CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

Rapport annuel de gestion

2011-2012

CHUS – Hôpital Fleurimont

Rapport annuel de gestion
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
2011-2012

CHUS – Hôtel-Dieu

TABLE DES MATIÈRES

1. Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale 7
2. Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 9
3. Rapport de la direction 11
4. Présentation de l'établissement 13
   - 4.1. La mission 13
   - 4.2. Les principes directeurs 13
   - 4.3. Les valeurs fondamentales 13
   - 4.4. Le territoire desservi 14
   - 4.5. Une équipe au service de la population 18
5. Activités de l'établissement 2011-2012 20
   - 5.1. Les services offerts 20
   - 5.2. Grandes priorités 2011-2012 et les réalisations 23
   - Les priorités transformationnelles 23
   - Les enjeux prioritaires 28
   - 5.3. L'examen des plaintes et à la promotion des droits des usagers 47
6. Les conseils et comités de l'établissement : faits saillants des rapports annuels 48
   - 6.1. Le conseil d'administration 48
   - 6.2. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 50
   - 6.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) 51
   - 6.4. Le conseil multidisciplinaire (CM) 51
   - 6.5. Le comité des usagers 52
   - 6.6. Le comité de vigilance et de la qualité 53
   - 6.7. Le comité de gestion des risques 55
7. Les ressources humaines au 31 mars 2012 57
   - 7.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2012 57
8. États financiers au 31 mars 2012 et analyse des résultats des opérations 58
   - 8.1. État des résultats au 31 mars 2012 58
   - 8.2. État de la situation financière au 31 mars 2012 59
   - 8.3. Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements 60
   - 8.4. Principales données opérationnelles 61
   - 8.5. Intérêt économique dans un organisme 62
   - 8.6. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 63

Annexe 1 - Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 65
Annexe 2 - Tableau de bord du conseil d'administration 89
Annexe 3 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 121

1. MOT DU PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GENERALE

Au nom du conseil d'administration, il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel 2011-2012 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Cette année, nous avons consacré nos énergies à l'optimisation de nos ressources afin de rehausser la performance de nos activités. De plus en plus, les centres hospitaliers doivent se dépasser afin que les patients bénéficient de ce qu'il y a de mieux avec les ressources disponibles. Toutes nos équipes, dans tous les secteurs, se sont donc *challengées* elles-mêmes.

C'est ainsi que nous avons commencé à implanter un nouveau modèle de gestion. Ce changement d'envergure, qui s'instaurera graduellement, favorise l'équilibre entre l'efficience des processus, la qualité des pratiques professionnelles, l'utilisation judicieuse des ressources et la pertinence des soins et services aux patients. Les progrès réalisés en accessibilité, la préoccupation constante de la qualité et de la sécurité des soins de même que le temps investi dans l'amélioration continue sont d'autres exemples de ce que nous avons fait pour bonifier notre performance.

L'année a aussi marqué la fin de la planification stratégique 2009-2012. Nous avons pu dresser un portrait complet du chemin parcouru et des défis qui nous attendent. Nous nous consacrons maintenant à la planification des trois prochaines années. Forts de nos réalisations et de la qualité de nos gens, nous envisageons l'avenir avec confiance.

D'autre part, d'importants changements sont survenus au sein de notre conseil d'administration. De fait, le conseil a accueilli dix nouveaux membres et a apporté tous les remaniements exigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En terminant, nous saluons l'engagement de tous les membres de la communauté hospitalière. Un grand merci aux membres du conseil d'administration, spécialement à ceux qui ont terminé leur mandat cette année, de leur dévouement et de leur soutien indéfectible envers le CHUS.

Voici certaines de nos réalisations 2011-2012, qui témoignent du dynamisme de nos équipes. Bonne lecture!

Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

Patricia Gauthier
Directrice générale

2. DECLARATION DE FIABILITE DES DONNEES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTROLES AFFERENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2011-2012 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

La directrice générale,

Patricia Gauthier

Patricia Gauthier

3. RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend les choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontre le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Patricia Gauthier
Directrice générale

Yvon Paris
Directeur des ressources financières et des services techniques

4. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. La mission

À l'avant-garde de l'innovation, en soins, en enseignement, en recherche et en évaluation des technologiques et des modes d'intervention en santé, le CHUS contribue de façon dynamique et significative, en partenariat avec les établissements des différents réseaux, à l'amélioration de la santé des patients et de la population. Il participe également au développement socio-économique des régions de son bassin de desserte.

4.2. Les principes directeurs

La clientèle d'abord
La santé des patients et de la population est notre priorité. Nous sommes à l'écoute de la population et des patients. Nous identifions leurs besoins et visons à offrir des soins et services qui leur sont adaptés.

L'importance des ressources humaines
La qualité d'une organisation dépend d'abord et avant tout de la compétence et de l'implication de ses ressources humaines. Le développement et l'utilisation optimale des compétences de nos médecins et de l'ensemble de notre personnel sont à la base de nos réussites auprès de nos clientèles et de la réalisation de notre mission.

L'amélioration continue de la qualité
L'accessibilité et la continuité sont des éléments essentiels à la qualité des services dispensés par notre établissement. La sécurité dans les soins et services est pour nous une composante prioritaire d'une approche axée sur l'amélioration continue de la qualité.

4.3. Les valeurs fondamentales

Respect
Le respect de notre clientèle, de nos employés et de nos médecins ainsi que les compétences de chacun constituent la base de nos valeurs au sein de l'établissement.

Éthique
Les décisions et actions du CHUS sont guidées par des règles et comportements éthiques quant à l'intégrité, la justice et la dignité.

Saine gestion
Nous visions l'efficacité et l'efficience. La rapidité dans la prise de nos décisions et de leur exécution est primordiale. La gestion du CHUS est centrée sur les résultats, la responsabilité et l'imputabilité.

Professionnalisme
Nous visons l'excellence dans les volets clinique et universitaire de notre mission. Le dévouement et l'enthousiasme de notre personnel et de nos médecins envers la clientèle constituent des assises solides pour une meilleure prise en charge des patients dans les différents services de l'établissement.

Esprit d'équipe
Le CHUS valorise le travail en équipe tant à l'interne qu'à l'externe. L'interdisciplinarité est incontournable face à la complexité des enjeux et problèmes de santé et à la multiplicité des intervenants. Les actions intégrées, coordonnées et complémentaires du CHUS avec tous les intervenants des réseaux locaux et régionaux sont essentielles pour assurer le continuum de soins et services.

Créativité et innovation
L'ampleur des défis, de même que le contexte de changements rapides et continus exigent du CHUS qu'il fasse appel aux talents et compétences de l'ensemble de son personnel pour trouver et mettre en place des solutions innovantes et originales, adaptées aux besoins non seulement de ses patients et de la population en général, mais aussi de ses étudiants, stagiaires et résidents.

Transparence
La communication ouverte et continue avec notre clientèle, nos employés et nos médecins est une composante principale de notre gestion. Les échanges bidirectionnels sont privilégiés pour bien comprendre leurs attentes et leurs besoins.

4.4. Le territoire desservi

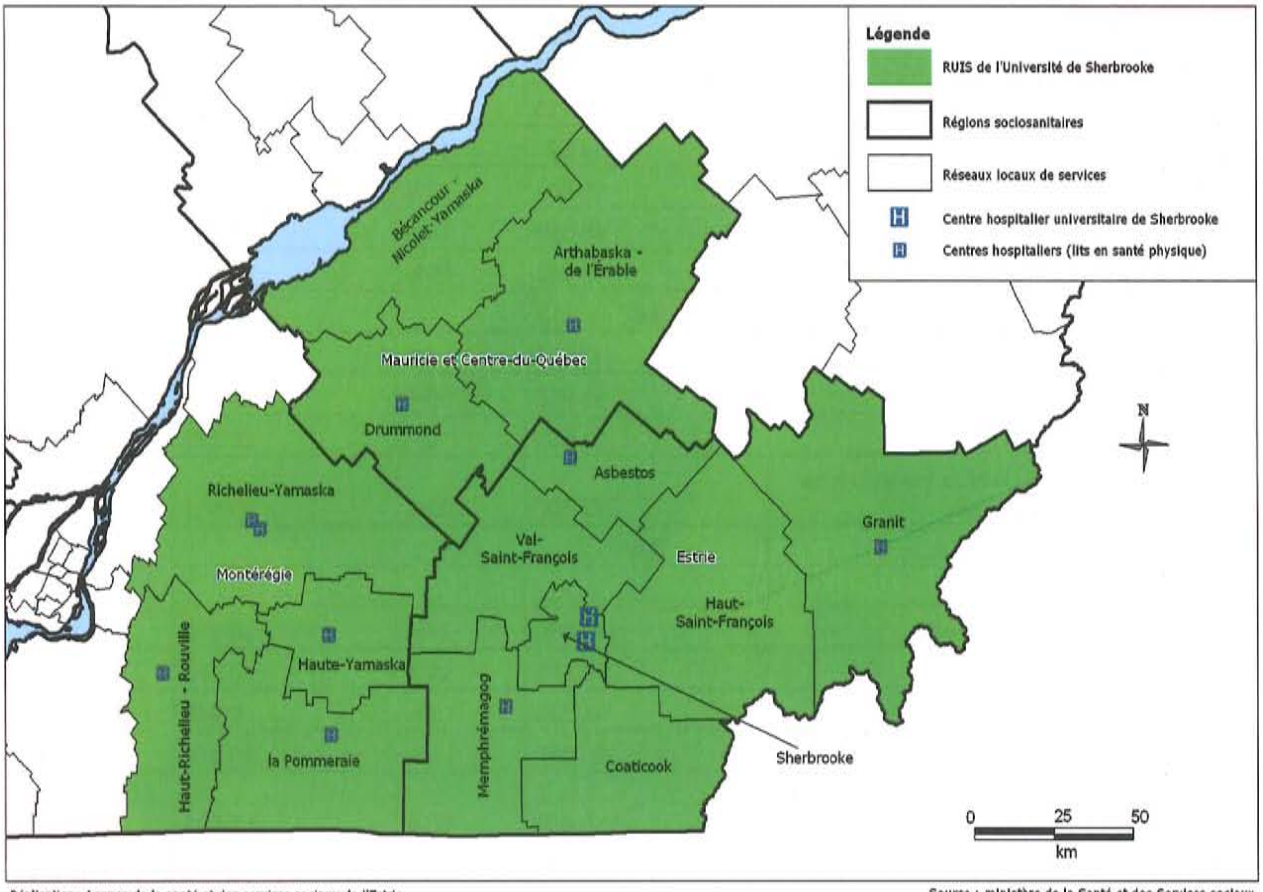
Quatrième plus grand centre hospitalier universitaire du Québec, le CHUS est le seul à assumer un triple rôle. Hôpital de proximité pour les citoyens de la ville de Sherbrooke et centre hospitalier régional, il offre des soins et services spécialisés et ultraspécialisés à toute la population de l'Estrie. Également, seul centre hospitalier universitaire en dehors de Québec et Montréal, il joue un rôle suprarégional important, notamment comme centre de référence pour ses services ultraspécialisés pour une partie des populations du Centre du Québec et de la Montérégie. Ainsi, pour les services tertiaires et quaternaires, le bassin de desserte de l'établissement est plus d'un million de population.

