionner comme un simple terminal, et ce, en exécutant son système d'exploitation et tous ses logiciels d'applications à partir d'un *serveur central*. Un serveur central peut desservir en moyenne 40 postes de travail. Comme notre hôpital est actuellement pourvu de 400 postes de travail, nous avons donc acquis 10 serveurs centraux fonctionnant avec la technologie CITRIX. Cette façon de procéder simplifie les opérations de support, stabilise les environnements informatiques et double la longévité des postes de travail. Cela diminue l'impact des coûts de la désuétude technologique de nos équipements informatiques. La principale phase du projet est terminée. Nous avons déployé cette technologie à près de 90 % de notre parc informatique, soit environ 360 postes de travail. 2003

- ▶ Nous avons effectué la mise à jour de certains logiciels du type *médico-administratif*. Ces mises à jour ont pour effets de réduire de façon importante le temps consacré à l'organisation des horaires des différentes cliniques mises à la disposition de nos patients. Nous y avons prévu des horaires types et des facilités nous permettant d'éliminer la surréservation. 2003

- ▶ Nous avons implanté, au *Service des soins d'urgence*, un nouveau logiciel d'application appelé *SIURGE*. Nous avons mis en place l'entrepôt de données qui est joint à *SIURGE*. Cet entrepôt de données permet le calcul automatique d'indicateurs de gestion et de performance. Ce nouveau logiciel assure la gestion de toutes les données opérationnelles de notre *Service des soins d'urgence*. *SIURGE* est un outil indispensable pour les cliniciens oeuvrant au *Service des soins d'urgence*. Il est pourvu d'un système interactif d'aide à la décision. Nous avons mis au rancard, avec un certain trémolo dans la voix, notre ancien logiciel d'application que notre hôpital avait développé de toutes pièces en 1993. Ce dernier logiciel, devenu désuet, nous a rendu de grands services, de très grands services. Nous en étions fier et nous lui avons fait une bonne réputation au niveau d'autres hôpitaux. 2004
- ▶ Nous avons introduit un nouveau système informatisé de gestion de nos statistiques hospitalières, et ce, sous le format *diagnostic related groups*. Nous pouvons ainsi comparer en temps réel nos statistiques opérationnelles avec d'autres hôpitaux, quel que soit l'endroit où ils se trouvent au Québec. 2004
- ▶ Nous avons implanté un système de gestion et de diffusion, sur Internet, de tous les *plans d'architectures de notre hôpital*. Nous avons par conséquent la possibilité de visionner, d'imprimer, d'annoter et d'acheminer par l'entremise d'un ordinateur tous les plans de nos immeubles. Nous pouvons, à l'aide de ce système, coordonner le travail de nos employés impliqués dans la gestion immobilière de nos bâtiments. Ce système nous permet de mettre à niveau tous nos plans d'architecture et d'informatiser ceux qui ne le sont pas. Jusqu'à maintenant, toutes ces opérations s'effectuaient manuellement. Ce nouveau système est entièrement numérique. 2004



9. Parfaire nos outils pour nous assurer de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience de nos pratiques cliniques et administratives.

- ▶ Nous avons mis en place un nouveau *système de paye basé sur une feuille de présence unique* par employé, et ce, quel que soit l'endroit où il travaille dans l'hôpital. Présentement, chaque employé utilise une feuille de présence dans chaque unité administrative à l'intérieur de laquelle il travaille. Certains employés utilisent plusieurs feuilles de présence par période de paye. On prévoit ainsi réduire de près du tiers la quantité de feuilles de présence traitées par le *Service de la paye* à chaque période de paie. 2002

- Nous avons décidé d'implanter, à compter de l'année 2004, de nouveaux tableaux de bord dans le but de permettre au Conseil d'administration et aux gestionnaires de mieux évaluer la performance de leur hôpital et de leur unité administrative. Ces nouveaux outils d'évaluation sont requis dans le cadre de la démarche d'agrément en cours avec le *Conseil québécois d'agrément*. Cette année, le *Service des soins d'urgence* et la *Direction des rapports et des communications avec les employés* ont entrepris l'implantation de ces nouveaux outils. La *conseillère en appréciation de la qualité et à la gestion des risques* a été associée à cette démarche. Elle devra s'assurer de l'uniformité de cette démarche partout dans notre hôpital. 2004

- Cinq ans après l'adoption et la promulgation du *Code d'éthique* de notre hôpital, nous avons constaté que son contenu n'était aucunement connu des personnes qui oeuvrent à l'intérieur de notre hôpital et que, de surcroît, aucune instance de notre hôpital ne se l'était encore approprié. 2003

Nous avons donc décidé de promulguer nos *Principes d'éthique* à l'intérieur d'un document dont le contenu découle entièrement de notre *Code d'éthique*. Ces principes d'éthique y sont présentés et énumérés brièvement. Ils seront affichés à certains endroits stratégiques de notre hôpital. Ils nous rappellent, entre autres, que notre philosophie de travail s'appuie essentiellement sur le **respect** et la **confiance**. *Ils accordent une grande importance à la dimension humaine de nos rapports avec nos patients et de nos rapports entre nous. Ils doivent guider nos attitudes et nos comportements.* 2003

Nous désirons également que nos employés et que nos médecins tiennent compte du contenu de ces *Principes d'éthique* dans la préparation des dossiers qu'ils ont à traiter. Une campagne d'information sera lancée, sur cette question, au mois d'avril de l'année 2005. 2004

- Notre hôpital a toujours été vigilant en matière de prévention des infections. Les risques d'infections dans notre milieu doivent être connus de nos employés et de nos patients. Notre *Comité de prévention des infections* a pour mandat de surveiller certaines situations spécifiques et de nous faire part de ses constats et de ses recommandations. Cette année, nous avons ciblé particulièrement les infections au site chirurgical de la chirurgie colorectale. L'étude concluait que notre taux d'infections postchirurgicales se situe dans les normes. Notre hôpital est reconnu comme un hôpital performant en matière de prévention des infections, et ce, en comparaison d'autres hôpitaux au Québec. Le ministère a développé de nouveaux outils qui nous permettent de nous comparer avec d'autres hôpitaux. Nos résultats remarquables dans ce domaine sont maintenant connus du réseau. 2004

- ▶ Les patients qui requièrent des *soins intermédiaires en cardiologie* sont maintenant transférés au *Service de soins du 5e Sud* ou au *Service de soins du 7e Sud*. Cette pratique vise à optimiser l'utilisation de nos lits de soins intensifs. Les infirmières de ces services ont reçu la formation requise pour leur permettre de bien assumer leurs nouvelles responsabilités. 2004
- ▶ Nous avons développé, au *Service des soins d'urgence*, un tableau de bord informatisé de gestion interactive qui nous permet de suivre la performance de notre *Service des soins d'urgence*. Ce nouvel outil nous permet d'ajuster la production de nos services de soins d'urgence en fonction du *profil de notre clientèle*. 2004
- ▶ Le *Comité sur la violence en psychiatrie* a déposé son rapport. Ce rapport est accompagné de plusieurs recommandations. Un certain nombre d'entre elles sont en cours d'implantation. D'autres le seront ultérieurement, en fonction des ressources disponibles. 2004
- ▶ Nous avons ajusté de façon significative le contenu de notre texte de règlement concernant les « *Mécanismes à mettre en place dans notre hôpital afin d'encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* ». Nous voulions rendre ce règlement plus conforme aux données acquises et changeantes de la science et des pratiques en cette matière. De surcroît, nous avons ajusté le contenu de toutes nos politiques et procédures régissant ce genre d'activités cliniques en tenant compte des dispositions de ce règlement. Enfin, nous avons procédé à la mise en œuvre de ce nouveau règlement par une activité de sensibilisation auprès de nos employés, principalement en ce qui concerne l'univers du *consentement éclairé aux soins* en matière de contention, d'isolement et d'utilisation de substances chimiques auprès de notre clientèle psychiatrique. 2004
- ▶ Selon le rapport sur la *performance des hôpitaux du SIAP* (Système intégré d'amélioration de la performance), préparé par l'Association des hôpitaux du Québec et déposé en juin 2003, notre hôpital occupe la première position de son groupe composé de huit hôpitaux comparables. En effet, il affiche une performance financière exceptionnelle en présentant des *coûts par cas* le plus bas par rapport au coût moyen du groupe. Cela se traduit par une économie totale de ressources de 7 314 711 \$ sur un budget de 78 562 763 \$, soit près de 10 %. 2004
- ▶ Développement, au *Service des soins d'urgence*, d'un tableau de bord informatisé de gestion interactive qui nous permet de suivre la performance de notre *Service des soins d'urgence*. Ce nouvel outil nous permet d'ajuster rapidement la production de nos soins d'urgence en fonction du *profil de notre clientèle*. 2004

- ▶ Le *Comité sur la violence en psychiatrie* a déposé son rapport. Ce rapport est accompagné de plusieurs recommandations. Un certain nombre d'entre elles sont en cours d'implantation. D'autres le seront ultérieurement, en fonction des ressources disponibles. 2004
- ▶ Selon le rapport sur la *performance des hôpitaux du SIAP* (Système intégré d'amélioration de la performance) préparé par l'Association des hôpitaux du Québec et déposé en juin 2003, notre hôpital occupe la première position de son groupe composé de huit hôpitaux comparables. En effet, il affiche une performance financière exceptionnelle en présentant des *coûts par cas* le plus bas par rapport au coût moyen du groupe. Cela se traduit par une économie totale de ressources de 7 314 711 \$ sur un budget de 78 562 763 \$, soit près de 10 %. 2004



10. Revoir nos mécanismes de dispensation de nos soins opératoires et améliorer l'accessibilité aux soins opératoires urgents et semi-urgents, en particulier en chirurgie générale.

- ▶ Nous élaborons différemment nos *programmes opératoires*. Nous pouvons maintenant planifier, sur une période courte, les horaires prévisionnels des interventions chirurgicales et des surveillances postopératoires. Cette modification à notre mode de fonctionnement nous permet une prise en charge plus rapide des patients nécessitant des soins opératoires urgents et semi-urgents. 2002
- ▶ Nous avons ajouté deux *infirmières de salle d'opération*, au cours de la fin de semaine, sur l'équipe de jour. 2002
- ▶ Nous avons tiré avantage d'une orientation ministérielle et d'une orientation régionale; nous avons ainsi obtenu une enveloppe budgétaire de développement substantielle, mais non récurrente, nous permettant de *réduire nos listes d'attentes*, particulièrement en chirurgie générale, en hémodynamie et au niveau de certaines techniques d'investigation. Nous avons utilisé cette nouvelle enveloppe budgétaire à compter du mois de mars de l'année 2003. Un rapport détaillé sera déposé au Conseil d'administration sur l'utilisation de ce budget de développement ponctuel. La réalisation de ce dossier a donné lieu à une mobilisation médico-administrative d'importance. Ce dossier fut coordonné directement par le directeur général au sein de son Comité de régie. 2003

- ▶ Depuis le 4 septembre 2001, tous les cas de curetages, à la suite d'une interruption de grossesse de treize semaines et moins, sont effectués au bloc endoscopique, plutôt qu'au bloc opératoire, nous permettant ainsi d'effectuer davantage d'opérations chirurgicales au bloc opératoire. 2002
- ▶ Notre hôpital a obtenu un autre budget de développement non récurrent de 837 072 \$, nous permettant à nouveau de continuer à *réduire nos listes d'attente en chirurgie*, particulièrement en chirurgie générale. Nous avons atteint nos objectifs, fixés en décembre 2003, qui prévoyaient une augmentation de 273 interventions chirurgicales par rapport à l'année précédente. Cela représente une augmentation de 5 % de nos volumes au *Service des soins opératoires*. Ces deux budgets de développement successifs nous ont aidés à réaliser cette actuelle priorité corporative et ainsi, à améliorer l'accessibilité des soins opératoires à nos patients. 2004
- ▶ Nous avons procédé à la mise en place d'une nouvelle salle de césarienne au *Service des soins de natalité*, nous permettant ainsi d'effectuer davantage d'opérations au bloc opératoire. 2004
- ▶ Notre hôpital a contribué à l'implantation du *Formulaire informatisé sur les listes d'attente en mode Web* (FILAW), formulaire permettant au ministère de suivre périodiquement les listes d'attente des hôpitaux du Québec. 2004



11. Diminuer la durée de séjour, le nombre de réadmissions et les visites à notre *Service des soins d'urgence* de nos patients porteurs d'une maladie cardiaque.