Le triple rôle d'hôpital local, régional et suprarégional est une source d'avantages distinctifs par rapport aux autres CHU du Québec, mais comporte aussi des exigences stratégiques et opérationnelles importantes et significatives. Le CHUS est aussi le centre hospitalier universitaire au Québec où l'arrimage avec une faculté de médecine et des sciences de la santé est le plus développé.

4.4.1. La population desservie – Estrie et RUIS

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

Le territoire du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke



Réalisation: Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, SSPE, juin 2011.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, fichier de découpage territorial M34, mars 2011.

La population estimée totale de l'Estrie, répartie en 7 MRC, se chiffre en 2011[1] à 310 263, soit 4 % de la population québécoise (tableau 1). Le % de personnes de 65 ans (17 %) est légèrement plus élevé que celui du Québec (16 %). La population totale du RUIS, se chiffrant à plus de 1 M de personnes, représente 14 % de la population québécoise.

[1] La population provisoire de 2010 : 309 975. source : http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_publique_evaluation/portrait_region.php

Les projections de population pour le territoire du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke et l'ensemble du Québec, année 2011

Territoire	Total		65 ans +	
	#	% RUIS	#	% MRC
MRC du Granit	22 543	2%	4 236	19%
MRC des Sources	14 529	1%	3 191	22%
MRC du Haut-Saint-François	22 388	2%	3 534	16%
MRC du Val-Saint-François	30 115	3%	4 661	15%
Ville de Sherbrooke	153 525	14%	24 618	16%
MRC de Coaticook	19 004	2%	3 139	17%
MRC de Memphrémagog	48 159	4%	9 880	21%
Total Estrie	310 263	29%	53 259	17%
% du Qc	4%			
RLS de Bécancour - Nicolet-Yamaska	42 060	4%	7 959	19%
RLS de Drummond	98 955	9%	15 675	16%
RLS d'Arthabaska - de l'Érable	92 092	9%	16 277	18%
Total du territoire de la Mauricie et Centre-du-Québec attribué au RUIS	233 107	22%	39 911	17%
% du Qc	3%			
RLS du Haut-Richelieu - Rouville	178 990	17%	24 875	14%
RLS du Richelieu-Yamaska	207 582	19%	32 283	16%
RLS de La Pommeraie	51 223	5%	9 643	19%
RLS de La Haute-Yamaska	95 662	9%	15 135	16%
Total du territoire de la Montérégie attribué au RUIS	533 457	50%	81 936	15%
% du Qc	7%			
Total RUIS	1 076 827	100%	175 106	16%
Université de Sherbrooke				
Ensemble du Québec	7 946 838		1 253 783	16%
% du Qc	14%			

Source : 2011 à 2031
MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information. Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, basées sur le recensement de 2006. Ces données de population tiennent compte également de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009 (découpage en vigueur le 1er janvier 2010).
En Estrie, les MRC et les RLS sont des territoires équivalents.

4.4.2. Le profil de santé

Dans la plupart des cas, les indicateurs du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011 vont dans le même sens que ceux du Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires, publié en 2009.

Au niveau des habitudes de vie et des comportements liés à la santé, certains facteurs de risque demeurent toujours préoccupants. Le tabagisme, par exemple, même s'il affiche une certaine baisse, affecte tout de même près d'une personne sur cinq en Estrie. De plus, à peu près la même proportion de personnes est sédentaire durant les loisirs. Bonne nouvelle, cependant : les Estriens, en général, semblent mieux s'alimenter que la moyenne québécoise en affichant une consommation plus élevée de fruits et de légumes, même si des progrès restent à faire à ce niveau.

Au chapitre des maladies chroniques et de l'état de santé de la population, le constat n'a pas changé. L'obésité connaît une progression au sein de la population du Québec. En Estrie, la situation est statistiquement comparable à celle de la province. En 2009-2010, environ une personne sur dix est obèse. L'obésité est un facteur de risque de nombreuses maladies chroniques. L'atteinte et le maintien d'un poids santé sont importants pour réduire ce risque et améliorer l'état de santé en général. Les personnes qui ont un excès de poids ou qui sont obèses s'exposent à diverses maladies et affections graves (hypertension artérielle; maladies coronariennes; diabète de type 2; accident cérébrovasculaire; maladie de la vésicule biliaire; arthrose; apnée du sommeil et autres problèmes respiratoires; certains cancers, notamment du sein, du côlon et de l'endomètre; problèmes de santé mentale, par exemple une faible estime de soi et de la dépression). Parallèlement, le diabète, souvent une conséquence de l'obésité, accuse une augmentation soutenue, autant en Estrie qu'au Québec. En Estrie, toutefois, la prévalence du diabète est statistiquement inférieure à celle du Québec.

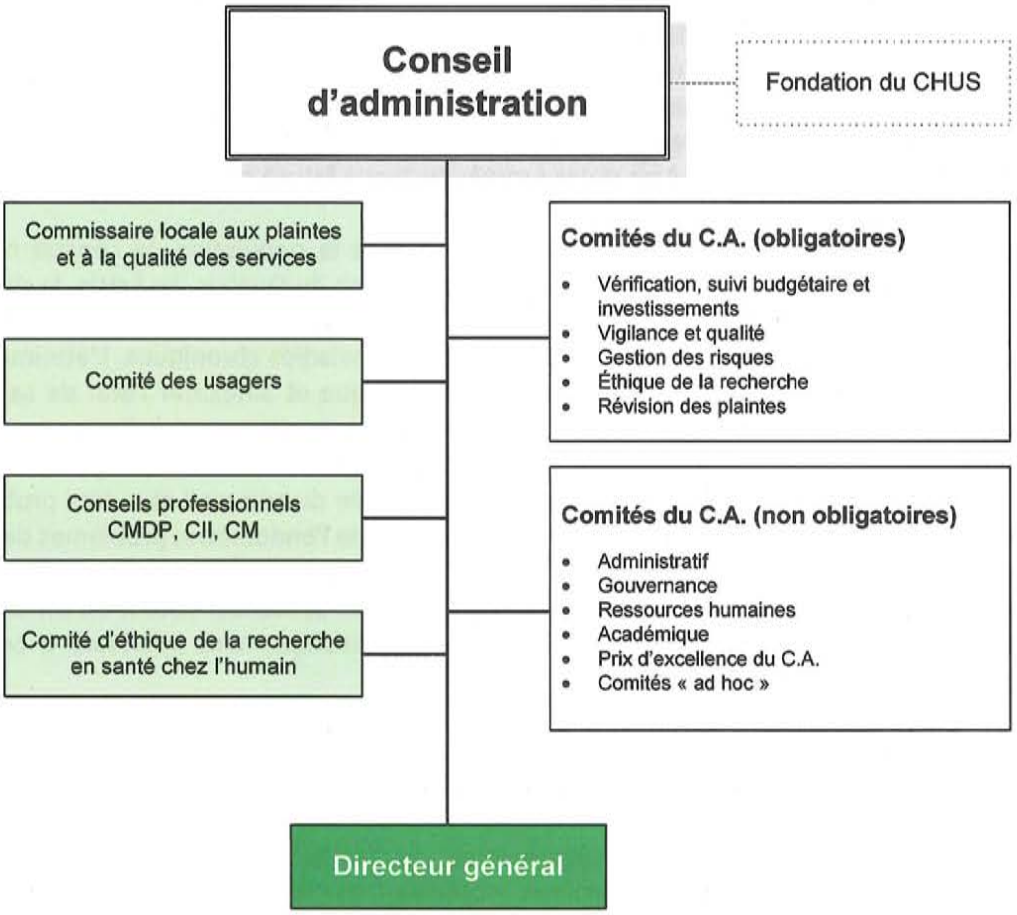
Enfin, la région n'affiche pas de prévalence différente au Québec en ce qui a trait à la mortalité pour les principales causes de décès, soit le cancer et les maladies cardiovasculaires.

À souligner : l'Estrie se démarque toujours négativement du Québec au chapitre des traumatismes non intentionnels et de l'incidence de certaines maladies infectieuses. De fait, une plus forte proportion d'Estriens sont hospitalisés pour des chutes accidentelles et des accidents de la route. Également, une plus forte proportion d'Estriens décèdent à la suite d'un accident de la route. Enfin, certaines maladies infectieuses sont plus incidentes en Estrie qu'au Québec, telles que la chlamydiose.

Le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :
(http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_publique_evaluation/portrait_region.php).

4.5. Une équipe au service de la population

4.5.1. Le conseil d'administration et la gouverne



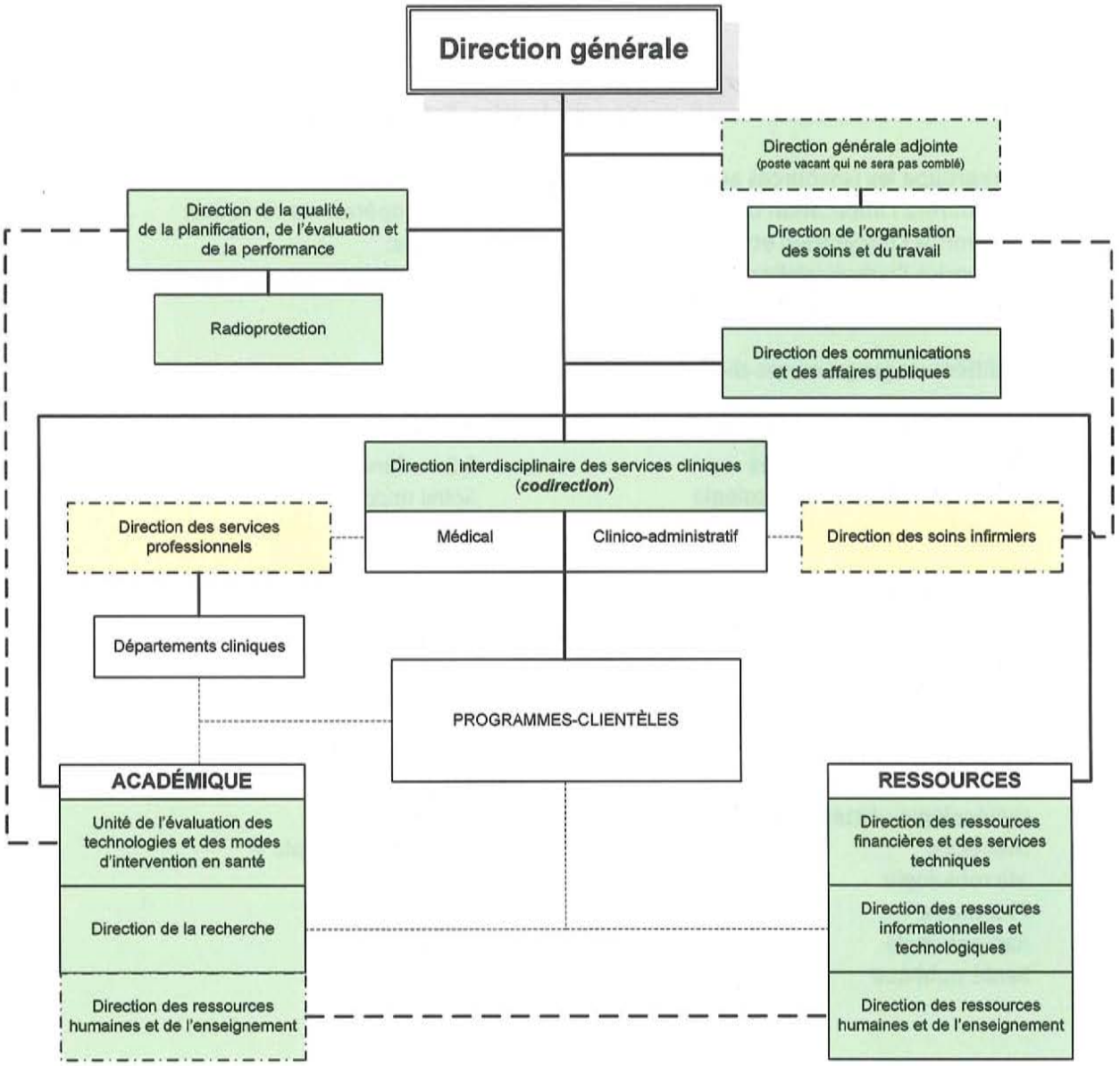
Le conseil d'administration a notamment pour fonctions de :

- administrer les affaires de l'établissement et d'en exercer tous les pouvoirs;
- établir les priorités et les orientations de l'établissement et voir à leur respect;
- nommer le directeur général et les cadres supérieurs;
- répartir équitablement les ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles mises à sa disposition.

C'est le directeur général qui, sous l'autorité du conseil d'administration, est responsable de la gestion et du fonctionnement du CHUS. Il supporte les activités du conseil d'administration afin de lui permettre d'assurer pleinement ses responsabilités. Le directeur général veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration. Il s'assure également de fournir au conseil d'administration l'information nécessaire pour qu'il assume ses responsabilités.

4.5.2. Les directions

Le plan d'organisation du CHUS a été révisé par le conseil d'administration en octobre 2011.



5. ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT 2011-2012

5.1. Les services offerts

Le fonctionnement par programme-clientèle permet aux intervenants de mieux coordonner leurs actions visant ainsi, à améliorer le continuum de soins. Cette structure :

- regroupe les ressources autour des clientèles;
- confirme l'implication des médecins dans la gestion des opérations cliniques;
- favorise l'intégration et la continuité des soins et services;
- favorise l'interdisciplinarité et le développement des compétences;
- renforce l'établissement de liens et de partenariats.

Les différents programmes-clientèles de l'établissement sont les suivants :

Médecine générale et urgence
Soins médicaux spécialisés
Soins critiques et traumatologie
Femme Jeunesse Famille
Imagerie médicale
Soins pharmaceutiques
Santé mentale
Soins chirurgicaux
Soins oncologiques
Soins cardiopulmonaires
Biologie médicale

Quant aux départements cliniques, nous retrouvons :

Anesthésiologie
Biochimie
Gynécologie-obstétrique
Médecine
Microbiologie
Pharmacie
Radiobiologie
Santé publique
Anatomopathologie
Chirurgie
Hématologie
Médecine générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Radiologie
Urgence

5.1.1. Le nombre de lits

Le nombre de lits dressés au 31 mars 2012 est de 713, incluant 20 incubateurs en néonatalogie. La répartition de ces lits est la suivante :

Secteur	Hôtel-Dieu	Hôpital Fleurimont	Total
Médecine et chirurgie	203	254	457
Soins intensifs et intermédiaires	14	51	65
Pédiatrie	--	30	30
Mères-bébés	--	30	30
Santé mentale	105	6	111
Sous-total	**322**	**371**	**692**
Néonatalogie	--	20	20
TOTAL	**322**	**391**	**713**

5.1.2. Les secteurs de pointe

Nos spécialistes et nos chercheurs se distinguent au niveau local, régional et international dans les secteurs de pointe suivants :

- Scalpel gamma;
- Ouverture transitoire de la barrière hématoencéphalique;
- TEP-scan;
- Production de radioisotopes par cyclotron;
- Dépistage de maladies génétiques et spectrométrie de masse;
- Angiographie interventionnelle;
- Traitement de la douleur;
- Traitement chirurgical et médical de l'incontinence urinaire.

<u>Le scalpel gamma : les lésions du cerveau opérées sans opération</u>

Excellente alternative à la chirurgie et à la radiothérapie, le scalpel gamma permet de détruire les tumeurs cérébrales et les anomalies des vaisseaux sanguins profondément logées dans le cerveau. Premier appareil du genre au Québec et deuxième au Canada, le scalpel gamma est utilisé au CHUS depuis le 17 août 2004.

<u>Ouverture de la barrière hématoencéphalique : le CHUS, un leader dans le traitement des tumeurs cérébrales</u>

Les patients du CHUS ont accès à un traitement révolutionnaire et expérimental qui contribue à traiter le cancer du cerveau. Le Dr David Fortin, neurochirurgien et neuro-oncologue, et son équipe sont les seules au Canada à pratiquer l'ouverture osmotique transitoire de la barrière hématoencéphalique. Ce traitement permet d'ouvrir temporairement, avec des médicaments, la barrière qui protège le cerveau afin que la chimiothérapie se rende directement, de manière plus concentrée et plus efficace à la lésion.

La tomographie par émission de positrons (TEP) : le cancer détecté à la loupe

La tomographie par émission de positrons, plus connue sous le nom de TEP scan, permet de détecter les lésions cancéreuses presque imperceptibles dans le corps humain. Par cette technologie, les professionnels sont davantage en mesure de préciser les traitements nécessaires. Cet appareil permet également d'analyser rapidement l'efficacité des médicaments utilisés et d'évaluer adéquatement les effets de la chimiothérapie et de la radiothérapie. La clientèle traitée provient d'un peu partout dans la province.

Le CHUS a été le premier centre hospitalier du Québec à offrir cet examen qui utilise l'imagerie médicale. Il est également l'un des rares centres hospitaliers à produire le FluroDeoxyGlucose (FDG). Ce produit, qui est injecté au patient, est nécessaire à tout examen de TEP scan.

Production de radioisotopes par cyclotron

L'équipe du Centre d'imagerie moléculaire de Sherbrooke (CIMS) qui est intégrée au Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS, a démontré qu'il était possible de produire le technétium 99m en utilisant un cyclotron, un accélérateur de particules, plutôt qu'un réacteur nucléaire. Cette importante innovation permettra éventuellement au CHUS de jouer un rôle majeur au Canada dans la production d'une grande variété d'isotopes médicaux.

Le dépistage des maladies génétiques : programme unique

Depuis 1971, tous les poupons du Québec et même ceux du Nunavik, subissent un dépistage urinaire des maladies génétiques qui s'effectue au CHUS. Des enfants échapperont à des maladies parfois mortelles grâce à ce programme unique au monde. Le CHUS est aussi le seul hôpital au Québec à utiliser la spectrométrie de masse, une technologie qui dose les substances biologiques pour un diagnostic rapide et extrêmement précis de maladies génétiques.

Angiographie : des services uniques au CHUS

Chaque année, environ 2 000 patients du CHUS ont accès un diagnostic rapide et un traitement de haute technologie suite à la combinaison d'un appareil d'angiographie et d'un scanner. Le radiologiste interventionniste peut vérifier s'il y a des blocages artériels dans les jambes, les reins, le ventre, les carotides, etc. grâce à une injection dans les vaisseaux sanguins du patient. Les images en 3D du scanner donnent une idée exacte du problème et guident les praticiens dans l'intervention (par exemple, on peut débloquer immédiatement les vaisseaux atteints). Seulement quelques spécialistes à travers le Canada maîtrisent cette technique d'intervention.

Environ 4 000 procédures sont effectuées au CHUS chaque année et ce nombre inclut plus de 1 000 angioplasties périphériques. C'est d'ailleurs au CHUS que s'effectue le plus important nombre d'angioplasties périphériques au Canada.

Le traitement de la douleur

Environ 20 % des Québécois sont aux prises avec un problème de douleur chronique. Les chercheurs et les techniciens de la clinique de la douleur ont pour objectif de mieux comprendre les bases physiologiques et psychologiques de la douleur afin de soulager ces patients. Ils consacrent beaucoup d'efforts à améliorer les soins offerts par la recherche et l'enseignement. Les patients qui y sont dirigés par leur médecin reçoivent ainsi des soins très pointus.

Traitement chirurgical et médical de l'incontinence urinaire

La clinique de dysfonction mictionnelle et du prolapsus pelvien aide les hommes, les femmes et les enfants à régler ces troubles de la santé qui peuvent avoir un effet dévastateur sur la qualité de vie. Et parce que les approches du CHUS sont uniques et basées sur l'utilisation des techniques les plus modernes telles que mèches, chirurgies laparoscopiques, injections, ballons ajustables, neurostimulateurs sacrés, etc., la clinique reçoit des gens des quatre coins du Québec et même d'autres provinces.

5.2. Grandes priorités 2011-2012 et les réalisations

L'année 2011-2012 était la dernière année du plan stratégique couvrant les années 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012. Dans une étape de transition vers la nouvelle planification 2012-2015, le conseil d'administration, qui terminait son mandat le 1er février 2012, avait approuvé une réorganisation des priorités stratégiques qui prévoyait pour l'exercice en cours 8 priorités transformationnelles et des enjeux prioritaires liés aux opérations.

Nous vous présentons donc ci-dessous les principales réalisations de l'exercice 2011-2012 et nous joignons également en annexe le bilan de la planification stratégique 2009-2012.

Les priorités transformationnelles

5.2.1. *Poursuivre l'implantation du modèle de performance et le projet « Gestionnaires-Performance-Sens » (GPS)*

Le CHUS s'est doté d'un modèle de performance organisationnelle basé sur la recherche d'un équilibre dynamique entre les quatre leviers que sont l'efficience des processus, l'engagement des personnes envers leur pratique, l'utilisation judicieuse des ressources et la pertinence des soins et services à nos patients. L'implantation de ce modèle est un projet d'envergure qui vise également à améliorer les conditions d'exercice du rôle des cadres par une gestion axée sur l'amélioration de la performance organisationnelle. Ce projet « GPS », pour Gestionnaires-Performance-Sens, est un des neuf projets subventionnés par le MSSS jusqu'en mars 2013.

Au cours de l'année 2011-2012, plusieurs actions ont été réalisées :

- Quatre projets visant à dégager une marge de manœuvre significative pour les cadres par la mise en place de solutions rapides à des problématiques systémiques ont été mis en œuvre. Toutefois, un des grands constats de cette démarche est qu'il y a peu de solutions à court terme pour des problèmes systémiques. Cette démarche a néanmoins conduit à des réalisations concrètes comme des réunions en visioconférence pour limiter les déplacements, la conception d'un guide du communicateur efficace ainsi que divers autres outils disponibles dans l'intranet, tel un « qui fait quoi » des directions. Des projets visant la réduction des courriels et l'optimisation des communications à distance sont en cours.
- Une évaluation des structures de gouvernance a été effectuée, conduisant à divers constats qui ont généré diverses pistes d'amélioration : une réorganisation des priorités organisationnelles en objectifs transformationnels et en enjeux reliés aux opérations, la restructuration du mode de fonctionnement du comité de direction et de l'équipe des directeurs, la mise sur pied d'un

comité des directeurs adjoints pour optimiser le niveau de gestion tactique et la décision de passer d'une organisation en silos vers une organisation centrée sur la trajectoire patient.