- ▶ Un *système de garde médical* en cardiologie a été mis en place par le *Service d'hémodynamie* du Département de médecine spécialisée. L'accessibilité en situation d'urgence à *nos services d'angioplastie* est maintenant disponible en tout temps, lorsque jugée requise par nos cardiologues. 2002
- ▶ En 2003, plusieurs publications scientifiques préconisent que l'angioplastie par ballonnet et la pose d'endoprothèse vasculaire soient préférables que d'obtenir une perméabilité coronaire par thrombolyse. À compter du mois d'août 2003, notre hôpital a donc décidé d'offrir en tout temps cette première approche à nos patients, lorsque jugée requise par les hémodynamiciens. Il est prévu que cette technique médicale puisse être utilisée sur près d'une centaine de patients par année. 2004

- Le 1er juin 2001, nous avons mis sur pied une *Clinique d'insuffisance cardiaque*. Le 25 janvier 2002, nous avons déjà suivi 37 patients à cette clinique de soins spécialisée en cardiologie. Cela nous a permis d'atteindre les résultats suivants : 2002
- la durée de séjour des patients qui utilise cette clinique est passée de 10,9 jours à 4 jours d'hospitalisation;
 - nous n'avons eu aucun cas de réadmission en hospitalisation, contrairement à 11 cas en l'an 2000;
 - le nombre de revisite de ces patients au *Service des soins d'urgence* a été pratiquement éliminé;
 - nous avons réduit le nombre d'hospitalisations de ce type de patients au cours de cette période. Nous sommes passés de trente hospitalisations à une seule hospitalisation. L'effet conjugué d'une part, de la diminution de la durée de séjour des patients qui utilise cette clinique et d'autre part, de la diminution du nombre d'hospitalisations de ce type de patients, a permis de réduire de 263 jours le nombre de jours-présence de nos patients dans notre hôpital. 2002
- Du 1er avril 2003 au 13 janvier 2004, 206 patients ont été admis à notre *Clinique d'insuffisance cardiaque*. Les cliniciens oeuvrant dans cette clinique s'assurent d'une meilleure prise en charge des patients fréquentant notre *Service des soins d'urgence*. Notre clinique rapporte plusieurs bénéfices aux patients aux prises avec des problèmes d'insuffisance cardiaque. Elle est devenue une autre alternative à l'hospitalisation lorsque des soins peuvent être dispensés en médecine d'un jour ou en consultation externe. La qualité de vie du patient est améliorée. Cette clinique évite au patient des visites à notre *Service des soins d'urgence*. Dans certaines circonstances, elle évite l'hospitalisation de patients. Cette pratique nous a permis :
- une diminution de 48 % des visites au *Service des soins d'urgence*;
 - une réduction de 51 % des jours-présence au *Service des soins d'urgence*;
 - une baisse de 35 % des jours-présence d'hospitalisation. 2004



12. Participer à la Table de concertation du Réseau québécois de cardiologie tertiaire, table mise sur pied le 13 octobre 2000 par la ministre de la Santé et aux Services sociaux. Favoriser, par le biais de cette participation, une accessibilité accrue à des soins cardiologiques de qualité à la population de la région de la Montérégie.

- ▶ La participation de notre hôpital à cette *Table de concertation* nous a permis de constater que les budgets des 13 hôpitaux du Québec offrant des services en cardiologie tertiaire, à l'exception du budget de notre hôpital, avaient récemment été révisés à la hausse pour leur permettre de composer avec l'augmentation de leurs propres volumes d'activités dans le domaine de la cardiologie tertiaire. Nous avons par la suite, avec succès, pris les dispositions appropriées pour que notre hôpital puisse bénéficier, dans la même proportion, d'une telle révision budgétaire. Au cours de l'exercice financier 2001-2002, nous avons effectué environ 1550 *procédures d'hémodynamie*, à la différence des 1375 procédures budgétisées et acceptées par le Conseil d'administration. ²⁰⁰²
- ▶ Les listes d'attente, dans certaines activités médicales ultraspécialisées, sont longues. Le secteur de la cardiologie tertiaire est aux prises avec un tel problème. La maladie cardiaque est la principale cause de mortalité et de morbidité au Québec. Le vieillissement de la population et le développement de la technologie accentueront ce problème. Pour toutes ces raisons, le ministère de la Santé et des Services sociaux nous a proposé de collaborer à la mise en place d'un système appelé « *Système de gestion de l'accès aux services* ». Ce système devrait permettre aux personnes malades de recevoir leurs soins cardiologiques à temps. Il permettrait aux médecins de connaître les délais d'attente par degré de priorité et par établissement. Il permettrait aux cardiologues d'avoir une information plus complète sur les patients qui leur seront acheminés. Il permettrait aux établissements d'avoir une information commune et fiable sur l'état véritable des listes d'attente et de prendre de meilleures décisions en matière d'allocation des ressources ou d'organisation des services. Ce système sera d'abord implanté dans des sites pilotes. Notre hôpital n'a pas été ciblé à cette fin. Si ce système fonctionne, il sera déployé dans tous les hôpitaux offrant, au Québec, des services de cardiologie tertiaires, dont notre hôpital. ²⁰⁰³



13. Composer avec le phénomène du vieillissement de la population, ajuster nos pratiques et mettre en place des mécanismes nouveaux en révisant et en modernisant, entre autres, le contenu de notre programme de gériatrie.

- ▶ Nous avons déployé des efforts dans le but d'améliorer et de stabiliser l'importance des effectifs médicaux du *Département de gériatrie* de notre hôpital en contexte de pénurie de médecins pratiquant en gériatrie au Québec et parallèlement en contexte de nouveaux mécanismes législatifs encadrant la gestion des *plans régionaux d'effectifs médicaux*. Ces nouveaux mécanismes ne facilitent aucunement le recrutement de nouveaux gériatres au *Centre hospitalier Pierre-Boucher*, et ce, indifféremment de la qualité de notre climat organisationnel. Lorsque nous aurons atteint une certaine stabilisation de nos ressources à l'intérieur de ce département clinique, nous avons l'intention de réviser en profondeur notre *Manuel d'organisation et de fonctionnement du département gériatrie* et de rendre son contenu plus conforme à la réalité d'aujourd'hui. 2002
- ▶ Le nombre actuel de médecins membres du *Département de gériatrie* nous invite à réviser le mode de fonctionnement de ce département clinique. Nous attendons, d'ici peu, une recommandation du *Département de gériatrie* sur cette question, laquelle recommandation sera soumise à la consultation des membres du Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. 2004
- ▶ Compte tenu de l'importance du nombre de patients âgés utilisant notre *Service des soins d'urgence*, nous avons élaboré une nouvelle *grille de dépistage des patients âgés à risque*. Cette grille de dépistage contient un questionnaire dont les réponses aident nos cliniciens dans les décisions qu'ils ont à prendre sur chaque patient. Le vieillissement de la population de notre région nous incite à revoir constamment nos approches et nos méthodes à l'égard de cette clientèle. En Montérégie, la population âgée s'accroît en plus grand nombre et dans une plus grande proportion que dans d'autres grandes régions du Québec. La perte d'autonomie liée au vieillissement affecte la personne âgée. De là, l'opportunité de développer des projets susceptibles de mieux desservir cette clientèle pour pouvoir la maintenir le plus longtemps possible dans son milieu de vie. 2004
- ▶ Une *infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie* effectue maintenant le suivi de la clientèle âgée, et ce, en collaboration avec une équipe interdisciplinaire qui favorise la diversité des expertises et une meilleure prise en charge globale du patient. Un double objectif est aussi poursuivi par la création de ce poste d'infirmière clinicienne :

- favoriser une diminution de la durée de séjour des personnes âgées de plus de 65 ans et en perte d'autonomie; 2004
- favoriser un retour plus rapide de ces patients dans leur milieu de vie naturel. 2004



14. Réajuster nos pratiques pour nous permettre de composer avec l'accroissement du nombre de patients atteints de cancer, le tout dans le respect des orientations ministérielles sur cette question.

- ▶ Au cours de l'année 2001 que nous avons nommée une *infirmière pivot en oncologie*. Elle assure notamment la coordination et la continuité des soins tout au long de la prise en charge de chaque patient en oncologie. Son rôle est varié, à la fois auprès de ses patients et des proches de ceux-ci. Elle facilite, auprès de chaque patient, la navigation des soins qu'il requiert auprès d'autres établissements et organismes. 2003
- ▶ L'*infirmière pivot en oncologie* a réalisé, en plus de ses tâches habituelles, deux *activités de financement* auprès de la population. Ces activités de financement ont permis de recueillir une somme de 10 000,00 \$. Avec cette somme, nous avons mis sur pied des ateliers pour nos patients. De plus, nous avons organisé des conférences et nous avons développé d'autres activités connexes dont :
 - offrir au patient un *massage de détente sur chaise* avant son traitement;
 - mettre à la disposition du patient une bibliothèque adaptée à sa condition;
 - créer un centre de documentation approprié. 2003
- ▶ Notre *infirmière pivot en oncologie* s'est classée au deuxième rang au concours régional *Innovation Clinique 3M*, concours organisé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Ce concours « vise à mettre en valeur la contribution clinique des infirmières à la qualité des soins offerts à la population, à l'efficacité et à l'efficience des services de santé ainsi qu'à l'avancement de la profession d'infirmière. Il vise également à susciter l'échange d'information entre les membres de la profession ». Cette mention fut attribuée à notre *infirmière pivot en oncologie*, en considération du caractère novateur et exportable de son projet clinique en oncologie dans notre hôpital. 2003

- ▶ Nous avons révisé la composition de notre équipe multidisciplinaire en oncologie. Cette équipe est maintenant constituée :
 - d'un médecin spécialiste en cancérologie et oncologie;
 - d'une infirmière spécialisée en oncologie;
 - de pharmaciens spécialisés en oncologie;
 - d'un psychologue spécialisé en oncologie;
 - d'un travailleur social spécialisé en oncologie;
 - d'un aumônier du Service de pastorale;
 - d'un dentiste spécialisé en oncologie;
 - de bénévoles dédiés au soutien de ces patients. 2003

- ▶ La *technique du ganglion sentinelle* dans le traitement du cancer du sein a été implantée à l'hôpital. Cette technique serait une procédure susceptible de réduire certains risques d'envahissement ganglionnaire axillaire chez des patientes, tout en diminuant les coûts reliés à certains traitements du cancer du sein. La *technique du ganglion sentinelle* constitue une nouvelle approche thérapeutique chirurgicale. Plusieurs patientes ayant eu une *biopsie du ganglion sentinelle* pourraient ainsi éviter le curage axillaire et les complications qui y sont liées. 2004

- ▶ L'*ajout de nouveaux* médecins spécialistes en cancérologie et en oncologie nous a permis de constituer une nouvelle équipe de cliniciens. Cette nouvelle équipe de soins améliore la réponse à nos augmentations de volume constantes dans ce domaine. Elle nous permet également de mieux desservir notre actuelle clientèle. 2004

- ▶ En oncologie, nous avons connu un *taux d'accroissement de nos activités* de 64 % par rapport à l'exercice financier de 2002-2003. Nous avons négocié et obtenu un budget additionnel d'une somme de 1 035 000,00 \$ de la Régie régionale de la Montérégie pour nous permettre de soutenir nos dépenses additionnelles en oncologie. 2004



15. Poursuivre l'amélioration du fonctionnement de notre *Service des soins d'urgence* par une révision, cette fois, du mode de prise en charge de nos patients à leur arrivée.

- ▶ Nous avons décidé de modifier le mode de prise en charge de nos patients à leur arrivée au *Service des soins d'urgence*. Nos patients sont dirigés, selon la nature de leurs besoins, soit vers l'*aire ambulatoire*, soit vers l'*aire des civières* de notre urgence. Antérieurement, tous les patients étaient dirigés uniquement vers l'*aire ambulatoire*. Cette nouvelle pratique favorise une prise en charge optimale des patients. Cela nous a conduits à revoir l'organisation du travail et la structure des postes à l'urgence. Nous avons effectué des réaménagements mineurs de nos locaux en fonction de cette orientation. 2002
- ▶ Nous avons suscité plusieurs discussions avec des représentants du *Comité d'experts* du *Centre de coordination national des urgences* du ministère et avec des représentants de la Régie régionale, et ce, dans le but de nous permettre d'examiner ensemble les difficultés grandissantes dues à l'*augmentation de la lourdeur des patients* pris en charge par notre hôpital. Nous pouvons évaluer la lourdeur de nos patients à l'aide d'un outil efficace et ainsi déterminer la *durée de séjour prédite* de nos patients. La *durée de séjour prédite* de nos patients est plus élevée qu'elle l'était antérieurement. Heureusement que nous avons, dans le passé, développé à l'hôpital toutes sortes d'alternatives à l'hospitalisation. En l'absence de tels développements, notre actuel nombre de lits à l'hôpital serait manifestement insuffisant. 2003
- ▶ Pour nous permettre de résoudre l'engorgement cyclique de notre *Service des soins d'urgence*, nous avons mis sur pied différentes instances de concertation qui devraient nous permettre d'accroître la qualité de nos actes de coordination dans ce domaine. En dernier lieu, ce dossier est coordonné par le *Comité de régie* du directeur général. 2003
- ▶ Le contenu de quelques *protocoles de soins* et de quelques *guides de pratiques cliniques* est en révision. Un médecin du *Département de médecine d'urgence* a été mandaté à cette fin par le Comité exécutif du CMDP. Nous révisons, à l'aide de ces nouveaux contenus, le mode de prise en charge de nos patients à leur arrivée au *Service des soins d'urgence*. Ultérieurement, une équipe de professionnels, assistée d'un ingénieur en génie biomédical, portera un jugement sur la qualité du plateau technique de notre urgence et proposera un ensemble de moyens aux fins de l'améliorer. 2003

- ▶ Le remplacement de notre actuel « *logiciel d'application maison* » du *Service des soins d'urgence* par un nouveau logiciel, appelé SIURGE, est en cours d'implantation. Ce nouveau logiciel d'application, en plus d'assurer la gestion et le suivi des visites de patients à notre *Service des soins d'urgence*, intégrera un module de triage pour le secteur de l'évaluation. Ce *module de triage* est basé sur l'*échelle de triage et de gravité* pour les « départements d'urgence ». Cette échelle consiste à classifier ou à déterminer le degré de priorité des patients ainsi que les tâches à accomplir. De plus, SIURGE gèrera les demandes de consultations, établira des liens avec le Kardex infirmier et disposera d'un entrepôt de données pour la gestion d'indicateurs de performance de notre urgence. Nos moniteurs de signes vitaux seront en interface avec ce système. Ce système permettra d'obtenir une information plus précise concernant la gestion de notre *Service des soins d'urgence* dans un objectif de réduction de la durée de séjour de nos patients. Nous continuerons à maintenir, à son niveau le plus élevé, la qualité de nos soins et de nos services offerts. 2003

- ▶ Quelques mois après l'implantation de SIURGE, deux cent trente-neuf personnes ont déjà été formées à l'utilisation de ce nouveau système informatique. Ce changement s'effectue adéquatement et rapidement. 2003

- ▶ Après avoir obtenu l'accord du Comité exécutif du CMDP, nous avons redéfini la mission et les fonctions des deux *directeurs médicaux adjoints*, et ce, à la fois au niveau de la prise en charge de nos patients à la suite de leur *arrivée à l'urgence* et à la fois au niveau de la durée de séjour constatée des *patients hospitalisés*. La contribution attendue des *directeurs médicaux adjoints*, dans ces deux champs d'activité, est maintenant mieux définie. L'intensité de leurs interventions dans ces domaines sera accrue. 2003

- ▶ Nous avons proposé aux autorités compétentes de reconnaître un nombre de *35 civières au permis* au *Service des soins d'urgence* de notre hôpital. Au mois de décembre 2003, nous avons 24 civières reconnues au permis. Notre recommandation a été accueillie favorablement et elle sera mise en application au début du prochain exercice financier, soit vers le 1^{er} avril 2004. L'argumentaire de notre proposition s'appuyait sur les changements majeurs survenus depuis l'année 1982 au niveau des habitudes de consommation de la population de notre territoire. Nous avons également fait état des différences notables au niveau de l'importance de la consommation en soins de santé dans notre hôpital depuis cette date. C'est le 18 octobre de l'année 1982 que notre hôpital a été mis en service. 2003

- ▶ Dans le cadre du *plan d'action sur les urgences* de la sous-région de Longueuil de la Régie régionale de la Montérégie, un budget additionnel récurrent de 600 000 \$ a été alloué à notre hôpital pour lui permettre d'accroître ses effectifs à son *Service des soins d'urgence*. La reconnaissance récente de *35 civières au permis* de notre urgence fut notre principal argument dans ce dossier. 2004

- ▶ Le *Comité d'intégration des processus hospitaliers* poursuit ses travaux. Ce comité est composé de gestionnaires et de médecins. Ce groupe de travail favorise l'accroissement de la complémentarité entre les différents professionnels impliqués au niveau des soins d'urgence. Ce comité prend des dispositions pour améliorer la qualité du domaine médico-administratif des activités de l'urgence. Il favorise le partage d'informations à tous les niveaux de notre organisation. Il a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et la performance clinique et administrative de notre *Service des soins d'urgence*. 2004
- ▶ Un psychiatre prend maintenant en charge et sans délai les patients psychiatriques en attente d'une hospitalisation. Cette nouvelle pratique, susceptible d'accroître la performance de notre urgence, est à l'essai. Le *Département de psychiatrie*, le *Département de médecine d'urgence* et le *Directeur médical intérimaire* saisiront le Comité exécutif du CMDP du résultat de leurs évaluations respectives à la suite de l'introduction de cette nouvelle pratique. 2004



16. Intensifier, principalement en collaboration avec les CLSC de notre territoire, des mécanismes favorisant une meilleure continuité de soins pour nos patients atteints d'une *Maladie pulmonaire obstructive chronique*, et ce, dans le but de diminuer significativement le taux de réadmission et la durée de séjour de ces patients en favorisant, pour ce faire, le recours à des alternatives à l'hospitalisation pour ces patients.

- ▶ En 2001, les interventions de notre équipe multidisciplinaire, impliquée dans la prévention et le traitement de la maladie pulmonaire, ont permis d'améliorer la rapidité, la qualité et la quantité de nos services auprès de nos patients. Nos liens avec les professionnels d'autres types d'établissement et d'autres organismes de notre sous-région ont été renforcés. Un plan d'intervention et un service téléphonique disponible 24 heures sur 24 ont été créés. De nouvelles ressources alternatives à l'hospitalisation ont été établies. 2002

- ▶ Nos statistiques opérationnelles nous démontrent l'impact de ces nouvelles mesures au chapitre de la prévention et du traitement de la maladie pulmonaire :
 - une réduction de 8 % du nombre de visites de patients inscrits au *Service des soins d'urgence* et ayant été placés en observation sur une civière;
 - une diminution de 48 % du nombre d'hospitalisations de patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique;
 - une diminution de 12 % du nombre de patients ré-hospitalisés;
 - une diminution de la durée moyenne de séjour, celle-ci étant passée de 11 jours à 6,7 jours;
 - la moyenne d'âge de ces patients s'est maintenue à 71 ans. ²⁰⁰²

- ▶ En 2002-2003, nous avons amorcé une nouvelle approche au *Service des soins d'urgence* afin de cibler plus rapidement les patients porteurs d'une maladie pulmonaire chronique. Une équipe multidisciplinaire a été mise sur pied et elle intervient rapidement auprès de ces patients. Nous avons développé, conjointement avec nos partenaires de la sous-région de Longueuil, des programmes d'exercices quotidiens pouvant être individualisés, et ce, à l'intention des patients porteurs d'une *maladie pulmonaire obstructive chronique* (MPOC). Nous avons déconcentré notre *programme de suivi intégré MPOC* sur tous nos *services de soins* de médecine et de chirurgie, à l'exception du *Service de soins du 6e Sud*. Nous nous sommes assurés d'offrir à l'ensemble de notre personnel infirmier, au cours du mois de juin de l'année 2002, une journée d'information sur les modalités de la prise en charge et de suivi de patients faisant partie du *programme de suivi intégré MPOC*. ²⁰⁰³

- ▶ Le nombre de patients, porteurs de maladies pulmonaires que nous transférons aux CLSC, est en progression constante. Malgré le contenu des actuels *protocoles de soins*, il nous est encore difficile d'accroître le nombre d'ordonnances médicales pour l'administration de certains médicaments comme les corticostéroïdes ou les antibiotiques. Avec le *Département de médecine générale* et le *Département de médecine d'urgence*, nous travaillons à l'élaboration d'un *guide de pratique clinique* dans le but d'uniformiser certaines pratiques cliniques et de suppléer au manque d'accessibilité aux services médicaux, sur notre territoire, dans le domaine de la prévention et du traitement de la maladie pulmonaire. Un comité de travail formé au mois de décembre 2003, dans le cadre d'un programme de la Régie régionale appelé *Continuum des services de soins ambulatoires*, a pour mission de favoriser l'augmentation des échanges entre les établissements de notre territoire et pourrait nous permettre graduellement d'aplanir certains problèmes de coordination interétablissements. Nous sommes présentement à évaluer l'efficacité de ce programme régional. ²⁰⁰⁴



17. Favoriser la continuation de l'accroissement d'actes de complémentarité entre le Centre hospitalier Pierre-Boucher, l'Hôtel-Dieu de Sorel et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska, particulièrement au niveau de la dispensation de soins pneumologiques spécialisés, de la téléradiologie, de même qu'au niveau de la poursuite de nos objectifs réciproques en ce qui concerne l'amélioration de la couverture médicale pour la population faisant partie de ce pôle de la région de la Montérégie.

- ▶ Nos médecins-radiologistes se déplacent à *Réseau Santé Richelieu-Yamaska* sur une base régulière, à raison de deux jours par semaine. Ils assument également la garde médicale à distance en imagerie médicale, à raison de 30 % du temps. Nous analysons la majorité des examens de radiologie effectués dans cet hôpital, et ce, quel que soit le jour de la semaine. ²⁰⁰²
- ▶ Nous avons mis sur pied un *service clinique unifié de pneumologie* pour le Réseau Santé Richelieu-Yamaska et le Centre hospitalier Pierre-Boucher. ²⁰⁰²
- ▶ Il existe présentement une grande pénurie de médecins-radiologistes dans d'autres hôpitaux de la région de la Montérégie, ce que nous n'avons encore jamais connu au Centre hospitalier Pierre-Boucher. Avec le support de notre *Système numérique de communication et d'archivages des images radiologiques* ainsi que de celui du *Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS)*, nos médecins-radiologistes assurent, dans certaines circonstances et pour certains types d'exams diagnostiques, une couverture médicale en imagerie médicale au niveau d'autres hôpitaux de notre région, dont les suivants :
 - Réseau Santé Richelieu-Yamaska, en tomodensitométrie et échographie;
 - Hôpital régional du Suroît, en tomodensitométrie et échographie;
 - Hôtel-Dieu de Sorel, en tomodensitométrie, échographie;
 - Hôpital Charles LeMoyne, en tomodensitométrie.La couverture de garde de nos médecins-radiologistes est effectuée dans nos installations ou dans leur résidence personnelle. ²⁰⁰³
- ▶ En chirurgie générale, nous offrons une couverture chirurgicale occasionnelle auprès de plusieurs hôpitaux de notre région. ²⁰⁰³
- ▶ En orthopédie, nous avons établi des corridors de services avec d'autres hôpitaux de notre territoire afin de permettre, à nos patients, un meilleur accès à cette spécialité clinique. ²⁰⁰³

- ▶ Nous assurons une couverture médicale en obstétrique auprès de l'Hôtel-Dieu de Sorel et auprès du Réseau Santé Richelieu-Yamaska. 2003
- ▶ Le Centre hospitalier Pierre-Boucher a convenu d'une entente écrite de jumelage avec l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie de Shawinigan. Nous avons honoré cette entente dans tous ses aspects. À son expiration, nous avons soutenu la candidature du docteur Claude Rivard, chef du *Département de médecine d'urgence*, au *Prix de leadership médical*, édition 2004, prix pouvant lui être décerné par l'Association des hôpitaux du Québec. C'est à l'automne 2004 que nous apprendrons si le docteur Claude Rivard deviendrait le récipiendaire de ce prix prestigieux. Plusieurs de nos médecins en soins d'urgence ont également assuré, durant une longue période, une couverture médicale à l'urgence de cet hôpital située à Shawinigan. Cette entente de jumelage a connu une couverture médiatique d'importance. 2004



18. Moderniser le fonctionnement de notre *Buanderie communautaire* dans l'hypothèse où le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que la Régie régionale de la Montérégie nous autoriseraient à acquérir un tunnel de lavage dans le cadre du *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux* de la Régie régionale. Dès lors, prendre les moyens appropriés pour que ce projet puisse être autorisé dans les meilleurs délais.

- ▶ Au mois de mai 2001, nous avons obtenu l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la Montérégie pour procéder à la modernisation des équipements et des installations de notre *Buanderie communautaire* ainsi que de notre *Service de buanderie-lingerie*. Un tunnel de lavage y sera installé. Nous pourrons ainsi nous adapter aux exigences de nos établissements clients et continuer à demeurer compétitifs dans ce marché. Nos nouveaux équipements seront plus performants que les anciens et ils nous permettront d'accroître notre productivité, de réduire notre consommation d'énergie et de diminuer les coûts d'entretien de nos équipements. 2002

- ▶ Cette autorisation comporte l'obligation, pour le Centre hospitalier Pierre-Boucher, de financer de cette façon ces deux phases de ce projet :
 - la phase *LAVAGE* sera financée à 100 %, par une subvention de 700 000,00 \$ du plan de modernisation du ministère et de la régie régionale; ²⁰⁰²
 - la phase *FINITION* sera autofinancée à 100 % par l'hôpital, pour un montant de 800 000,00 \$. ²⁰⁰²

- ▶ Le plan d'autofinancement de ce projet est finalisé et fut approuvé par la Régie régionale de la Montérégie. L'appel d'offres de soumissions pour la réalisation complète de ce projet a été lancé le 10 décembre 2001. Les soumissionnaires ont pu déposer leurs soumissions jusqu'au 24 janvier 2002. L'analyse des soumissions est en cours de réalisation et une recommandation pour le choix d'un soumissionnaire sera déposée au Conseil d'administration par le directeur général, avant le début de la période estivale de l'année 2002. ²⁰⁰²

- ▶ Le 23 mai 2002, le contrat d'acquisition des équipements et du matériel a été octroyé à la compagnie Topos. Au mois d'août 2002, nous avons confié à la firme Genivar inc. la préparation *des plans et devis* de ce projet. D'autres contrats de moindre importance ont également été octroyés à d'autres entrepreneurs. ²⁰⁰³

Les travaux nécessaires à l'installation de ces équipements ont débuté le 4 octobre 2002. Pour la durée des travaux, des ententes avec différents centres-laveurs ont été convenues. La buanderie est opérationnelle depuis le 16 décembre 2002. Des activités d'information et de formation auprès de nos employés ont été prévues. Ces changements, au mode de fonctionnement de notre *Service de buanderie-lingerie* et de notre *Buanderie communautaire*, ont été correctement gérés. Plusieurs directorats ont été mis à contribution tout au cours de cette période. La coordination de ces activités a été centralisée au sein du *Comité de régie* du directeur général. Nous confirmons que le tout s'est déroulé correctement. Nous sommes satisfaits de cette réalisation. ²⁰⁰³

- ▶ Notre nouvelle *Buanderie communautaire* est opérationnelle depuis le 16 décembre 2002. Cela nous permet d'honorer nos ententes de réciprocité, avec le *Réseau Santé Richelieu-Yamaska*, pendant la durée de travaux majeurs de modernisation de cet hôpital. ²⁰⁰³



19. Prendre les dispositions appropriées pour favoriser, sous la forme d'une expérience pilote, la conclusion d'une entente entre notre hôpital, des cabinets privés de médecins spécialistes, le ministère de la Santé et des Services sociaux et d'autres organismes, s'il y a lieu, dans le but d'intégrer et de consolider les services extra-hospitaliers d'imagerie médicale de première ligne couverts par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec et ainsi, affermir les services de deuxième et de troisièmes lignes actuellement ou éventuellement offerts par notre hôpital au niveau de ces services d'imagerie médicale.