- Un diagnostic des rôles perçu, attendu et rendu des cadres a été réalisé afin d'objectiver la répartition de leur temps de travail en fonction de différentes familles de tâches (cliniques, administratives, managériales, etc.) dans le but d'identifier les pistes d'amélioration visant la croissance du temps managérial et clinique et la diminution du temps administratif et compensatoire. Les principaux constats de cette analyse sont qu'on souhaiterait pouvoir en faire plus dans chaque catégorie, même dans l'administratif et qu'il n'y a pas de corrélation entre le temps accordé aux tâches managériales et cliniques et un sentiment de performance chez nos cadres.
- Les précédents travaux ont permis de segmenter le grand projet GPS en 4 sous-projets spécifiques :

1. *Implanter le système de gestion de la performance :* ce projet vise spécifiquement à développer une « carte de performance », qui, de la même manière qu'une carte routière nous indique le chemin à parcourir pour atteindre la destination, est un outil qui précise les actions et les bonnes pratiques qui seront nécessaires pour atteindre la performance;
2. *Soutenir l'exercice du rôle de gestion voulu :* ce projet adaptera le rôle de gestion voulu en fonction du concept de performance et du développement d'un leadership transformationnel;
3. *Renforcer la gouvernance :* ce projet permettra principalement de se doter d'une structure de gouvernance qui assure des interventions pertinentes et alignées selon le niveau de gestion stratégique, tactique et opérationnel, de gérer la capacité de mener à terme les projets de manière à permettre que 80 % des ressources soient allouées aux opérations et de doter l'organisation d'une plage horaire protégée, dédiée à la gestion de proximité;
4. *Se centrer sur la trajectoire patient :* ce projet vise à passer d'une organisation en silos vers une organisation centrée sur la trajectoire patient. Basé sur le concept de « chaîne de valeur », ce projet permettra de mieux connaître les processus sous l'angle de ce que vit le patient dans l'organisation et à clarifier les contributions directe et indirecte de tous.

5.2.2. Améliorer le soutien aux gestionnaires médicaux

Ce projet cherche à optimiser la cogestion médicoadministrative et vise notamment à adapter nos structures de gouvernance afin d'augmenter l'importance de la cogestion intra et interprogrammes, à mettre en place une structure pour développer le potentiel de gestionnaire des chefs médicaux (formation, coaching, etc.) et à soutenir le développement et le fonctionnement des tandems clinico et médicoadministratif dans la gestion quotidienne du programme-clientèle (meilleure définition des rôles et responsabilités, autonomie dans la prise de décision, vision commune du programme-clientèle, etc.).

Parmi les moyens mis en œuvre, le CHUS participe à un projet de recherche sur le partenariat médicoadministratif avec les HEC, piloté par l'AQESSS, et un projet de doctorat avec l'Université de Sherbrooke est aussi en cours.

5.2.3. *Mener un projet Kaizen à l'urgence ambulatoire du CHUS – Hôpital Fleurimont*

En 2011-2012, le CHUS a décidé de mettre sur pied une équipe afin de réaliser un projet Kaizen prioritaire à l'urgence ambulatoire du CHUS – Hôpital Fleurimont. Ainsi, après une collecte de données importante et la cartographie des processus actuels, une équipe a déterminé six sous-projets devant permettre à court terme :

- de réduire les durées moyennes de séjour des patients ambulants à l'urgence;
- de réduire le nombre de patients qui quittent sans avoir été vu;
- d'augmenter le niveau de satisfaction de la clientèle et du personnel.

Deux sous-projets ont été entrepris cette année. Le premier qui concernait la signalisation, l'aménagement et les conditions d'attente des patients dans la salle d'attente de l'urgence du CHUS – Hôpital Fleurimont, a permis de mettre en place plusieurs mesures significatives visibles par tous les patients qui se présentent aujourd'hui à l'urgence. Dans un deuxième temps, une équipe s'est attaquée à l'aménagement actuel du poste de travail des médecins et des infirmières à l'ambulatoire, à la problématique du manque de salles d'examens, à la flexibilité des salles actuelles de même qu'au système de réapprovisionnement en fourniture des différentes zones de travail afin d'éviter les pénuries et les déplacements inutiles. Les travaux se poursuivront en 2012-2013 avec les autres sous-projets identifiés initialement par l'équipe tactique.

5.2.4. *Mettre en œuvre un plan d'action pour implanter l'approche adaptée à la personne âgée en soins aigus*

C'est sous le thème *« un hôpital attentif à ses aînés »* que le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en soins aigus (AAPA) s'amorce. Actuellement, la moitié des personnes hospitalisées au CHUS sont âgées de 65 ans et plus. C'est un virage majeur au niveau des pratiques cliniques et de l'adaptation de l'environnement qui se fera progressivement grâce à un projet organisationnel qui touchera l'ensemble des services et sera soutenu par le bureau de projets. Une structure de gouvernance a été mise en place pour soutenir l'implantation dont un comité d'experts-conseils en pratiques cliniques qui donnera les grandes lignes des contenus aux sous-groupes de travail. Ces derniers se pencheront sur les nouvelles pratiques à mettre en place pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Les dimensions suivantes seront touchées :

- *L'autonomie des personnes âgées :* ce sous-groupe de travail regardera comment le personnel soignant peut adapter ses pratiques pour favoriser le maintien de l'autonomie. Le syndrome d'immobilisation et le déclin fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne feront partie de sa réflexion;
- *L'état cognitif et le sommeil :* le sous-groupe de travail se penchera sur le délirium et l'agitation des personnes âgées ayant des troubles cognitifs. La nutrition, l'intégrité de la peau et l'élimination : le sous-groupe de travail se penchera sur problématique de la dénutrition;
- *L'environnement :* vieillir, c'est accepter que le corps, la vision, la force musculaire et la gestion simultanée des informations changent. Avec cette préoccupation en tête, le sous-groupe de travail déterminera et révisera les standards d'achat du matériel et des équipements nécessaires ainsi que certaines pratiques, par exemple le recours à l'interphone, la signalisation, etc.;

- *L'expérience-patient :* être attentif à ses aînés, c'est se mettre à leur place et considérer que leur expérience à l'hôpital et celle de leurs proches est importante afin de favoriser leur autonomie. Les communications, la participation à la prise de décision, le bruit, etc., autant d'éléments à considérer.

L'implantation de l'AAPA se fera progressivement, service par service, unité de soins par unité de soins, à partir de l'automne 2012. La séquence n'est pas encore déterminée, mais il faudra passer plusieurs mois dans chaque unité ou service pour adapter les pratiques au quotidien : former le personnel, faire du coaching, revoir les processus de soins, accroître la communication interprofessionnelle, adapter l'environnement et possiblement revoir ou créer des outils cliniques.

5.2.5. Implanter la nouvelle Direction des ressources humaines et de l'enseignement

- La vision portée par la nouvelle DRHE est la suivante :
  - Un milieu de vie et d'apprentissage stimulant et valorisant pour le personnel et les étudiants;
  - Une passerelle renforcée entre la santé et l'éducation pour travailler en partenariat à relever les défis de main-d'œuvre;
  - Une implication dans la conception et l'évaluation des programmes de formation initiale et continue selon les besoins et les standards de qualité du CHUS, sa région et son RUIS;
  - Une occasion de mettre à profit les connaissances des étudiants pour innover, s'améliorer.
- Les réalisations depuis la création de la DRHE :
  - Définition de la vision et des priorités;
  - Adoption, par le conseil d'administration, d'un plan d'investissement pour la création de la DRHE et de son plan d'organisation;
  - Révision des offres de service (DRHE et Service de développement des compétences et de l'enseignement (SDCE)) avec des priorités identifiées;
  - Consultations avec des partenaires afin d'initier / maintenir des partenariats, des canaux de communication et de concertation;
  - Définition des zones de responsabilités et de collaboration avec la Direction interdisciplinaire des services cliniques;
  - Révision du mandat du comité de développement de la mission académique;
  - Établissement de liens étroits avec l'AMRÈS;
  - Révision des contrats et ententes avec les partenaires de l'éducation;
  - Alliance avec la FMSS pour la création d'un laboratoire de simulation clinique dont le plan d'affaires sera déposé en 2012-2013;
  - Déploiement d'un système de gestion des stages en soins (HSP net);
  - Optimisation de l'enseignement par un nombre grandissant d'innovations pédagogiques (vidéo, CD, formation en ligne, ateliers, guides de stages, etc.);
  - Révision des pratiques et du processus d'accueil des résidents et étudiants pour les rendre conformes aux attentes institutionnelles;
  - En 2011-2012 :
    - 1 264 participants aux 7 conférences clinico-académique;
    - 33 contrats avec le Cégep de Sherbrooke : 7 soins infirmiers, 9 inhalothérapeutes, 7 analyses biomédicales, 6 thérapeutes en réadaptation physique et 4 éducations spécialisées;
    - 57 autres contrats avec 30 maisons d'enseignement;

- 5 stagiaires de la France et 1 de la Belgique;
- 1354 activités de formation pour un total de 50 207 heures.

5.2.6. *Arrimer les stratégies de recherche entre le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel (CRCELB), la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) et l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS).*

En collaboration avec la FMSS et le Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, le CRCELB a poursuivi ses travaux pour arrimer ses axes de recherche à ceux de ses partenaires. Les nouveaux axes de recherche seront diffusés à compter de mai 2012. Cette orientation se traduira par l'arrimage des forces et l'identification des principaux domaines de recherche auxquels se concentreront ses 200 chercheurs.

Cette synergie avec la FMSS est un des éléments facilitateurs permettant au CHUS de solliciter auprès de l'Institut national d'excellence en soins et services de santé (INESSS), le statut de centre collaborateur. De plus, un projet commun visant le développement du Centre informatisé de recherche évaluative en services et soins de santé (CIRESSS) est en cours, pour faire de cet entrepôt de données un système informationnel de santé d'envergure internationale. Ce système contribuera ainsi au développement de la recherche et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Un audit de qualité de CIRESSS a été réalisé et soutiendra le développement d'un plan d'affaire pour son développement.

Le partenariat entre le CRCELB, la FMSS et le CHUS vise aussi le développement de la recherche en évaluation des technologies en soutenant la candidature d'un chercheur boursier au *Programme d'appui à la recherche en évaluation des technologies et des pratiques de pointe dans les CHU* du Fonds de recherche en santé du Québec.

5.2.7. *Réaliser l'architecture détaillée du plan d'intervention clinique*

L'informatisation des processus cliniques est un moyen prometteur pour la Direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC) d'améliorer la performance de son offre de service (qualité – efficacité – efficience). La direction doit répondre aux besoins de ses clients tout en conciliant ses obligations organisationnelles (enjeux de sécurité et d'amélioration de la qualité liés à la dernière visite d'Agrément) dans un contexte où l'on cherche à optimiser les pratiques professionnelles et l'organisation du travail qui entourent les soins et services des programmes-clientèles.