- Nous avons eu des échanges avec le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant l'organisation des services extra-hospitaliers de première ligne en imagerie médicale. Le ministère ne désire pas, pour l'instant, altérer l'actuelle organisation des services d'imageries médicales au Québec. ²⁰⁰²



20. Réaliser une étude de faisabilité du *dossier patient informatisé*, et ce, en collaboration avec la Régie régionale de la Montérégie. Dans l'hypothèse où cette étude serait concluante et que ce projet serait financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, prendre les dispositions appropriées pour procéder à l'implantation du *dossier patient informatisé* à la grandeur de notre hôpital.

- Au cours de l'an 2000, nous avons rapidement réussi à démontrer la faisabilité du *dossier patient informatisé* à l'intérieur de notre hôpital. Ce projet fut autorisé en 2002. Cette autorisation est accompagnée d'une subvention de démarrage. Nous effectuons à présent la mise en place de plans d'intervention clinique normalisés et multidisciplinaires. ²⁰⁰²
- La Régie régionale de la Montérégie désire concurremment développer une vision régionale à propos des données figurant dans le *dossier patient informatisé*. Elle souhaite élaborer un cadre régional normatif sur cette question. Elle désire implanter un tel *dossier patient informatisé* au niveau des dix centres hospitaliers publics de soins de courte durée de la région de la Montérégie. Le site pilote choisi par la

Régie régionale est le Centre hospitalier Pierre-Boucher. Notre site pilote est reconnu par le ministère. 2002

- ▶ Une première subvention d'un million et demi de dollars nous fut accordée pour réaliser la phase 1 de ce projet, soit celle de la numérisation des *documents papier* des dossiers médicaux antérieurs de certains de nos ex-patients et des *documents papier* de tous nos actuels patients. Le démarrage de cette première phase est prévu pour la fin du mois de septembre 2003. 2003
- ▶ Au cours de l'automne de l'année 2002, nous avons *simulé* le fonctionnement de notre éventuel *système informatisé* d'un *dossier patient informatisé*, et ce, à des fins de test. Plusieurs médecins, gestionnaires et employés ont participé à plusieurs bancs d'essai préalablement planifiés et convenus entre nous. Chacun de ces bancs d'essai s'est avéré positif et concluant. 2003
- ▶ Nous avons finalisé le montage financier du *dossier patient informatisé*. Nous estimons que ce montage financier énumère exactement tous les avantages et toutes les charges consécutives à l'implantation d'un *dossier patient informatisé* dans notre hôpital. Plusieurs directions administratives ont été mises à contribution dans la préparation de ce montage financier. Le *Comité exécutif du CMDP* a également été consulté sur cette question. Le directeur général a proposé l'approbation de ce montage financier au Conseil d'administration qui, au terme d'une assez longue délibération, l'a accepté. Notre proposition financière fut par la suite déposée à la Régie régionale de la Montérégie. Étant donné que nous anticipions une réponse positive de la Régie régionale de la Montérégie, à la suite du dépôt de notre proposition financière, nous avons décidé d'enclencher sans délai la réalisation de ce projet dans notre hôpital. Cette décision était dépourvue de témérité, puisque nous avons la confirmation que notre projet serait proposé au Conseil d'administration de la Régie régionale et que son approbation ne serait qu'une formalité puisque nous avons déjà eu la confirmation que des approbations préalables avaient déjà été autorisées par le Conseil d'administration de cette instance régionale. 2003
- ▶ Nous implanterons, dans un premier temps, le *dossier patient informatisé* dans un site pilote de notre hôpital, site que nous avons choisi après avoir consulté les membres du *Comité de régie* du directeur général. Ce site est le *Service de soins de médecine de jour (MDJ7)* et le *secteur de l'oncologie* du susdit service. Par la suite, ce dossier serait graduellement déployé partout dans l'hôpital, si cette expérimentation s'avère positive. Le *plan de déploiement* de ce dossier est actuellement en préparation. 2004

- ▶ Le montage financier de ce projet identifie deux sources de financement et une part d'autofinancement. Cette part d'autofinancement nous permet d'assurer nous-mêmes, en partie, la réalisation de ce projet sans recours à d'autres sources de financement :
 - une première source de financement d'une somme de 1 182 979 \$ nous serait versée dans un premier temps par la Régie régionale. Cette subvention nous permettra notamment d'acquérir tous les équipements nécessaires au démarrage de ce projet; 2004
 - une deuxième source de financement d'une somme d'environ 6,2 millions nous serait versée à la phase du déploiement complet du *dossier patient informatisé* dans l'hôpital; 2004
 - ce projet comporte une part d'autofinancement s'élevant à 837 591 \$. On prévoit un retour sur cet investissement dans 6 ans. 2004

- ▶ Nous constatons que les deux *éléments clés* du *dossier patient informatisé* de notre hôpital cohabitent aisément à l'intérieur de chaque *dossier patient informatisé*. Ces deux éléments clés sont :
 1. 1) le *dossier papier numérisé*;
 2. 2) les *renseignements numérisés* acquis sur chaque patient au cours de chacun de ses épisodes de soins dans notre hôpital. 2004

- ▶ Les utilisateurs cliniques et cléricaux sont rapidement devenus autonomes avec le système du *dossier patient informatisé* qu'ils semblent apprécier grandement. 2004



21. Procéder au réaménagement des installations de notre *Service des soins de natalité*, le tout consécutivement à une décision antérieure du Conseil d'administration.

- ▶ Deux étapes déterminantes, soit celle de l'élaboration de la phase *concept* et celle de la préparation des *plans et devis préliminaires*, ont été réalisées en 2001. Ces étapes ont été franchies en collaboration avec les équipes du *Service des soins de natalité* et de celles du *Département de périnatalité*. Le contenu des documents, préparés et déposés à ces étapes, est en tout point conforme aux objectifs à l'origine du projet. Nous avons proposé une modification à la programmation et au budget initial. La Régie régionale a finalement approuvé le tout et a fait parvenir une recommandation positive au ministère de la Santé et des Services sociaux. 2002

Le Conseil du trésor du gouvernement du Québec a autorisé une dépense de près de 4,1 millions pour nous permettre de réaliser le réaménagement de notre *Service des soins de natalité* et d'agrandir notre *Service des soins d'urgence*. 2002

- Cette décision a été annoncée conjointement à la salle l'Échange, au mois d'avril 2002, par la *vice-première ministre et députée du comté de Taillon*, Madame Pauline Marois, et par le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, Monsieur David Levine. 2002

- ▶ À la suite des procédures d'appel d'offres pour le choix d'un entrepreneur, les *travaux de réalisations* de ce réaménagement se sont échelonnés du mois de juillet 2002 au mois de février 2003. L'agrandissement du *Service des soins d'urgence* a été complété en novembre 2002. Le *Centre des naissances* a pour sa part été inauguré le 13 février 2003. 2003

Les équipements médicaux et le mobilier ont été acquis pour une somme de près de 1 000 000,00 \$ de dollars. De cette somme, une subvention de près de 200 000,00 \$ nous fut versée par la Fondation du CHPB. 2003

- ▶ Nous avons obtenu, en avril 2002, l'autorisation de procéder à la réalisation du projet du *Centre des naissances*, projet qui incluait le réaménagement d'une section de notre *Service des soins d'urgence*. 2003

Le projet a été précédé du réaménagement temporaire du court séjour chirurgical pour pouvoir héberger temporairement le *Service des soins de natalité*. 2003

► Les travaux effectués nous permettent maintenant de répondre aux *besoins en alimentation* du nouveau-né et aux *besoins de proximité* entre l'enfant et sa mère. Ils permettent leur cohabitation, tout en respectant le cycle d'éveil et de sommeil du nouveau-né. Une telle cohabitation procure les avantages suivants : 2003

- meilleure connaissance et meilleure compréhension du nouveau-né;
- amélioration des compétences parentales sur les aspects du toucher, de la manipulation et de l'observation du nouveau-né;
- maximalisation de la croissance du nouveau-né, parce qu'il est en harmonie avec ce qu'il a connu auparavant;
- maintien des équilibres néonataux grâce aux soins regroupés;
- diminution du stress autour du nouveau-né;
- meilleure qualité des apports alimentaires;
- offre d'un environnement d'une meilleure qualité : le nouveau-né est plus calme, pleure moins et a un cycle d'éveil et de sommeil approprié;
- facilite les premiers jours avec le nouveau-né, lors du retour à la maison. 2003

La cohabitation favorise l'observation du nouveau-né lors de son cycle d'éveil et de sommeil. Nous l'alimentons au sein ou au biberon lors des périodes d'éveil. 2003

Voici les bienfaits de cette pratique :

- elle respecte le rythme du nouveau-né;
- elle favorise un meilleur repos;
- elle facilite la croissance du nouveau-né;
- elle diminue les poussées d'ictères à bilirubine chez le nouveau-né;
- elle diminue le degré d'engorgement chez la mère;
- elle facilite les tétées difficiles. 2003

► Nous avons acquis les équipements fixes pour une somme de 226 000 \$, ainsi que les équipements médicaux et le mobilier pour une somme de 593 000,00 \$. La Fondation a contribué à l'acquisition d'équipements médicaux spécialisés et à l'acquisition de mobiliers pour une somme additionnelle de 155 000 \$. Nos dépenses furent rigoureusement comptabilisées. Nous avons terminé ces deux projets en équilibre du budget autorisé par le Conseil d'administration. 2003

► Nos employés du *Service des biens meubles et immeubles* ont participé à la réalisation de certains travaux de construction. Notre *Direction des soins infirmiers et des services d'hôtellerie* y a apporté une contribution éclairante et appréciée. 2003

- ▶ Le projet a été inauguré le 13 février 2003 par la *vice-première ministre et ministre des Finances, de l'Économie et de la Recherche*, Madame Pauline Marois, et a été suivi d'une journée portes ouvertes à l'intention de la population. Nous avons connu un fort taux de participation de la population. 2003
- ▶ Le personnel clinique pourra travailler dans de meilleures conditions qu'antérieurement. La qualité et la sécurité de nos soins de natalité s'en trouveront nettement améliorées. Ce projet est une réussite à tous égards et fait de notre *Centre des naissances* l'un des centres de naissances les plus modernes, le plus fonctionnel et le plus beau du genre au Québec. 2003



22. Accroître le partage de notre information clinique et administrative de nature électronique et numérique, qu'elle soit de type voix, donnée ou image, et ce, dans le but de nous permettre de mieux soutenir la prestation de nos soins et de nos services, d'accroître la performance de notre hôpital sur tous les plans et d'accroître dans cette foulée le niveau d'intégration de nos différentes applications cliniques et administratives, le tout dans le respect des orientations du Conseil d'administration en matière de sécurité des actifs informationnels.