Une réflexion a permis de définir et de faire consensus sur un modèle de pratique qui favorise « une vision globale du patient à travers la pratique des acteurs présents dans chacun des soins et services professionnels ». Qui plus est, cette réflexion s'appuie sur le potentiel des technologies de l'information pour soutenir la vision proposée des nouvelles façons de faire.

Pour mettre de l'avant cette nouvelle approche de pratique, la DISC souhaite que le système d'information qui est à la base du dossier clinique informatisé (DCI-Continuum Ariane Estrie) se transforme pour répondre à la réalité des changements qui toucheront l'organisation du travail de chacune des ressources impliquées auprès du patient. L'organisation désire que l'information qui est partageable soit disponible à tous les intervenants pour éviter de la dupliquer inutilement. Le DCI

doit arriver à présenter une vision globale des problèmes de santé du patient, à faire ressortir les interventions en cours pour chaque problème de santé et à permettre l'exploitation d'indicateurs de santé.

La réalisation du plan d'informatisation clinique (PIC) de la DISC représente un défi ambitieux de conception et de mise en production. Cette nouvelle vision de la pratique clinique et professionnelle se mettra en place en différentes étapes au cours des prochaines années et nécessitera probablement l'élaboration d'un programme.

Les objectifs visés par le PIC sont :

- informatiser le nouveau modèle de pratique dans une vision globale et structurante tenant compte d'un contexte d'interdisciplinarité, en introduisant des nouveaux outils qui répondent aux besoins des cliniciens en matière d'information;
- effectuer l'analyse fonctionnelle du modèle de pratique;
- élaborer l'architecture fonctionnelle du DCI en lien avec ce modèle;
- dégager les différentes et principales étapes de ce programme d'informatisation, identifier celles qui ont la plus grande dépendance entre elles et les ordonnancer de façon cohérente, afin d'assurer le déploiement progressif et continu des composantes de ce programme et afin de profiter au maximum de l'informatisation des premiers processus cliniques (méthodologie Agile).

En 2011-2012, la structure de gouvernance de projet a été mise en place, l'architecture d'affaires et fonctionnelle globale a été réalisée à 40 %, celle du triage à l'urgence est complétée à 90 % alors que celle de la gestion des usagers et des épisodes de soins l'est à 40 %.

Les enjeux prioritaires

5.2.8. L'accessibilité (santé mentale, imagerie, médecine spécialisée, chirurgie, oncologie)

La rareté de main-d'œuvre : un défi majeur

Puisque la rareté des infirmières s'est faite davantage sentir cette année, le conseil d'administration et la direction du CHUS ont convenu de reprendre progressivement les activités cliniques suite à la fermeture estivale des lits. Ainsi, sur les 60 lits fermés au cours de l'été, 34 ont été rouverts le 18 septembre. Les 26 autres lits, tous au CHUS – Hôpital Fleurimont, ont été maintenus fermés jusqu'au 4 janvier 2012.

Le personnel soignant attitré aux 26 lits fermés a été envoyé en renfort vers d'autres unités, afin de préserver la santé de nos ressources en réduisant les heures supplémentaires imposées. En même temps, il fallait soutenir les jeunes recrues qui ont besoin de référer à des infirmières d'expérience. La reprise progressive des activités a aussi donné un peu de latitude pour amorcer d'importants changements qui devaient se faire en simultané, dont des transferts de postes et la formation du personnel sur leur nouveau poste.

Les transferts sur leur poste de 114 infirmières (dont 17 aux blocs opératoires) et de 37 infirmières auxiliaires étaient visés et c'est finalement 220 transferts qui ont été réalisés en trois mois. Parallèlement, le CHUS a poursuivi les travaux de réorganisation du travail et de réévaluation des pratiques cliniques visant à ce que le potentiel de chaque professionnel soit utilisé à sa pleine

valeur, que l'utilisation des lits soit optimisée en revoyant des pratiques cliniques (ex. : recours à des modalités ambulatoires pour certaines situations cliniques, à la médecine de jour, à la clinique préparatoire à la chirurgie, etc.), et que le processus de gestion des lits soit revu en renforçant des consignes et en mettant en place des mécanismes de gestion rigoureux.

Des gains et des défis

Après avoir diminué en 2010-2011, les délais pour une consultation élective en médecine et chirurgie spécialisées ont augmenté au 31 mars 2012, et ce, malgré une hausse ou le maintien des volumes en cliniques externes. C'est principalement en gastroentérologie et en neurologie que les délais ont augmenté. En orthopédie, les délais pour une consultation urgente et semi-urgente sont aussi problématiques. En 2012-2013, la gastroentérologie et l'orthopédie seront les deux spécialités ciblées régionalement pour tenter d'améliorer les délais d'accès.

L'accessibilité en tomodensitométrie et en résonance magnétique s'est améliorée, la cible de 13 semaines et moins pour le délai moyen d'attente pour une consultation élective tant atteinte dans le premier cas (4 semaines) et presque dans le second (14 semaines). Toutefois, les délais en échographie mammaire, particulièrement pour les patientes qui ne sont pas visées par le programme québécois de dépistage québécois pour le cancer du sein, sont problématiques et un plan d'action a été élaboré en 2012-2013 pour accroître cette accessibilité.

A l'urgence de santé physique du CHUS – Hôtel-Dieu, le délai moyen sur civière a augmenté passant de 11,87 h à 13,12 h. Par contre, ce délai est demeuré stable au CHUS – Hôpital Fleurimont à 11,90 h, légèrement au-dessus de la cible fixée à 11 h. Dans les deux urgences, le nombre de visites a augmenté (+ 1.4 % à Fleurimont et 3.4 % à l'Hôtel-Dieu) et avec la nouvelle échelle de triage en vigueur, le nombre de patients cotés urgent (cotes 1-2-3) a augmenté de 35 %, créant une pression additionnelle puisque la réévaluation des patients doit se faire à une plus grande fréquence. En santé mentale, la cible de 18 h est largement dépassée, mais en amélioration continue depuis 2009-2010 alors qu'elle est passée de 37,34 h à 28,56 h, et ce, malgré une croissance importante du nombre de patients sur civière (43 %). Les travaux avec les partenaires se sont poursuivis pour améliorer le processus de transfert des patients, mais malheureusement au 31 mars 2012, le nombre moyen de patients en attente de transfert s'était accru de 31 % passant de 26 à 34 alors que la cible est de 15.

En chirurgie, le nombre d'heures présence a chuté de 3,3 % et le nombre de chirurgies a été relativement stable diminuant de 0,8 %. Par contre, la croissance de la demande a occasionné des difficultés à rencontrer les cibles pour les cas hors délais. Soulignons notamment le cas de la chirurgie oncologique où le délai fixé de 28 jours pour avoir accès à une chirurgie était excédé pour 127 patients. La situation problématique vécue en chirurgie cardiaque, où 75 % des patients urgents ont eu accès à leur chirurgie dans les délais fixés (35 % seulement pour les cas électifs), fait l'objet d'une section particulière ci-après.

En santé mentale, les travaux se sont poursuivis avec les partenaires régionaux afin d'accroître l'accès aux services pour la clientèle. Le transfert de clientèle vers la première ligne pour le soutien d'intensité variable est presque complété alors que le nombre de places en suivi intensif a augmenté, grâce à la constitution d'une demi-équipe au CHUS. Cependant, pour la prochaine année, la capacité de cette équipe est pratiquement atteinte.

Enfin, soulignons les gains en électrophysiologie où 100 % des cas urgents sont traités dans les délais et 51,6 % des cas électifs (27 % l'an dernier). En hémodynamie, malgré une légère baisse, 92 % des patients en moyenne reçoivent leur traitement dans les délais. Enfin, en radio-oncologie, 99,4 % des patients sont traités dans un délai de 28 jours alors que la cible est de 90 %.

Le CHUS doit ralentir ses activités en chirurgie cardiaque

En raison d'un manque de perfusionnistes, le CHUS a dû revoir ses services aux patients en attente d'une chirurgie cardiaque à compter de décembre 2011. Un corridor de service avec l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec a permis d'opérer des patients urgents qui étaient par ailleurs transférés au CHUS dès que leur état le permettait pour être suivi par leur médecin. Le prêt de service de perfusionniste, par l'Institut de cardiologie de Montréal, a également permis de continuer à desservir la population. La situation devrait être rétablie au CHUS à la fin juin 2012 grâce au recrutement de nouvelles ressources.

Un nouvel accélérateur multi-énergie en oncologie

Un nouvel appareil, en remplacement d'un de nos appareils désuets, est arrivé le 14 janvier au CHUS – Hôpital Fleurimont, et ce, après plus de sept mois de travaux préparatoires et la construction d'une nouvelle salle blindée (bunker). Cet appareil de nouvelle génération offrira une imagerie plus performante et donnera accès à une gamme plus étendue de possibilités de traitement, notamment le traitement en radiothérapie par intensité modulée (IMRT). Cette imagerie dite volumétrique ressemble à une image de type « scan » qui procure une validation plus claire de la position et du champ de traitement. Étant plus adapté, ce traitement protègera davantage les cellules saines près de la tumeur à traiter. Par ailleurs, l'aménagement de la salle prévoit un plafond lumineux (sky ceiling) représentant un environnement paysager, cela afin de recréer un milieu plus humain, apaisant et réconfortant pour le patient. La mise en fonction après calibration devrait se faire en mai 2012.

Des investissements pour améliorer les examens diagnostiques et réduire les listes d'attente en imagerie médicale

Le Service de radiologie du CHUS – Hôtel-Dieu dispose maintenant d'une nouvelle salle multifonctionnelle équipée d'un tomodensitomètre (CT-Scan) combiné d'un arceau fluoroscopique mobile. La combinaison de ces deux technologies – une première au Canada! – permet de passer instantanément d'une modalité à l'autre sans changer de salle d'examen. L'équipe d'imagerie médicale clinique du CHUS – Hôpital Fleurimont peut aussi compter sur une IRM Magnetom Symphony Tim 1,5 T pour répondre aux besoins grandissants d'examens diagnostiques pour dépister toute forme de lésions partout dans le corps et, particulièrement, pour des examens oncologiques. L'accès à l'enseignement et à la recherche, notamment en neurobiologie et en neuro-oncologie, s'en trouvera aussi grandement amélioré.

L'équipe du Département de médecine nucléaire du CHUS – Hôpital Fleurimont a, de son côté, fait l'acquisition de deux gamma-caméras dont l'une est dédiée aux examens cardiaques. La caméra cardiaque effectue des examens plus rapides avec moins de Technétium, donc 30 % de moins d'irradiation pour le patient.

Ces équipements plus performants donnent accès à une meilleure qualité d'examens et à une plus grande efficacité diagnostique. On constate aussi une diminution de la durée des examens (entre 20 % et 50 % selon les appareils). Pour le patient, cela voudra souvent dire un seul rendez-vous pour plusieurs interventions complexes, moins de délais pour obtenir un rendez-vous, plus de

confort pendant l'examen et des soins plus sécuritaires. Ces investissements totalisant 6 M$ proviennent du *Plan triennal de remplacement des équipements médicaux spécialisés 2009 et 2010* de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie et du CHUS.

5.2.9. La télésanté

Téléassistance en soins de plaies

La téléassistance en soins de plaies (TASP) est née au CHUS en 2008, pour pallier le manque de continuité et d'accessibilité aux soins de plaies spécialisés. Le projet est maintenant terminé et il a migré en mode service depuis janvier 2012. La TASP est assumée par les infirmières stomothérapeutes du CHUS qui soutiennent tous les CSSS du RUIS de l'Université de Sherbrooke. La cible de 960 cliniques virtuelle pour l'ensemble du territoire du RUIS a été atteinte en août 2011. Depuis le début la mise en place de la TASP, 1622 services en clinique virtuelle ont été rendus sur l'ensemble du territoire du RUIS et le CHUS a offert 574 services spécialisés en soins de plaies à distance à la population de la région de l'Estrie, dont 331 en 2011-2012. Le projet de TASP inspire d'autres régions du Québec et même d'autres pays du monde :

- Le RUIS de Montréal prépare le déploiement de quelques sites;
- La Basse-Normandie déploie TELAP inspiré de notre projet;
- L'Inde qui est très intéressée à adapter notre projet et à l'implanter.

Téléformation et téléconsultation en multispécialités

Ce projet est en cours de déploiement. Actuellement, 79 % des équipements de visioconférence ont été déployés (49/62). Le nombre d'activités de visioconférence de nature de formation continue ou clinique a été de 562 soit 75 % de la cible de 754. Au cours de l'année 2011-2012, il y a eu mise en place du service de gestion de la réservation de la visioconférence et du soutien à l'utilisateur pour l'ensemble de nos partenaires du RUIS, développement d'un calendrier de diffusion Web de l'offre de formation continue en visioconférence, actualisation de la téléconsultation entre la clinique satellite d'hémodialyse du CSSS Memphrémagog et le CHUS et planification du développement du service de télésanté mentale pour la consultation, la discussion de cas et la formation par visioconférence.

Centre de coordination en télésanté (CeCoT)

Le CHUS est aussi à compléter la mise en place de son centre de coordination en télésanté pour le RUIS de l'Université de Sherbrooke. La clientèle qu'il dessert est celle des établissements de santé de la région de l'Estrie, quatre CSSS de la Montérégie et deux CSSS du Centre-du-Québec, soit une population de plus d'un million de personnes. Le mandat du CeCoT est d'assurer la pérennité des projets qu'il a mis en place depuis 2008 sur l'ensemble de son territoire, d'assurer le développement de nouveaux services de télésanté, de gérer les risques associés à l'utilisation de la télésanté et de travailler en collaboration avec les partenaires concernés à l'amélioration continue de la qualité des services de télésanté.

5.2.10. La procréation médicalement assistée (PMA)

Le CHUS a poursuivi ses travaux visant la mise en place de son programme de PMA. Cette année, le nombre de cycles atteint est de 115 excédant la cible prévue de 100. Le plan fonctionnel et technique d'aménagement des locaux a été élaboré en cours d'année après diverses études de faisabilité et a été acheminé au MSSS en date du 17 mai 2012 pour approbation. Ce plan vise à

assurer la disponibilité d'espaces suffisants pour répondre aux besoins de 500 cycles et prévoit une possibilité d'expansion à 800 cycles. Des travaux ont également été effectués avec le MSSS et les autres centres hospitaliers pour préparer un appel d'offres provincial afin d'acquérir un système de gestion informatisé en PMA-FIV et les travaux d'architecture informationnelle ont débuté. Enfin, suite à l'entrée en fonction en mai 2012 d'un chef de projet, la charte est en cours d'élaboration, incluant la structure de gouvernance.

5.2.11. L'évaluation et l'amélioration de l'expérience des patients

Plusieurs actions ont été menées en cours d'année pour évaluer et améliorer l'expérience vécue par nos patients au CHUS. L'expérience patient peut être définie comme étant ce que le patient vit lorsqu'il vient à l'hôpital et sa perception envers les soins reçus. Le CHUS croit fermement qu'en intégrant la perspective des patients, il est possible d'améliorer la performance de l'organisation tout en répondant mieux aux besoins des patients. Plusieurs projets ont vus le jour en 2011-2012 afin d'améliorer l'expérience de nos patients :

- Plus de 620 patients ont été consultés dans 19 sondages, 15 dans des unités d'hospitalisation et 4 dans des cliniques ambulatoires. Voici des projets d'amélioration de l'expérience patient issus de ces consultations : contrôle du bruit, participation accrue des patients, activités de soir/fin de semaine en santé mentale. Des sondages, suite à un projet, ont également été réalisés afin de connaître l'évaluation de patients;
- La conception de l'aide-mémoire au congé s'est poursuivie après le projet pilote réalisé en 2010-2011. Cet aide-mémoire se présente maintenant sous la forme d'une enveloppe remise au patient à son départ. En plus de contenir les documents à remettre au patient, cette enveloppe préimprimée précise au patient ce qui va se passer après son congé : son prochain rendez-vous, des directives concernant ses nouveaux médicaments, le résumé clinique de son passage au CHUS (feuille sommaire) et les demandes de suivi auprès des CSSS. Cette initiative vise à améliorer l'expérience des patients à leur sortie de l'hôpital et à faciliter leur retour à domicile. Le conseil d'administration a retenu ce projet à la suite de l'analyse des résultats des sondages menés auprès de nos patients depuis 2009 et des informations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ;
- Le comité d'amélioration de la qualité sur l'accessibilité aux services de langue anglaise a plusieurs réalisations à son actif : un inventaire des documents remis aux patients et la traduction de huit DVD d'enseignement aux patients grâce à une subvention de Santé Canada, le recrutement d'employés bilingues (*Projet « Un pont vers l'embauche* »), la présence du CHUS lors du Townshipper's day, la traduction de plus de 30 documents destinés aux patients (feuillet, guide, etc.). Soulignons également que 79 employés ont bénéficié de plus de 2 950 heures de formation en anglais, soit par des cours ou des stages d'immersion ;
- Grâce à un financement du Fonds Brigitte-Perreault de la Fondation du CHUS, des murales ont été peintes sur les portes de l'unité de gériatrie. Ce projet visait à offrir aux patients un environnement physique mieux adapté, un décor plus accueillant et agréable et diminuer l'anxiété ainsi que l'agitation. Aux 5^{e}A et 5^{e}C du CHUS – Hôtel-Dieu, une collection permanente de photos illustrant des situations ou des immeubles sherbrookois des années 1950, 1960 et 1970 est exposée. Acquise en grande partie grâce à la générosité des Auxiliaires bénévoles du CHUS, cette collection vise à inciter les patients, dont l'âge moyen est de 75 ans sur ces deux

unités, à sortir de leur chambre pour venir admirer les photos et ainsi briser leur isolement. Ces photos stimulent aussi leur mémoire et les incitent à échanger avec d'autres personnes, en se rappelant de bons souvenirs de leur vie;

- À la lumière des résultats d'un sondage portant sur la satisfaction de la clientèle ambulatoire des salles d'urgence du CHUS, un projet a été mis sur pied afin de mieux informer la population du fonctionnement des urgences, tout en contribuant à améliorer le milieu de travail. Par exemple, le site web du CHUS donne désormais tous les renseignements dont a besoin une personne qui veut venir à l'urgence. Aussi, la liste des cliniques médicales de Sherbrooke a été mise à jour et est maintenant accessible aux patients dans la salle d'attente. L'acquisition d'écrans numériques d'information permet également de mieux informer la clientèle et une nouvelle signalisation est mise en place pour faciliter les déplacements. Enfin, un projet pilote visant à remettre à chaque patient un coupon expliquant sa cote de triage est en cours, en collaboration avec le comité des usagers;
- Afin d'uniformiser la documentation remise aux patients, la Direction des communications et des affaires publiques a conçu des gabarits pour divers formats de dépliants ou feuillets. Disponible dans l'intranet, chaque gabarit est accompagné de normes graphiques à suivre et d'un exemple qui a été réalisé. Ce projet vient soutenir le guide de conception de documentation aux patients, qui est aussi disponible dans l'intranet, et qui identifie des principes importants à suivre pour produire une documentation efficace pour nos patients.

5.2.12. *La gestion intégrée des risques, et spécifiquement le système de management en santé et sécurité au travail (SMSST)*

Le CHUS s'est engagé dans la communauté de pratique provinciale basée sur la norme CSA Z-1000 et soutenue par l'AQESSS afin d'implanter un système de management en santé et sécurité au travail. Les objectifs poursuivis sont :

- diminuer et prévenir les risques pour la santé du personnel, médecins et étudiants;
- analyser, mettre en place les programmes de prévention en lien avec les risques non contrôlés tout en pérennisant les programmes actuels;
- répondre au cadre d'intervention de la CSST et des différentes lois et règlements;
- soutenir et outiller les gestionnaires au niveau de la prévention des risques pour leur personnel dans une démarche concrète et structurée (matrice de priorisation);
- effectuer l'analyse des risques dans les milieux de travail;
- effectuer les enquêtes et analyses des événements accidentels (EAEA) des événements dangereux et des accidents et incidents;
- documenter le SMSST afin de répondre à la norme CSA Z-1000;
- clarifier les rôles, les responsabilités et les tâches (RRT) et les implications nécessaires pour le personnel et les gestionnaires;
- développer une approche, un langage commun au niveau de la gestion des risques avec les autres gestionnaires de risques afin d'intégrer le plus de concepts possible.

La disponibilité des ressources au Service de santé et sécurité a malheureusement ralenti le rythme d'implantation du SMSST. Cependant, en février 2012, l'équipe compte ses trois membres

(2 préventionnistes et une hygiéniste du travail). L'année 2011-2012 a surtout été consacrée à la formation et à la mise en place de structures. Ainsi les membres du comité paritaire en SST ont été nommés et formés sur le SMSST. Un projet de mandat ainsi qu'une structure hiérarchique ont été rédigés. Les discussions se poursuivent avec les partenaires syndicaux à cet égard. Quelque 36 cadres ont reçu la formation de 3 h 30 sur les « Lois et Législations en SST ». Les membres de l'équipe de prévention du Service de santé ont participé aux travaux de la communauté de pratique initiée par l'AQESSS.

Au niveau des objectifs et des cibles attendus en 2011-2012, la matrice de risques (analyse de risque) à l'urgence du CHUS – Hôtel-Dieu n'a pas été réalisée, mais devra l'être en 2012-2013 à la fin des travaux sur la violence à l'urgence en cours. Les projets cadenassage et espace clos ont été analysés et présentés à la direction le 2 avril 2012. Les travaux sont en cours à la buanderie pour le cadenassage et seront suivis de ceux pour le dossier des espaces clos. Le dossier cadenassage pour l'ensemble du CHUS démarrera d'ici l'été 2012. Considérant les ressources disponibles, le dossier SIMDUT n'a pas été analysé.