- ▶ Le Conseil d'administration a promulgué une politique en matière de sécurité des actifs informationnels. Cette politique constitue un ensemble de mesures de sécurité visant à assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité de l'information de même que l'imputabilité d'une opération au moment de sa collecte, de son entreposage, de son traitement ou de sa transmission. 2002

Sous l'empire de cette politique, la direction générale a publié par la suite des normes et des règles additionnelles. 2002

- ▶ Les premiers secteurs qui sont visés par cette politique sont les suivants :
 - la télémédecine;
 - la téléradiologie;
 - le *Système numérique de communication et d'archivages des images radiologiques*, que nous avons déployé sur toutes les unités de soins;
 - tout nouveau logiciel d'application favorisant le partage de nos informations cliniques et administratives. 2002

- ▶ Nous avons procédé à la consolidation de l'architecture de notre réseau informatique. 2002

- ▶ Nous avons implanté un nouveau système d'information à notre *Clinique d'insuffisance cardiaque*. Ce système favorise le partage d'informations cliniques sur nos patients, une meilleure prise en charge du patient et un meilleur suivi par le médecin traitant. 2002

- ▶ Nous avons déployé notre *système d'identification des données démographiques du patient* au niveau du *Centre multifonctionnel en psychiatrie externe* et au niveau du *Centre d'intervention de crise en psychiatrie*. Nous désirons de plus implanter dans ce secteur un nouveau système d'information qui nous permettra de mieux définir les besoins de ces patients et, ainsi, de mieux ajuster notre offre de services en fonction de leurs besoins spécifiques. 2002

- ▶ Nous nous préparons à l'implantation de la nouvelle version informatique de notre *système d'approvisionnement*. Cette nouvelle version nous permettra de mieux partager l'information contenue dans ce système informatique. Il favorisera une meilleure gestion et un meilleur suivi des requêtes d'approvisionnement effectuées par les utilisateurs de ce système. 2002

- ▶ Nous avons ouvert, en 2001-2002, plus de trente nouveaux comptes d'accès au *logiciel Lotus Notes*. Ce logiciel permet la publication, la communication et la réplication des données entre les utilisateurs de ce logiciel. Il assure la sécurisation, le respect et la confidentialité des informations utilisées et partagées par ces utilisateurs. Présentement, près de 200 utilisateurs ont été raccordés par notre hôpital à ce service. 2002

- ▶ Le *Centre multifonctionnel en psychiatrie externe* et le *Centre d'intervention de crise en psychiatrie* ont maintenant accès à nos serveurs centraux. 2002

- ▶ Notre hôpital a acquis et déployé le nouveau *Système québécois intégré d'information des activités transfusionnelles et d'hémovigilance* (SIIATH). Depuis le 6 novembre 2003, notre Banque de sang est maintenant informatisée. Ce système, relié à une base de données nationale, permet d'établir le lien entre le produit et le receveur, tout en conservant l'anonymat du donneur. Il nous permet aussi de connaître avec précision la localisation et le cheminement de chaque produit sanguin à travers le réseau, et ce, *du donneur jusqu'au receveur*. Une seconde phase est prévue pour l'an prochain. Cela nous permettra de déployer ce système au niveau de nos unités de soins. 2003

- ▶ La nouvelle version de notre *système d'approvisionnement MAESTRO* a été implantée. Ce système gère l'ensemble du processus d'approvisionnement, tel que la requête en approvisionnement, la gestion des commandes, la liste des fournisseurs, ainsi que des inventaires et des contrats, et la conciliation des factures. La nouvelle version Maestro a été déployée dans ces secteurs : achats, magasins, pharmacie, diététique, finances et direction générale. La phase de déploiement aux gestionnaires de cette application informatique est réalisée. La réquisition électronique décentralisée, dernière étape à mettre en place, est prévue pour l'automne 2003. Cette étape permettra aux gestionnaires et aux employés de saisir eux-mêmes leurs réquisitions dans le système informatique MAESTRO. Cette nouvelle façon de procéder diminuera les tâches cléricales des acheteurs, leur permettant ainsi de consacrer plus de temps au niveau des négociations avec les fournisseurs. Il fournira aux gestionnaires un meilleur suivi de leurs dépenses d'approvisionnement. 2003

- ▶ Nous avons été reconnus comme *site pilote*, pour la région de la Montérégie, en matière d'utilisation d'un logiciel d'application conçu pour assurer le *suivi et le contrôle des vaccins administrés à nos employés*. Ce logiciel est en interface avec celui de la paie, ce qui permet un meilleur contrôle de cette activité que nous avons placée sous la responsabilité de notre *Service de santé du personnel*. 2003

- ▶ De nouveaux outils de promotion, en matière de recrutement de personnel et de médecins, ont été acquis ou développés, tels :
 - un kiosque d'exposition;
 - une variété de dépliants dédiés à cette fin;
 - plusieurs publications officielles dans des revues spécialisées en matière de recrutement de ressources humaines. 2003

- En réponse à certains besoins connus de formation de nos employés, nous avons procédé à l'acquisition et à l'implantation d'une solution informatique de formation multimédia assistée par ordinateur. Cela nous permet de mettre en place des programmes de formation sur l'utilisation de certains logiciels, tels Windows, la suite bureautique *Office* de Microsoft, Lotus Notes, etc. 2003

Ce programme permet un accès plus simple et plus souple aux activités de formation de nos employés dans ce domaine. L'obligation de passer un examen pratique, au terme d'une activité de formation, fait en sorte qu'un diplôme est remis à un employé lorsqu'il est constaté qu'il a bien compris l'enseignement reçu. L'évolution des employés étudiants est contrôlée par ce programme informatique. 2003

Nous avons démarré ce programme de formation au cours de l'exercice financier 2002-2003. Plus de 100 employés se sont inscrits à ces activités de formation. 2003

Ce nouveau mode de formation est attirant, efficace et économique. Nous avons reçu 326 inscriptions à ces activités de formation en 2004. De ce nombre, 272 employés ont complété avec satisfaction au moins une formation. 2004

- Des dépliants et des affiches ont été conçus dans le but d'informer notre clientèle sur des événements organisés par notre hôpital ou sur de nouveaux programmes ou activités cliniques mises à sa disposition. 2003
- Nous avons augmenté le nombre de nos articles paraissant à l'intérieur de notre journal interne — celui des *Échos de l'équipe* — et nous le diffusons maintenant à l'extérieur de l'hôpital, et ce, à des établissements et à des personnes occupant des fonctions électives dans notre communauté. 2003
- Nos orthopédistes ont maintenant accès, à distance, au *Système numérique de communication et d'archivages des images radiologiques*. Cela facilite leur garde et réduit les délais de consultation de nos médecins d'urgence à cette spécialité médicale. 2004



23. Ajuster nos pratiques et notre mode de fonctionnement aux nouveaux mécanismes ministériels devant être mis en place par le biais d'une révision de l'actuel mode de budgétisation des centres hospitaliers publics du Québec.

- ▶ Le budget de développement, annoncé au début du présent exercice, a été rehaussé de 1 035 000,00 \$. Il est donc passé de 3 240 000,00 \$ à 4 275 000,00 \$. Ce budget nous permettra d'être compensés pour des augmentations de volume prévisibles au niveau de certaines activités cliniques, telles en oncologie et en endoscopie. 2004
- ▶ La préparation budgétaire 2003-2004 a donné lieu à plusieurs rencontres et à plusieurs discussions avec les représentants de la Régie régionale de la Montérégie. Pour donner suite à ces rencontres, nous avons été tenus de déposer deux plans distincts et complémentaires de *retour à l'équilibre budgétaire*. Ces deux plans devraient nous permettre maintenant d'atteindre l'équilibre budgétaire au cours du présent exercice financier. 2004
- ▶ Lors de ces rencontres avec les représentants de la Régie régionale de la Montérégie, on nous a confirmé ce qui suit : « **L'autorisation finale**, par le Conseil du trésor du gouvernement du Québec, de réaliser votre projet de construction d'un *Centre de services ambulatoires hospitaliers est conditionnelle* à l'atteinte de l'équilibre budgétaire au cours du présent exercice financier ». 2004



24. Analyser l'actuel plan d'organisation administratif de notre hôpital, le réviser, et procéder à l'adoption ainsi qu'à la publication d'un nouvel organigramme officiel de notre hôpital.

- ▶ Un *Département de médecine d'urgence* a été créé. Ce département clinique n'est plus un service clinique faisant partie du Département de médecine générale. 2002

- ▶ L'organigramme de l'hôpital est une photographie, à un moment donné, du plan d'organisation administratif de notre hôpital. Compte tenu de l'importance de l'utilisation de ce genre de document par toutes sortes de personnes, il est souhaitable que cette photographie soit prise périodiquement et qu'elle soit diffusée aux utilisateurs de ce genre de document à la fois dans l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital. Nous avons pris les dispositions, d'une part, pour qu'à l'avenir notre organigramme puisse être mise à jour facilement et périodiquement par ordinateur et, d'autre part, pour moderniser le dernier organigramme officiel de notre hôpital publié en 1995. À l'avenir, ce document sera mis à jour annuellement, puis affiché et distribué. 2004

- ▶ Au cours de l'année, le législateur a modifié la *Loi sur les Services de Santé et les services sociaux* afin d'obliger les établissements du Québec à assurer aux patients une prestation sécuritaire de leurs services de santé et de leurs services sociaux. Pour pouvoir assumer nos responsabilités d'ordre public en cette matière, nous avons modifié notre plan d'organisation administratif, d'une part, en créant le poste de *Conseiller à l'appréciation de la qualité et de la gestion des risques* et, d'autre part, en créant le *Comité de gestion des risques et de la qualité*. Cette activité a été rattachée à la direction générale. 2004



25. Composer avec l'accroissement de la clientèle en psychiatrie en mettant en place des pratiques visant à améliorer la qualité de notre partenariat avec les CLSC ainsi que les cliniques privées et les organismes communautaires. Tenir compte de la mission principale de notre hôpital en matière de soins de courte durée, dans la prise en charge de patients porteurs de *troubles mentaux sévères et persistants*.

- ▶ Nous avons développé toutes sortes de mesures susceptibles d'améliorer notre partenariat avec des établissements et avec des organismes offrant des services en santé mentale hors de l'hôpital. Chacune de ces mesures peut être distinctement considérée comme une *alternative à l'hospitalisation*. Ensemble, nous avons l'impression d'innover singulièrement dans ce domaine. Ces mesures permettent d'éviter des hospitalisations ou d'en réduire leur durée. Elles évitent l'admission de patients à l'hôpital en le soignant ailleurs, hors de l'hôpital, à domicile ou dans une structure externe ambulatoire en lien ou non avec notre hôpital. Les membres du *Département de psychiatrie* sont assidûment vigilants et attentifs sur ces questions. Les effets cumulatifs de ces mesures permettent à notre hôpital de centrer ses activités cliniques sur sa seule raison d'être : la dispensation de *soins de courte durée* aux patients porteurs de *troubles mentaux sévères et persistants*. 2002
- ▶ Un *protocole d'entente de services* a été conclu avec le *CLSC des Seigneuries* afin de lui offrir un support de *deuxième ligne* en psychiatrie. 2002
- ▶ Au terme de l'année 2003, nous avons consolidé notre équipe de psychiatres membres du *Département de psychiatrie*. 2003
- ▶ L'approche multidisciplinaire et une prise en charge globale des patients sont à nouveau privilégiées dans ce secteur d'activités cliniques. Notre *Département de psychiatrie* et notre *Service de consultations externes psychiatriques* ont déjà beaucoup innové dans la mise en place de pratiques en réseau. Ils sont ouverts à développer toutes sortes de collaboration susceptible de garantir des services adéquats à nos patients. 2003



26. Développer et mettre en place des programmes et des mécanismes visant à mieux soutenir nos gestionnaires et nos employés notamment, en matière :

- d'organisation du travail;
- de gestion de la présence au travail;
- de stabilisation de la structure de postes;
- de développement des compétences;
- de valorisation des ressources humaines et de reconnaissance de leur contribution.