5.2.13. L'attraction, la rétention et les processus de gestion des effectifs infirmiers

Outre les travaux déjà soulignés sur la stabilisation des infirmières sur les postes, d'autres travaux sous la gouverne du comité Défi-RH, piloté par la directrice générale, ont eu lieu en cours d'année :

- un projet d'horaire de 12 h a été implanté à l'urgence du CHUS – Hôpital Fleurimont;
- l'implantation des nouvelles modalités des conventions collectives nationales s'est poursuivie;
- des travaux visant à rehausser les compétences des emplois de bureau ont été mis en œuvre;
- le rehaussement des conditions d'emploi des infirmières auxiliaires (phase II et III) s'est poursuivi afin d'offrir aux employés un poste qui répond à leurs besoins;
- un groupe de travail s'est penché sur les enjeux spécifiques au bloc opératoire afin de permettre l'ajout en 2013 de deux priorités opératoires par jour;
- la gestion proactive et continue du temps supplémentaire (TS) du personnel infirmier a été renforcée afin d'éviter au maximum les impositions (ex. : affichage du TS en confection d'horaire);
- le plan prévisionnel des effectifs annuels a été complété pour les infirmières et les infirmières auxiliaires et une analyse des vulnérabilités pour les professionnels de la santé et les préposés aux bénéficiaires a été effectuée;
- le programme d'accueil du nouveau personnel a été actualisé et un programme-cadre d'orientation et d'intégration dans l'action a été implanté;
- des initiatives de préparation de la relève et le développement de carrière ont été structurés afin d'optimiser et de faciliter le rôle du cadre. En voici quelques-unes : évaluation des mesures d'amélioration du climat de travail, révision du programme de relève en gestion, optimisation du programme d'accueil des nouveaux gestionnaires, révision du programme de formation à des habiletés de gestion, etc.

En novembre 2011, les employés du CHUS étaient invités à répondre à un sondage en ligne sur leur perception de la culture, des valeurs et de l'image du CHUS (1 674 participants!). Des groupes de discussions ont aussi été constitués et des entrevues téléphoniques réalisées auprès de personnes ayant quitté leur emploi au CHUS. L'information recueillie servira à définir le positionnement du CHUS comme employeur et à développer une nouvelle image de marque employeur, pertinente, unique et distinctive. Les stratégies de recrutement seront aussi révisées, notamment pour y inclure

les réseaux sociaux et un programme de référencement, dans le but d'augmenter notre capacité d'attraction de la main-d'œuvre. Cette information servira aussi à alimenter la planification stratégique en cours en orientant les actions à entreprendre ou à accentuer pour améliorer nos faiblesses.

Les sources de recrutement, comme les stages, les salons d'emplois, le microsite de recrutement ainsi que les programmes d'employabilité comme le Projet régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux (PRIMOSSS), ont été les sources de recrutement les plus efficaces. Le CHUS continue aussi de participer activement à des missions de recrutement à l'étranger (Paris, par exemple).

5.2.14. La qualité

L'Agrément : on se prépare déjà à la visite de juin 2013

Afin d'éviter la frénésie qui précède traditionnellement les visites d'Agrément Canada, les équipes ont déjà été sollicitées pour compléter l'autoévaluation des normes, du 13 février au 4 mars 2012. Plus de 1 300 soignants et gestionnaires ont ainsi répondu aux questionnaires d'agrément. C'est près de 45 % du personnel clinique du CHUS qui s'est mobilisé! Dans les mois à venir, l'analyse des résultats de l'autoévaluation par les équipes qualité mènera à des améliorations qui permettront d'offrir des soins et des services plus efficaces, plus sécuritaires, rendus de manière plus continue et soutenue par une approche humaine et attentive aux besoins, aux valeurs et aux droits des patients.

Un cadre de référence en matière de qualité

La qualité des soins et des services est reconnue comme un impératif stratégique pour les organisations de santé. Lors de la visite de juin 2010, Agrément Canada nous recommandait de se doter d'un cadre conceptuel de gestion de la qualité structuré et intégré. Le cadre de référence est la première composante du système de qualité, qui comprendra au cours des prochains mois les objectifs de qualité intégrés et les guides d'intervention.

La cadre qui sera progressivement intégré aux opérations définit :

- la contribution de la qualité des soins et des services à la performance de notre organisation. La qualité est intégrée au modèle de performance adopté par le CHUS. Elle fait donc partie intégrante de la recherche d'équilibre entre la pertinence des soins et des services aux patients, l'utilisation judicieuse des ressources, l'efficience des processus et l'engagement des personnes envers leurs pratiques;
- la vision du CHUS en matière de qualité et la définit comme suit : *Au CHUS, la qualité signifie que les soins et les services offerts sont sécuritaires et efficaces, dispensés de manière continue et qu'ils font vivre aux patients qui les reçoivent une expérience positive par une approche attentive au respect de leurs besoins, de leurs droits et de leurs valeurs;*
- les 4 dimensions de la qualité sont la sécurité, l'efficacité, la continuité et l'approche attentive;
- les 4 points de vue distincts et complémentaires qui permettent d'apprécier la qualité: la qualité *attendue, voulue, rendue et perçue;*
- l'approche privilégiée d'amélioration continue de la qualité basée sur la « roue de Deming » : planifier, expérimenter, mesurer, ajuster, etc.;
- Les rôles et responsabilités des différents acteurs de la qualité au CHUS, du conseil

d'administration aux patients et visiteurs.

L'intégration de la recherche dans les soins : Une première canadienne au CHUS : un logiciel de gestion des prescriptions d'antibiotiques au bénéfice des patients

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke utilise maintenant un logiciel de surveillance de la prescription d'antibiotiques. Mis au point par l'équipe du Dr Louis Valiquette, en collaboration avec le Pr Froduald Kabanza, informaticien à la Faculté des sciences de l'Université de Sherbrooke, et avec le Département de pharmacie du CHUS, ce logiciel analyse les prescriptions d'antibiotiques et suggère des améliorations potentielles en fonction de l'évolution du patient. L'utilisation appropriée des antimicrobiens permet d'éviter plusieurs conséquences néfastes pour le patient : développement d'effets secondaires en raison de toxicité, efficacité sous-optimale, prolongation de la durée du séjour hospitalier, développement de germes résistants, etc. Ce programme a de plus permis au CHUS une économie de plus de 300 000 $ au cours de sa première année d'utilisation, une diminution de 18 % de son budget pour les antibiotiques. Il s'agit là d'un bel exemple de recherche appliquée menée conjointement par le CHUS et l'Université de Sherbrooke, réalisée grâce au Fonds de la recherche du Québec - Santé (FRQS) et au Conseil du médicament.

Les projets du Fonds Brigitte Perreault (FBP)

Le FBP soutient des projets internes qui améliorent la qualité, la sécurité et l'humanisation des soins. En février 2012, le Fonds annonçait le financement de huit projets pour un total de 62 500 $:

- développer un environnement guérissant en radio-oncologie;
- répondre aux besoins d'information des personnes avec insuffisance cardiaque grave à propos du pronostic et de la fin de vie;
- offrir aux patients un outil de référence sur le nouveau scalpel gamma;
- mieux informer les patients aux urgences du CHUS;
- produire un journal d'évaluation de la qualité de l'acte médical du CHUS sur l'intranet;
- évaluer l'effet d'une formation sur les pratiques des infirmières auprès de la clientèle âgée à risque de développer un syndrome d'immobilisation;
- améliorer l'expérience patient au CHUS via le site Web;
- aménager un sentier pédestre éducatif sur les terrains boisés.

Bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission : un projet multidisciplinaire et inter directions pour l'amélioration de la qualité des soins

Dans le cadre d'un projet pilote à l'urgence du CHUS – Hôtel-Dieu, d'avril 2010 à novembre 2011, des outils ont été développés et un processus structuré a été mis en place afin de réaliser un BCM à l'admission. Le processus qui entoure l'établissement du BCM englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que prenait le patient avant l'admission; cette liste est communément appelée histoire médicamenteuse ou meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Des ressources d'assistantes techniques ont été octroyées pour effectuer cette histoire médicamenteuse et un mécanisme a été élaboré avec les pharmacies communautaires pour que le CHUS puisse obtenir la liste des médicaments pris par le patient. Le médecin et le pharmacien n'ont plus qu'à consulter ce MSTP afin de prescrire l'ordonnance d'admission et ainsi diminuer les risques d'erreurs. Les résultats sont probants puisque plus de 60 % de tous les patients admis à l'urgence du CHUS – Hôtel-Dieu ont une histoire médicamenteuse documentée au dossier. Les apprentissages

réalisés au cours de ce projet pilote permettront de déployer graduellement le BCM aux autres portes d'entrée du CHUS : urgence du CHUS-Hôpital Fleurimont, clinque préparatoire à la chirurgie et clinique ambulatoire d'oncologie.

Une campagne pour contrer l'utilisation des abréviations dangereuses

À la suite d'une recommandation d'Agrément Canada lors de sa visite 2010, le CHUS a entrepris une campagne visant à proscrire l'utilisation de diverses abréviations dangereuses lors de la rédaction des ordonnances de médicaments. La première démarche a été de rendre accessible sur l'intranet la liste des abréviations proscrites et celles qu'il faut plutôt utiliser. Une série d'articles dans *l'Entre-Nous* a suivi afin de sensibiliser les prescripteurs. Des interventions par courriel via le dossier clinique informatisé sont aussi effectuées. Une collecte de données de mars 2010 à juillet 2011 démontrait que le pourcentage d'ordonnances non conformes était passé de 17,6 % à 14,8 %, alors que l'utilisation de la désignation de dose « unité » plutôt que de l'abréviation dangereuse « U » avait augmenté de 34,8 % à 67,5 %. De nouvelles mesures seront prises à l'automne 2012.

Le port obligatoire du casque de vélo

Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité en amont de l'hospitalisation, le CHUS a soutenu les initiatives d'un de ses pédiatres et de Sherbrooke Ville en santé en vue de faire de la Ville de Sherbrooke un endroit idéal pour la pratique du vélo. Un règlement municipal a été adopté en mars 2011 rendant le port du casque obligatoire à Sherbrooke pour les moins de 18 ans. Cette initiative a immédiatement été saluée par plusieurs personnalités et intervenants concernés au Québec. La Ville de Sherbrooke a déposé sa candidature pour devenir la première *Communauté sécuritaire au Québec* et la seule *Communauté sécuritaire francophone au monde entier*. Soulignons également que la Fondation du CHUS a apporté sa contribution à cette campagne en finançant des casques qui ont été remis gratuitement à des enfants des milieux défavorisés.