► ORGANISATION DU TRAVAIL

Au chapitre de l'organisation du travail, mentionnons en premier lieu que des travaux ont été entrepris au printemps 2001 dans les unités de médecine-chirurgie afin de revoir le travail accompli par chacun des intervenants au sein des équipes de soins infirmiers et afin de réévaluer les façons de faire, dans un objectif de maximisation de l'utilisation de la main-d'œuvre infirmière, et de diminution de l'essoufflement, en exerçant une pression à la baisse sur les besoins en heures travaillées infirmières, et ce, dans le respect du rôle de chacun. Dans le cadre de cet exercice, la *délégation d'actes infirmiers aux infirmières auxiliaires* a également été revue. ²⁰⁰²

- Ce projet-pilote a pu être étendu dans l'*Unité de soins de gériatrie* et l'*Unité de soins intensifs* et les résultats obtenus sont des plus probants puisque l'on observe, de la période 04 à la période 08 de l'année 2001-2002, une diminution de 5,3 % de la proportion des heures travaillées par les infirmières par rapport au total des heures travaillées par les infirmières et les préposés aux bénéficiaires pour l'ensemble des services visés en comparaison avec la même période 2000-2001. ²⁰⁰²
- Le fait de transférer aux préposés aux bénéficiaires certaines tâches qui étaient accomplies par les infirmières représente une substitution de 7 697,25 heures d'un groupe à l'autre du fait que les heures travaillées en appoint dans ces secteurs le sont maintenant par des préposés aux bénéficiaires. Par le fait même, cette substitution a engendré des économies de l'ordre de 100 000,00 \$ en raison de la diminution du taux horaire moyen. ²⁰⁰²
- Il est également à mentionner que deux expériences sont en cours sous forme de projet-pilote visant à transformer un poste d'infirmière en poste d'infirmière auxiliaire et un second en poste de préposé aux bénéficiaires. ²⁰⁰²

L'exercice de réorganisation du travail au *Service de nutrition clinique et d'alimentation* est aussi à souligner. La révision des tâches dans le *secteur de la production*, révision effectuée à la lumière des résultats d'une étude jurisprudentielle étendue, a été effectuée dans une perspective de mobilisation accrue des employés et d'utilisation optimale des ressources. ²⁰⁰²

- ▶ Un projet de réorganisation du *Service des soins d'urgence* a été soumis au ministère dans le cadre du programme de soutien financier en matière de réorganisation du travail, lequel nous a valu l'obtention de deux subventions totalisant 50 000 \$. Un comité de réorganisation, dans lequel sont impliqués employés et médecins, s'est vu confier le mandat de revoir l'organisation des soins infirmiers et du travail au *Service des soins d'urgence*, afin d'être en mesure de continuer à répondre aux besoins de soins sans cesse croissants de la population, en réduisant les impacts sur la qualité, la quantité, l'accessibilité et la continuité des soins et services. L'amélioration de la complémentarité infirmière – préposés aux bénéficiaires, la révision du rôle des assistantes-infirmière-chef, la stabilisation accrue des ressources infirmières et des préposés aux bénéficiaires assignés au *Service des soins d'urgence*, le support clinique dispensé aux jeunes infirmières ont, notamment, permis d'intégrer de nouvelles diplômées dans l'équipe et de diminuer les heures travaillées en heures supplémentaires de l'ordre de 2 000 heures sur (sept) 7 périodes financières (période 04 – période 11). 2003
 - Outre l'atteinte des résultats précités précisons que cette démarche constitua par le fait même un exercice de consolidation d'équipe lequel a permis aux intervenants de ce service de vivre au sein d'un groupe renouvelé marqué par une plus grande maturité. Cette démarche leur aura également permis de se mobiliser autour des changements vécus et de s'y investir, pour ne nommer que, la réorganisation physique des lieux, le regroupement de la clientèle psychiatrique et la préparation de l'implantation du logiciel SIURGE. 2003

- ▶ Le processus de réorganisation du *Service des soins d'urgence* se poursuit de façon continue et le dernier bilan de la répartition des heures travaillées par titre d'emploi, tel que présenté au ministère au terme du projet, témoigne sans contredit du succès de la démarche. En effet, le total des heures travaillées à la période 12 (2002-2003) par rapport à celles de la période 12 de l'année précédente révèle que le pourcentage des heures travaillées par les infirmières a diminué de 4,3 % alors que le pourcentage des heures travaillées par les préposés aux bénéficiaires s'est accru de 4,1 %. Cette tendance s'est confirmée cette année, et ce, en dépit de l'augmentation significative des volumes d'activités au *Service des soins d'urgence*. Il en découle une diminution des heures travaillées en heures supplémentaires par des infirmières, élément fort important dans le contexte budgétaire actuel et de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé en général. 2004

- ▶ À ce chapitre, le projet de réorganisation des soins et du travail en médecine de jour est également à souligner. Nous avons présenté une seconde demande de subvention au ministère de la Santé et des Services sociaux, démarche nous ayant permis d'obtenir une somme de 25 000,00 \$ pour réaliser ce projet. 2004
- ▶ L'objectif ultime de cette réorganisation réside dans l'amélioration de la qualité, la quantité, l'accessibilité et la continuité des soins et des services à dispenser par une révision de l'organisation des soins, du travail et une révision des processus. Son succès repose sur une intégration plus optimale de la mission du *Service de médecine de jour* avec celle du *Service des soins d'urgence* et celle des CLSC du territoire afin de s'assurer d'une meilleure complémentarité. 2004

Ce réajustement de la prestation de soins et de services a conduit à une planification améliorée des activités, à un étalement des grilles horaires et de consultation tout au long de la journée afin de diminuer le degré d'imprévisibilité des activités de ce service, agissant ainsi sur la pression exercée sur les intervenants, à une utilisation plus optimale des médecins et infirmières de même que des espaces disponibles. 2004

▶ GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

- ▶ En matière de gestion de la présence au travail, l'implantation d'un logiciel en santé et sécurité au travail est à toutes fins pratiquement terminée. L'informatisation des données dans ce secteur nous permettra de produire les rapports périodiques requis à un suivi intensif de l'évolution de la situation en fonction d'indicateurs de gestion que nous avons définis. Cet outil de gestion sera rendu disponible aux gestionnaires dès le début de l'année 2002-2003. 2002
- ▶ Un plan d'action préliminaire visant à réduire les coûts d'assurance-salaire comme prévu et annoncé à l'intérieur de notre *Plan de retour à l'équilibre budgétaire* a également été élaboré. 2002
- ▶ L'implantation du logiciel en santé et sécurité du travail, développé par le ministère, n'a pu être finalisée que dans le dernier trimestre de l'année en raison de difficultés à réaliser les interfaces requises avec le système de gestion informatisé de données de paie. Ce système devrait être pleinement fonctionnel au cours des prochaines semaines et nous serons alors en mesure de développer des indicateurs de gestion. 2003
- ▶ Le plan d'action préliminaire visant à réduire les coûts en assurance-salaire a été bonifié et a donné lieu à un Plan d'action relatif à la gestion de la présence au travail couvrant la période 2001-2004. Au 31 mars 2002, le ratio d'assurance-salaire se situe à 5,3 % ce qui représente une diminution de 0,2 % par rapport à l'année précédente et, à la fin de la période 11 de cette année, le ratio cumulatif se situe à 4,95 %. Il est très difficile de traduire cette diminution de ratio en économies puisqu'il

faut prendre en compte le salaire de base des employés absents de même que les heures travaillées incluant les heures supplémentaires. Toutefois, toutes choses étant égales par ailleurs, l'on peut dire que ce ratio de 4,95 % appliqué sur les données de l'an passé représente une diminution des coûts relatifs de l'ordre de 100 000 \$. 2003

- ▶ La réalisation de notre plan d'action va bon train et rapporte des dividendes importants. Au 31 mars 2003, notre ratio d'assurance-salaire se situait à 4,75 % permettant au CHPB d'obtenir une performance relative intéressante puisque, pour la même période, le réseau de la santé, les établissements de la Montérégie et l'ensemble des établissements affichaient un ratio excédant le nôtre de plus de 1,0 %. Au 31 mars 2004, les économies en assurance-salaire sont de l'ordre de 300 000,00 \$. 2003
- ▶ Des travaux entrepris avec des gestionnaires de la *Direction des soins infirmiers et des services d'hôtellerie* auront également permis de développer des outils de suivi et de contrôle de l'absentéisme de courte durée et, par le fait même, de valorisation de la présence au travail. Ces outils seront, au cours des prochaines semaines, présentés à l'ensemble des gestionnaires afin qu'ils puissent les utiliser dans leur service. 2004

▶ STABILISATION DE LA STRUCTURE DE POSTES

En matière de stabilisation de la structure de postes, les interventions effectuées portent sur deux volets : tout d'abord, des exercices de conversion des heures travaillées (par les employés de la liste de rappel) en postes ont été effectués dans la presque totalité des services de notre hôpital permettant ainsi la création de 58,87 postes en équivalent temps complet. Cette diminution des employés à statut dit « précaire » revêt une importance particulière dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre que vit le réseau de la santé et de la surenchère qui l'accompagne. 2002

La mise en place d'un processus accéléré de nomination aux postes d'infirmière, suite à une entente patronale-syndicale, a également contribué de façon très significative à la stabilisation des effectifs en réduisant de façon sensible le délai de nomination aux postes. En effet, suite à la tenue de trois (3) *salons de postes*, soixante-dix-sept (77) postes furent octroyés dans un délai de cinq (5) jours alors qu'il aurait fallu plus de soixante (60) jours pour doter ces postes en application de la procédure régulièrement suivie. 2002

Les exercices relatifs à la conversion des heures se poursuivirent et permirent de créer 11,6 postes en équivalent temps complet. Il est à noter que ces exercices ont pour effet de titulariser des employés de la liste de rappel en fin de processus. La diminution du nombre d'employés à statut dit « précaire » revêt une importance particulière dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre que vit le réseau de la santé. 2003

Conscients de la valeur assurée des exercices de conversion des heures en matière de stabilisation de la main-d'œuvre et de la nécessité de la récurrence de celles-ci, nous avons étendu cette pratique à d'autres secteurs en cours d'année : inhalothérapie, imagerie médicale, laboratoire de biologie médicale et secrétaires médicales. Ces exercices ont permis d'ajouter plus de dix postes à la structure existante dans ces services, sans augmentation du nombre total d'heures travaillé, diminuant les coûts liés à la précarité du statut de certains de nos employés (taux de roulement, heures supplémentaires, absentéisme...) tout en permettant une meilleure continuité dans les soins et services offerts. 2004

La tenue de *salons de postes* visant le groupe d'infirmières contribue également de façon certaine à stabiliser notre main-d'œuvre. L'expérience acquise par le passé, conjuguée à l'amélioration du processus, a permis d'atteindre des résultats fort intéressants : cette année, 194 postes furent octroyés en 3,5 jours alors qu'il aurait fallu plus de six (6) mois pour doter ces postes en application de la procédure prévue à la convention collective. 2004

La pratique des *salons de postes* à l'intention des infirmières s'est maintenue et s'avère toujours aussi efficace. D'autres mécanismes ont été développés avec les autres syndicats afin de stabiliser la main-d'œuvre dans le contexte de pénurie croissante et ont également été porteurs de bénéfices : bonification des postes à temps partiel, affichage accéléré, etc. Ces processus accélérés nous permettent de connaître plus rapidement nos possibilités d'offrir des postes à l'embauche des nouveaux employés, élément ajoutant à l'attraction dont nous jouissons actuellement sur le marché de l'emploi. 2004

► DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Bien que le secteur *Développement des ressources humaines* ait encore une fois été des plus actifs en matière d'activités courantes avec un bilan de 17 568,42 heures de formation, dispensées à 3 187 participants, certains mandats particuliers ont été accomplis en lien avec les priorités corporatives visant le développement des compétences. ²⁰⁰²

En premier lieu, faisons référence à l'acquisition et à l'implantation de logiciels de formation multimédia assistée par ordinateur (CBT) pour la formation dans le secteur des logiciels dits « grand public » (Windows, Ms-Office et Lotus-Notes), et ce, en réponse au besoin croissant de formation en bureautique dans un contexte de ressources financières limitées et de difficultés importantes de libération de la main-d'œuvre. ²⁰⁰²

La réalisation de deux projets pilotes au cours de l'année laisse présager un avenir prometteur à cette méthode de formation tout à fait novatrice et des plus intéressantes au plan économique puisqu'un investissement de l'ordre de 5 000,00 \$ en outil pédagogique permettra de former quelque quatre cents (400) utilisateurs sur les lieux de travail à un rythme permettant de tenir compte de la réalité de chaque poste. ²⁰⁰²

À ce chapitre, mentionnons également que les travaux devant conduire à la mise en place d'un plan de développement des compétences individualisé pour chacun des gestionnaires, dans le contexte de l'application de la politique ministérielle sur le développement des compétences du personnel d'encadrement, ont été initiés en suscitant une réflexion première au sein du comité consultatif de développement des cadres sur le rôle des gestionnaires et sur le profil de compétences-clés recherché pour les gestionnaires de l'organisation. ²⁰⁰²

Au 31 mars 2002, 2479 participants avaient bénéficié de 16068,40 heures de formation. Au 31 mars 2003, la projection est la suivante : 3235 participants pour 12835,48 heures. La difficulté de libérer les ressources dans le contexte de la demande de soins et services nous a amenés à expérimenter une nouvelle formule en dispensant des « capsules » de formation. Un plus grand nombre d'employés a pu en bénéficier pour une durée plus courte. ²⁰⁰²

Est également à souligner, la révision du processus relatif à l'élaboration du plan de développement annuel des infirmières afin d'intégrer davantage les activités de formation aux priorités corporatives et d'impliquer plus intimement les gestionnaires dans la démarche d'identification des besoins. ²⁰⁰³

La poursuite de l'implantation de logiciels de formation multimédia assistée par ordinateur (CBT) s'est poursuivie tel qu'il apparaît précédemment dans le présent document. ²⁰⁰³

Au 31 mars 2004, 1897 personnes ont bénéficié de formation totalisant 11213,81 heures. La diminution des heures résulte de plusieurs facteurs : difficultés à libérer les ressources, en raison des volumes d'activités sans cesse croissants, consécration d'une portion importante du budget à la réalisation des priorités corporatives conduisant par le fait même à un resserrement des dépenses des services en la matière (sessions visant un moins grand nombre de personnes : ex : SIURGE, dossier de la violence au *Service des soins d'urgence*, etc.). 2004

Certains programmes de formation sur mesure furent également élaborés afin de répondre à des besoins spécifiques ce qui a nécessité le paiement d'honoraires aux formateurs à ce titre diminuant de ce fait la portion de cette enveloppe fermée disponible pour des activités de formation. 2004

Un plan de développement des gestionnaires a été élaboré pour 2003-2005. Ce plan a pour but d'optimiser la force de gestion courante des gestionnaires en leur permettant de développer de nouvelles compétences afin d'être en mesure de relever tant les défis de gestion quotidienne que ceux liés au développement de l'hôpital. Il vise l'amélioration du savoir (informations et connaissances), du savoir-faire (habiletés et compétences dans un contexte d'obligation de résultats, de rapidité dans l'action et de grande capacité d'adaptation), du savoir-être tout en visant le maintien de l'équilibre émotionnel du gestionnaire. 2004

VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAISSANCE DE LEUR CONTRIBUTION

En 2001, la *Direction des rapports et des communications avec les employés* a pris le virage souhaité à titre d'acteur important en matière de développement organisationnel en permettant aux gestionnaires, par des démarches de consolidation d'équipes, de mieux soutenir leurs employés et de tendre vers un accroissement de la valorisation des ressources humaines et de la reconnaissance de leur contribution. 2004

La démarche entreprise au *Service de nutrition clinique et d'alimentation* s'avère être particulièrement d'envergure et consiste à accompagner les gestionnaires dans la mise en place d'un plan d'action visant à améliorer le fonctionnement global du service de même que le *climat organisationnel*, lequel plan a été élaboré à partir du diagnostic organisationnel qui a été posé suite à des entrevues conduites auprès de plusieurs employés des différents titres d'emploi que l'on retrouve dans ce service. 2002

Les travaux accomplis à ce jour ne représentent qu'une infime partie de ceux qui sont prévus au plan d'action, mais les résultats atteints en matière d'amélioration du climat organisationnel sont fort intéressants. À cette étape, ce service peut compter sur des employés engagés face au projet de révision de fonctionnement de leur service. La diminution notable du nombre de griefs et du taux d'absentéisme constitue des indicateurs forts encourageants. 2002

D'autres démarches ont également été entreprises avec des équipes de travail diverses lesquelles, bien que moins d'envergure en termes de changements à opérer ou d'objectifs à atteindre, s'avèrent tout autant des éléments mobilisateurs pour les employés et se révèlent être un moyen approprié pour réduire l'essoufflement tout en constituant un moyen de reconnaissance et de support apprécié par les gestionnaires et les membres de leur équipe. 2002

La démarche de consolidation d'équipe entreprise l'an passé au *Service d'alimentation et de nutrition clinique* s'est poursuivie par l'application du plan de priorités. En plus d'améliorer le fonctionnement global du service, l'implication soutenue des gestionnaires dans cet important projet a permis d'assainir le climat de travail grâce à la révision des systèmes de communication et du processus décisionnel réservant maintenant davantage de place à la consultation et à l'implication des employés. 2003

- Le succès remporté a inspiré confiance à d'autres gestionnaires qui ont également, en cours d'année révisé leurs pratiques de gestion contribuant à une mobilisation accrue de leur équipe de travail. 2003

Un *Programme de boni au rendement*, visant les cadres supérieurs et intermédiaires, a été proposé au Conseil d'administration et a fait l'objet d'adoption le 18 mars 2002. Ce programme, découlant de l'application du *Règlement régissant les conditions de travail des cadres*, se veut un instrument de reconnaissance des efforts collectifs et individuels des gestionnaires et un instrument de mobilisation vers la réalisation des priorités corporatives. 2003

La *Politique relative au temps compensatoire pour le personnel d'encadrement*, adoptée par le Conseil d'administration en septembre 2002, s'inscrit également sous ce volet de valorisation et de reconnaissance des gestionnaires. 2003

Finalement, à ce chapitre, les fêtes du 20e anniversaire du Centre hospitalier Pierre-Boucher, lesquelles se sont déroulées, sous le thème « Hommage aux artisans » auront été, sans contredit, l'événement marquant. Une programmation très variée nous aura permis de mettre en valeur les artisans de notre hôpital, les plus anciens comme les plus nouveaux, et de reconnaître le travail accompli par chacun d'eux. 2003

Les exercices de consolidation d'équipe et d'assistance professionnelle individuelle auprès des gestionnaires se multiplient et contribuent à développer sans cesse une culture de reconnaissance et, par le fait même, à mieux soutenir les gestionnaires et les employés. L'amélioration du climat organisationnel en résultant devient le gage du maintien de la qualité des soins et des services que l'on nous reconnaît. 2004

L'énergie et les ressources consacrées par l'hôpital à cette fin sont en tout point concordantes avec les valeurs que véhicule la *Philosophie de gestion du Centre hospitalier Pierre-Boucher en matière de gestion des ressources humaines* adoptée par le Conseil d'administration en novembre 1993. D'ailleurs, cette philosophie est demeurée des plus contemporaines puisqu'elle s'inscrit tout à fait

dans le cadre des tendances dites modernes en gestion des ressources humaines. 2004

Ces nouvelles approches en gestion des ressources humaines, auxquelles la philosophie fait référence, s'appuient inconditionnellement sur la participation accrue des employés dans les différents aspects de la gestion courante de même que sur la reconnaissance et la valorisation des compétences de chacun. 2004

À cet effet, l'implication fort importante des employés dans les travaux liés aux plans du *Centre ambulatoire* se doit d'être soulignée. La reconnaissance de leur expertise et de leur compétence spécifique constitua sans aucun doute une démarche très mobilisatrice et a suscité, dès cette étape, l'adhésion des employés à ce projet de transformation de l'organisation. Cette adhésion sera un atout qui s'avérera certes fort précieux dans le contexte de turbulence qui marquera la réalisation des travaux majeurs de réaménagement, et ce, sans interruption des services. 2004

La formation dispensée aux gestionnaires, dans le cadre du plan de développement auquel nous faisons référence précédemment, a contribué à la réalisation de cette priorité corporative en les outillant dans la relève du défi que représente la mobilisation des employés. Ces défis de gestion seront considérablement accrus par la transformation importante que connaîtra notre hôpital au cours des prochaines années. Les compétences développées dans ce cadre leur permettront d'adopter des pratiques de gestion basées sur une communication efficace et harmonieuse entre les intervenants, la synergie de l'équipe de même que la capacité d'utiliser les compétences variées des employés en les mettant au profit de leur équipe de travail. 2004

Soulignons que cette culture de reconnaissance, qui imprègne notre hôpital, transparaît davantage dans la nouvelle formule adoptée cette année visant à souligner les retraités de l'année. Ce rituel annuel, dans sa formule renouvelée, valorise davantage la contribution spécifique de chacun d'eux à la réalisation de notre mission tout en leur permettant d'obtenir une reconnaissance tangible distincte puisque la valeur monétaire du présent qui leur est offert tient compte de leurs années de service. 2004

Finalement, l'implantation des cercles de dialogue à l'intention des gestionnaires, se voulant une activité de soutien à leur gestion, contribuera à développer encore davantage la conscience et la compétence collectives au sein du groupe tout en étant propices au dépassement, à la valorisation et la reconnaissance de tout un chacun. 2004



QUATRIÈME CHAPITRE

TROIS CHANGEMENTS QUI ONT MARQUÉ CETTE ÉPOQUE

- ➔ Modification profonde de la pratique médicale et clinique. Ces transformations ont conduit graduellement notre hôpital à la réduction de la durée de séjour des patients hospitalisés et à l'implantation de nombreuses alternatives à l'hospitalisation.
- ➔ Passage du mode analogique au mode numérique d'un grand nombre de nos équipements cliniques et de soutien. Ces virages technologiques eurent des répercussions notables dans tous les secteurs de notre hôpital.
- ➔ Accroissement d'actes d'ingérence dans la gestion et les affaires de l'hôpital par de tiers *organismes externes à l'hôpital*⁶, de surcroît de plus en plus nombreux et intervenant d'une façon jugée souvent envahissante et inutile.

Je vise aussi par ces propos l'ampleur toujours grandissante des articles des nombreuses lois régissant un hôpital ou un autre type d'établissement public, ainsi que leurs règlements d'application.

Cela eut pour effet d'accroître la bureaucratie, d'augmenter les frais de fonctionnement de notre hôpital et de notre réseau et de nous rendre moins compétitifs en comparaison d'autres systèmes.

⁶ L'Hôpital Pierre-Boucher fait partie intégrante du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher. Ce CSSS n'est pas un *organisme externe à l'hôpital*; il n'est pas visé par cette expression.

CINQUIÈME CHAPITRE

L'HÔPITAL PIERRE-BOUCHER s'intègre au CSSSPB

Au mois de juillet de l'année 2004, le **Centre hospitalier Pierre-Boucher** est dissous. Ses deux installations, dont celle de l'**Hôpital Pierre-Boucher**, sont intégrées au **Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais**. Rapidement, la dénomination de ce « Centre » est changée pour :

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE-BOUCHER (CSSSPB).

J'ai occupé, durant quelques mois, la fonction de *directeur général intérimaire* de ce nouvel établissement public en Montérégie.

Au mois de juillet 2004, **17 installations** relèvent du **CSSSPB**.

Ces installations sont réparties, du **SUD** au **NORD**, sur un grand territoire. Ce sont:

1. CLSC de Longueuil-Ouest;
2. Hôpital Pierre-Boucher;
3. Centre d'intervention de crise et centre de jour en psychiatrie externe;
4. Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis;
5. Centre d'hébergement du Manoir-Trinité;
6. Centre d'hébergement de Mgr-Coderre;
7. CLSC Simonne-Monet-Chartrand;
8. Centre d'hébergement René-Lévesque.
9. CLSC des Seigneuries de Boucherville;
10. Centre d'hébergement Jeanne-Crevier;
11. CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie;
12. CLSC des Seigneuries de Saint-Amable;
13. Centre d'hébergement De Lajemmerais;
14. CLSC des Seigneuries de Varennes;
15. CLSC des Seigneuries de Verchères;
16. CLSC des Seigneuries De Contrecoeur;
17. Centre d'hébergement De Contrecoeur.

Le nombre d'employés, de médecins et de bénévoles qui y oeuvrent est le suivant : **4 800**.
Le budget de fonctionnement du CSSS s'élevait à environ **210 000 000,00 \$**.

Territoire desservi par le CSSSPB

Ce territoire couvre une population de près de ½ millions d'habitants.

Le territoire du CSSS couvre 4 % du territoire de la
Montérégie, bien qu'il s'adresse à 18 % de sa population.

Le CSSSPB est le 3ème CSSS en importance au Québec.

Il est le plus important établissement
de santé et de services sociaux de la
de la région de la

MONTÉRÉGIE.



PRÉSENTATION DE QUATRE ANNEXES

Les priorités corporatives 2004-2006

À la fin du mois de septembre 2004, les travaux de construction du centre ambulatoire progressent. On entreprend l'édification du premier étage. Cette photographie numérique fut prise à partir du toit de l'hôpital.



PRIORITÉS CORPORATIVES

2004-2006

(adoptées à la réunion du Conseil d'administration du 29 mars 2004)

GILLES DUFAULT, Secrétaire du Conseil d'administration et Directeur général



Texte soumis par le Directeur général et approuvé par le Conseil d'administration

Les priorités 2004-2006 se divisent en trois (3) groupes et y sont présentées succinctement et très brièvement. Le contexte d'une réforme prochaine, dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous suggère une telle approche. Nous estimons que cette orientation est en harmonie avec l'actuelle réalité de notre réseau, en attente d'une grande mutation. Ces trois groupes distincts sont les suivants :

- 1) IDENTIFICATION DE GRANDES MANŒUVRES À RÉALISER AU COURS DE 2004-2006 ET QUI SERONT DÉTERMINANTES POUR L'AVENIR DE NOTRE HÔPITAL;**

- 2) IDENTIFICATION DE PRIORITÉS CORPORATIVES 2001-2004, SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ENCORE D'ACTUALITÉ AU COURS DE LA PÉRIODE COMPRISE ENTRE 2004-2006;**

- 3) DOSSIERS PRIORITAIRES ET INCONTOURNABLES POUR LA PÉRIODE DU MOIS DE mars 2004 AU MOIS DE février 2006.**

1. IDENTIFICATION DE GRANDES MANŒUVRES À RÉALISER AU COURS DE 2004-2006 ET QUI SERONT DÉTERMINANTES POUR L'AVENIR DE NOTRE HÔPITAL :

- * Prendre les dispositions appropriées pour s'assurer que notre installation hospitalière se voit confier un statut juridique et une mission adéquate, le tout dans le cadre de l'application dans notre région de la *Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. De plus, simultanément, contribuer activement à l'édification du réseau local de notre territoire.
- * Implanter un *Centre de services ambulatoires hospitaliers* dans le respect de la programmation, des coûts et des espaces antérieurement acceptés et autorisés par le Conseil d'administration.
- * Concevoir et réaliser un plan de communication dans le but d'informer nos employés, nos médecins, la population, les établissements et les autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux de la raison d'être de cette nouvelle installation ainsi que de ses modalités d'organisation et de livraison de ses nouveaux services cliniques.
- * Prendre les dispositions appropriées pour obtenir un certificat d'agrément du Conseil québécois d'agrément, le tout conformément aux dispositions de la *Loi concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*.
- * Continuer d'améliorer le mode de fonctionnement de notre *Service des soins d'urgence* en nous inspirant, pour ce faire, de notre perception des meilleures pratiques cliniques et administratives dans ce domaine.

- * **Officialiser et consolider notre mission d'enseignement, à la suite de la conclusion d'un *contrat de service relatif à des activités d'enseignement et de formation*, contrat récemment conclu entre la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et le Centre hospitalier Pierre-Boucher.**

- * **Poursuivre l'implantation du *dossier patient informatisé* et terminer le déploiement de cet outil à l'ensemble des services cliniques de notre hôpital, selon l'échéancier convenu.**

- * **Implanter les décisions du législateur, du gouvernement et du ministre de la Santé et des Services sociaux en adaptant notre système de relations de travail afin de le rendre conforme aux exigences découlant de la « *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* » (Loi 30), notamment en actualisant la révision des unités d'accréditation dans notre hôpital, conformément à la Loi 30, en créant des conditions permettant d'entreprendre la négociation locale des matières prévues à la loi et en amorçant le processus de négociation dans les délais prévus par le Ministère.**

2. IDENTIFICATION DE PRIORITÉS CORPORATIVES 2001-2004, SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ENCORE D'ACTUALITÉ AU COURS DES ANNÉES 2004-2006 :

- * Continuer à composer avec les instances compétentes de notre environnement externe et, en conséquence, continuer à prendre les dispositions appropriées dans le but de permettre au Centre hospitalier Pierre-Boucher de tirer avantage des *opportunités* disponibles aux fins de son fonctionnement et de son développement, le tout dans le respect de notre mission et de nos orientations connues.
- * Accroître le partage de notre information clinique et administrative de nature électronique et numérique, qu'elle soit de type voix, donnée ou image, et ce, dans le but de nous permettre de mieux soutenir la prestation de nos soins et de nos services, d'accroître la performance de notre hôpital sur tous les plans et d'accroître dans cette foulée le niveau d'intégration de nos différentes applications cliniques et administratives, le tout dans le respect des orientations du Conseil d'administration en matière de *sécurité des actifs informationnels*.
- * Composer avec l'accroissement de la clientèle en psychiatrie, en mettant en place des pratiques visant à améliorer la qualité de notre partenariat avec les CLSC ainsi que les cliniques privées et les organismes communautaires. Tenir compte de la mission principale de notre hôpital en matière de soins de courte durée, dans la prise en charge de patients porteurs de *troubles mentaux sévères et persistants*.

3. DOSSIERS PRIORITAIRES ET INCONTOURNABLES POUR LA PÉRIODE DU MOIS DE mars 2004 AU MOIS DE février 2006 :

- * Poursuivre la démarche de réorganisation du travail initiée à la suite de l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90), et ce, dans le but de favoriser, compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre actuelle, une utilisation optimale des compétences des professionnels (les) de notre hôpital.
- * Prendre les dispositions nécessaires pour que nos pratiques soient constamment adaptées à l'accroissement du nombre de patients atteints de cancer, le tout dans le respect des orientations ministérielles sur cette question.
- * Considérant l'augmentation des nouveaux intervenants dans notre hôpital, soit des médecins, des employés et des stagiaires, considérant aussi l'introduction de toutes sortes d'équipements informatiques, il est maintenant impératif d'améliorer les espaces de travail dans les unités de soins. Ces espaces seront réaménagés par étape, compte tenu des ressources disponibles, et ce, dans le but d'aplanir, dans le temps, le manque d'espace de travail.
- * La préparation d'un programme fonctionnel et technique (PFT), pour le réaménagement du *Service des soins d'urgence*, est devenue nécessaire. Ce PFT devra être réalisé en harmonie avec le contenu de la programmation de notre futur *Centre ambulatoire*. Il devra inclure également la description de la problématique et le manque d'espaces, les volumes d'activités, les solutions proposées, les impacts sur les installations existantes ainsi qu'un plan de coûts.
- * Procéder au remplacement des chariots de distribution alimentaire dans une approche synergique favorisant le rassemblement des représentants des différentes directions impliquées dans ce changement.

- * **Donner suite à l'évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique par la mise en place d'une équipe interdisciplinaire de consultation gériatrique thérapeutique vouée à l'évaluation et au suivi des patients âgés à risque de perte d'autonomie, en continuité avec les interventions du personnel du Service d'urgence et des unités de soins.**
- * **Dans le cadre du développement important de notre hôpital, lequel se réalisera dans un contexte de pénurie croissante de main-d'œuvre que connaît le réseau, prendre les dispositions nécessaires pour réaliser une démarche de planification de main-d'œuvre nous permettant d'obtenir un portrait quantitatif et qualitatif de l'ensemble de nos employés et planifier nos besoins en effectifs pour les cinq prochaines années.**
- * **En lien avec la démarche conduisant à l'accréditation de notre hôpital, se doter d'une politique relative à l'identification de nos employés, de nos gestionnaires, de nos médecins ainsi que de nos bénévoles et développer un système permettant l'implantation de cette politique, et ce, dans le but d'accroître la personnalisation des soins et services offerts et d'améliorer la sécurité à l'intérieur de l'établissement.**
- * **Réviser et adapter nos programmes et modes de gestion en matière de santé et sécurité du travail dans le but de diminuer les coûts humains et financiers découlant des lésions professionnelles et des maladies professionnelles, dont la fréquence et la gravité se sont accrues au cours des dernières années, et ce, en prenant en compte le phénomène de vieillissement de nos employés, les nouvelles caractéristiques de nos patients et de notre environnement.**
- * **Poursuivre la modernisation de notre Buanderie communautaire pour la *section finition et entreposage* du linge propre, et ce, en tenant compte des orientations déjà décidées en cette matière et des ressources disponibles.**

Notre façon de présenter notre hôpital le 25 mars 1994

Document déposé à la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Lucienne Robillard, lors d'une rencontre à son bureau dans le but de justifier le bien-fondé d'un projet d'agrandissement de nos installations.

BRÈVE PRÉSENTATION DE NOTRE HÔPITAL

Sa mission :

- Le Centre hospitalier Pierre-Boucher (CHPB) est un hôpital de soins généraux et spécialisés, dispensant une activité clinique ultraspécialisée en cardiologie, exploitant une Buanderie communautaire (16 établissements clients), un Centre de jour et un Centre d'intervention de crise en psychiatrie externe.

Ses ressources :

- **HUMAINES** : 1588 employés (es), 211 médecins, 95 bénévoles;
- **FINANCIÈRES** : 60 millions.

NOS PRINCIPALES RÉALISATIONS, SUR DIFFÉRENTS PLANS

Au chapitre de la gestion de ses ressources financières :

- Année après année, depuis sa mise en service le 18 octobre 1982, le CHPB a toujours terminé ses exercices financiers en équilibre budgétaire. Cet exploit est d'autant plus méritoire que toutes les instances du réseau de la Santé et des Services sociaux reconnaissent l'existence d'une *insuffisance de ressources* à l'intérieur de notre *Zone de desserte*, constituée de 224 000,00 habitants.

Au chapitre de la gestion de ses ressources humaines :

- En 1994, le CHPB s'est mérité le Prix d'excellence de la Régie régionale de la Montérégie avec mention en « Gestion des ressources humaines », et ce, pour la qualité de son climat organisationnel, ainsi que pour sa capacité de motiver et de valoriser ses ressources humaines. C'était la première fois que la Régie régionale décernait ce genre de Prix d'excellence.

Au chapitre de la gestion de ses ressources matérielles :

- Plusieurs interventions réalisées sur notre bâtiment ont permis d'en exploiter au maximum sa fonctionnalité, tout en lui conservant son caractère et sa qualité architecturale initiale, et ce, malgré un fort achalandage continu.

Au chapitre de la gestion de ses ressources informationnelles :

- Notre hôpital est un des hôpitaux les plus informatisés au Québec. Nous avons réussi à développer des réflexes, des comportements et des habitudes modernes au niveau de nos ressources humaines, en matière de gestion et d'utilisation de toutes sortes de ressources informationnelles.
- Les ressources informationnelles sont pour nous des ressources officielles et distinctes des trois autres ressources classiques, soit les ressources humaines, financières et matérielles.

Au chapitre de sa performance :

- C'est reconnu par toutes les instances du réseau : le CHPB est un établissement éminemment performant à tous les niveaux. Notre hôpital repose de plus sur sa capacité de gestion en fonction des besoins de ses patients et patientes, avec la participation de ses ressources humaines, compte tenu des ressources disponibles.

Au chapitre de la réalisation de ses priorités corporatives :

- Nous avons développé, au cours des années, un outil bien ajusté à nos besoins et à nos valeurs, ce qui nous permet de promulguer annuellement nos *priorités corporatives* et ainsi de dégager une vision de nos orientations stratégiques, le tout, dans le respect des missions des établissements ainsi que des organismes faisant partie de notre environnement externe.

Au chapitre de sa capacité à agir en complémentarité :

- En collaboration avec le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, nous avons conclu en 1991 une entente de complémentarité avec l'Hôpital Charles LeMoine, entente qui fut maintes fois citée en exemple par l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Marc-Yvan Coté. Cette entente, que nous honorons toujours, couvre certaines activités hospitalières que le Centre hospitalier Pierre-Boucher et l'Hôpital Charles LeMoine dispensent conjointement à des patients faisant partie d'un bassin de population de 550 000 habitants.

Au chapitre de ses rapports avec le Ministère et la Régie régionale :

- Nos rapports avec ces instances sont corrects et respectueux de leurs missions respectives. **Ensemble**, nous avons conçu avec la participation du Ministère, de la Régie régionale et de notre hôpital, notre *Projet d'augmentation du nombre de lits de soins de courte durée au CHPB*, projet qui fut officiellement déposé au ministre en juin 1992. Cette démarche tripartite à la réalisation de notre projet de développement fut saluée par les représentants du Ministère, puisque cette approche constituait un précédent.

Au chapitre de la qualité de ses soins et services et de leur humanisation :

- C'est à ce chapitre que notre fierté est la plus grande : les membres de notre Conseil d'administration, nos employés, nos médecins et nos bénévoles estiment que les grands gagnants de notre actuel climat organisationnel, de notre performance et de la qualité de nos soins et services, sont les patients et les patientes que nous avons la responsabilité de desservir adéquatement sur plusieurs plans.
- Nos soins et services sont, non seulement adéquats et d'une grande qualité, **mais ils sont surtout humains.**

EN GUISE DE CONCLUSION

- Le Centre hospitalier Pierre-Boucher constitue une fierté et une belle réussite, à notre avis, pour le gouvernement du Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux et la population de la région de la Montérégie.
- C'est un établissement qui dispense des soins et des services non seulement adéquats, mais surtout humains.
- Notre hôpital est géré avec un style de gestion qui s'apparente, à certains aspects, à celui qui est appliqué par des administrateurs et des gestionnaires du secteur privé.
- Le fait d'investir dans le développement du Centre hospitalier Pierre-Boucher est une *garantie de réussite* pour le gouvernement du Québec.
- C'est avec enthousiasme et en dépit d'une conjoncture difficile que les membres du Conseil d'administration administrent le Centre hospitalier Pierre-Boucher de Longueuil.
- Notre projet d'augmentation du nombre de lits de soins de courte durée constitue, selon l'avis du Conseil d'administration et de notre Régie régionale, la meilleure réponse actuelle aux besoins changeants de la population.

Ce texte fut déposé et présenté à la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Lucienne Robillard, dans l'après-midi du vendredi 25 mars 1994, à son bureau de Montréal et en présence de son sous-ministre adjoint, Monsieur Maurice Boisvert.

J'étais accompagné, dans cette démarche, par la Présidente du Conseil d'administration de notre hôpital, Me Mance Cléroux.

La rencontre a duré un peu plus de 2 heures

Maquette du projet d'agrandissement réalisée sur ordinateur



2002

Photographie du directeur général



2004

Notes biographiques du dg

Gilles Dufault

Formation

Maîtrise en administration hospitalière

Université de Montréal, 1967

Baccalauréat en pédagogie

Université de Montréal, 1965

Baccalauréat ès arts

Collège Sainte-Marie,
Université de Montréal, 1963

Profil de carrière

Centre de santé et des services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajammerais

Directeur général intérimaire

Centre hospitalier Pierre-Boucher

Directeur général, 1986-2005

Université de Montréal, Faculté de médecine

Membre du personnel enseignant,
Département d'administration de la santé,
Responsable de formation professionnelle, 1986-2006

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean/Chibougamau-Chapais

Directeur général, 1972-1986

Hôpital de Chicoutimi

Directeur du personnel, 1967-1972

CONCLUSION

Le présent recueil renvoie à une époque caractérisée par de profonds changements.

C'est avec plaisir que je vous présente ces *Bilans de réalisations*. Jadis, je les déposais périodiquement aux membres des *Comités d'évaluation du directeur général*. Le contenu de ces bilans n'était connu que par ces personnes.

Par la publication du présent recueil, je veux laisser le souvenir de cette époque.

Au **Centre hospitalier Pierre-Boucher**, ma vie professionnelle fut bien remplie.

DANS CET HÔPITAL, LA CARRIÈRE QUE J'AI EUE EST CELLE QUE J'AI TOUJOURS SOUHAITÉE.