5.2.15. La révision des processus

Des projets Kaizen

En 2011-2012, six projets Kaizen ont été réalisés, en plus de celui à l'urgence ambulatoire du CHUS - Hôpital Fleurimont :

- *Préparation des plateaux-repas en diététique :* des lignes ont été dessinées sur la courroie afin d'assurer une cadence de travail uniforme. Du réaménagement physique facilite la vérification par la technicienne et diminue la fréquence des interruptions de la courroie, qui sont passées d'une fois aux 6 plateaux à une fois aux 20 plateaux.
- *Gestion des demandes en imagerie médicale :* en moyenne 75 demandes par mois arrivent incomplètes ou illisibles en imagerie. Des étampes personnalisées ont été distribuées à des médecins de la région afin de faciliter la lecture. De plus, afin de diminuer les risques d'erreurs, un réaménagement est effectué à chaque poste en plus des zones d'accueil des patients.
- *Centre de rendez-vous en chimiothérapie :* lors de la révision de l'organisation du travail des agentes, l'équipe de projet a décidé de réorganiser les tâches aux trois postes de travail et de mettre en place un menu téléphonique adéquat.
- *Génie biomédical :* le processus de programmation et d'exécution de la maintenance préventive (PM) des appareils critiques est révisé. Deux des actions priorisées par l'équipe : créer une procédure spécifiant les étapes à suivre pour réaliser une PM et organiser une rencontre

quotidienne pour planifier et répartir le travail de la journée.

- *Réaménagement en échographie :* puisque la superficie des locaux est multipliée par trois, l'équipe a défini de nouveaux parcours patients pour limiter les déplacements physiques ainsi qu'améliorer la fluidité des communications. De plus, comme un déménagement est une belle opportunité pour faire du ménage, le processus a été scruté afin de mettre l'emphase sur le renforcement des tâches à valeur ajoutée et éliminer les gaspillages.
- *Portionnement en diététique :* l'offre de service, les normes du MAPAQ, le climat de travail, l'équité, l'efficience et l'efficacité sont tous des facteurs qui ont encouragé la tenue d'un Kaizen au « portionnement » de la cuisine du CHUS – Hôpital Fleurimont. L'accent est mis sur le réaménagement pour diminuer les déplacements, sur la création d'instructions de travail visuelles pour diminuer la confusion, sur la diminution des interruptions causées par les « plateaux retardés », etc.

Une formation des résidents

En novembre et en décembre, sept résidents en médecine d'urgence ont suivi la première mouture d'une formation *Lean/Kaizen*, d'une durée de cinq heures. Le Kaizen aborde deux des sept compétences CanMEDS à développer chez les médecins résidents :

- comme collaborateurs, les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients;
- comme gestionnaires, les médecins participent à part entière à la vie d'organisation de soins de santé où ils organisent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité du système de soins de santé.

C'est ainsi, qu'au cours de cette formation, les médecins résidents ont pu, à travers de nombreux exemples concrets, se familiariser avec la gestion par processus, l'identification des gaspillages et les principaux outils Kaizen.

Une formation Lean pour les gestionnaires

Trois gestionnaires participent à la première cohorte de formation *Lean* donnée par l'UQTR en Estrie. De plus, tous les membres du comité de direction ont bénéficié d'une journée de formation alors que la directrice générale a assisté elle-même à une semaine de cours, toujours avec l'UQTR.

Un premier colloque *Lean*

Les 26 et 27 janvier 2012, se tenait, à Orford, le premier colloque *Lean* de la santé et des services sociaux. Parrainé par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et organisé par la Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue (CvPAC), le Colloque *Lean* de la santé et des services sociaux 2012 a misé sur la richesse collective du réseau afin de développer le savoir en matière d'amélioration continue. En plus d'accueillir des participants de partout au Québec, cette activité a permis de partager des apprentissages avec des collègues du Canada et d'Europe.

5.2.16. La réorganisation du travail

La prolongation de la fermeture des lits a notamment permis de compléter des réorganisations de travail dans plusieurs secteurs, dont la santé mentale. Dans ce secteur, depuis juillet 2011, des éducateurs spécialisés ont joint les équipes qui travaillent avec les patients ayant des troubles affectifs ou des troubles psychotiques. Présents sur les quarts de jour et de soir, les éducateurs sont jumelés à une infirmière qui évalue l'état de santé global alors que l'éducateur spécialisé se penche

davantage sur les capacités de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. Les deux professions travaillent ensemble pour le bien-être et le rétablissement des patients. C'est un modèle de soins coordonnés qui met en valeur le travail d'équipe et les besoins du patient sont au centre des décisions.

Depuis 2009, 15 secteurs ont été impliqués, 38 équipes de soins se sont réorganisées et 68 ressources infirmières ont été converties en d'autres postes.

Les projets de transformation du travail qui vise à améliorer la collaboration entre les établissements de santé et les organismes du milieu se sont poursuivis. Une des stratégies utilisées pour améliorer cette collaboration est la communauté stratégique, un regroupement de professionnels, médecins et gestionnaires des établissements et des partenaires du milieu communautaire qui choisissent ensemble des projets d'expérimentation à mettre en œuvre pour améliorer la qualité des soins et services. Les travaux en santé mentale ont permis de mettre en place des mécanismes de collaboration interorganisationnels, expérimentés par le CSSS de la MRC-de-Coaticook, le CHUS et le CSSS Memphrémagog, et par la suite, rendu disponible à l'ensemble des CSSS de la région estrienne souhaitant adopter cette approche. Après l'oncologie et la santé mentale, une autre communauté stratégique a entamé, en janvier 2012, des travaux sur la collaboration interorganisationnelle pour la clientèle jeunesse atteinte de troubles envahissants du développement (TED). C'est le premier projet qui démarre de façon autonome soutenu par de conseillers facilitateurs, mais sans le soutien de l'Université de Sherbrooke, la partie recherche-action réalisée avec la Chaire d'étude en organisation du travail de l'Université de Sherbrooke s'étant terminée en avril 2011.

5.2.17. La logistique hospitalière

L'implantation du logiciel de gestion des inventaires (CoPilote) à la logistique hospitalière du CHUS a permis une meilleure gestion des stocks des inventaires (centre de distribution, magasin pharmacie). Tout en augmentant la qualité du service, nous avons effectué une réduction d'environ 22 % du niveau d'inventaire au centre de distribution. En effet, cet outil permet d'assurer une précision dans toutes les facettes des opérations du centre de distribution. De plus, cet outil de travail a permis d'assurer une traçabilité des items distribués, de l'inventaire, des achats directs, des équipements, ce qui augmente notre efficacité. Dans la foulée de l'implantation, nous avons documenté les processus afin de permettre la formation, la standardisation, la pérennisation et l'amélioration continue des processus mis en place. Le déploiement de la page Web du logiciel CoPilote donnera aux usagers une façon plus conviviale d'émettre leurs besoins et la possibilité de suivre l'état de leur commande à l'écran. Le fruit de cette implantation peut être visionné sur le site du CHUS.

Toute cette expertise peut également être mise à contribution dans les autres secteurs d'activités de l'hôpital où la disponibilité des produits est critique pour assurer la sécurité, l'efficacité et la continuité des soins. Le projet 2011-2012 choisi concernait le secteur d'angiographie générale du programme clientèle d'imagerie médicale. Cette année, diverses étapes du projet ont été franchies. Les besoins spécifiques ont été identifiés, le diagnostic de la situation actuelle a été élaboré et présenté aux instances décisionnelles, la structure de gouvernance et de réalisation a été mise en place, une première cartographie à haut niveau du processus a été élaborée, les plans d'action pour bien intégrer les produits dans le système de gestion des stocks et pour incorporer des nouvelles technologies aux processus de la chaîne d'approvisionnement ont été élaborés et présentés aux

chefs du programme et enfin, l'architecture d'entreprise (informatique) a été élaborée et approuvée. Les bénéfices escomptés par l'implantation de ce projet sont nombreux, notamment : améliorer la performance des processus, la disponibilité et la fiabilité de l'information (indicateurs, et produits en inventaire), développer l'approche processus en favorisant l'implantation du modèle de performance de gestion choisi par le CHUS, utiliser de manière efficace les espaces dédiés à l'entreposage, améliorer la qualité du service de livraison, faciliter la relève, le transfert des connaissances et les remplacements, améliorer la traçabilité et le contrôle de mouvement des produits (ex :rappels), optimiser l'affectation des tâches et responsabilités des personnes, réduire le risque de pertes financières dues aux pertes, désuétude, vol ou bris et obtenir de bons prix en profitant d'économies d'échelles.

5.2.18. La consolidation du bureau de projets

Une communauté de pratiques en gestion de projet au vu le jour. Cette initiative du Bureau de projets du CHUS vise à regrouper les personnes intéressées par la gestion de projet afin de leur offrir un lieu d'échanges, de soutien et des outils. Les activités de la communauté peuvent donc prendre la forme d'ateliers, de discussions ou encore de conférences. Les participants proviennent principalement du CHUS, mais aussi de certains établissements de la région.

Le Bureau de projets du CHUS a également été invité à se joindre à un projet de recherche parrainé conjointement par l'Université McGill et l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Le projet portant sur la « contribution des bureaux de projets à la gestion du changement et à la performance organisationnelle dans le secteur de la santé » se déroulera dans le cadre d'un programme de partenariat pour l'amélioration du système de santé (PASS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). La participation du Bureau de projets du CHUS s'exercera dans le volet « communauté de pratique » du projet qui est prévu s'échelonner sur trois ans.

À la demande générale, un deuxième colloque provincial des bureaux de projets est organisé par le Bureau de projets du CHUS, avec la collaboration de la Table provinciale interétablissement des bureaux de projets. Placé cette année sous le thème *Les bureaux de projets à l'heure de la performance organisationnelle*, le colloque se tiendra les 7-8 juin 2012 et sera une occasion de prendre la pleine mesure du rôle transformationnel des bureaux de projets et de leur contribution à la performance des organisations.

Au 31 mars 2012, le portefeuille du bureau de projet se chiffrait à plus de 50 projets en cours. Disponible dans l'intranet, le bureau de projet a élaboré différents outils, dont le formulaire de demande de projets et les fiches d'autorisation et de recommandation de projet au CA, obligatoires pour tous projets dont les coûts totaux excèdent 750 K$.

5.2.19. Le développement durable (transport, projet éconergétique)

Le projet d'économie d'énergie du CHUS – Hôpital Fleurimont, réalisé en partenariat avec la firme d'efficacité énergétique Ecosystem, constitue un investissement total d'environ 20 M$. Près du quart du financement provient de la subvention du MSSS, combinée à celles d'Hydro-Québec et de Gaz Métro. Le CHUS finance un autre quart du projet avec ses budgets de maintien des actifs. La différence sera assumée par les économies d'énergie. Le projet total sera rentabilisé en 7 ans. Les

économies d'énergie atteindront plus de 1,4 M$ annuellement, soit 37 % de la facture d'énergie actuelle. Le CHUS réduira aussi ses émissions de gaz à effet de serre de 9 000 tonnes de CO_2 par an.

Première mesure mise de l'avant, l'éclairage de l'ensemble du bâtiment sera amélioré d'ici l'automne 2012. Ainsi, 18 000 tubes fluorescents et 900 ampoules seront remplacés, permettant des économies annuelles de 100 000 $ ainsi qu'une réduction des émissions de gaz à effet de serre de 10,6 tonnes de CO_2, tout en respectant les normes d'éclairage en vigueur.

De plus, un tout nouveau réseau de conduites d'eau chaude, au lieu de la vapeur, est mis en place afin d'améliorer l'efficacité du système de chauffage. Les travaux de plomberie nécessaires ont débuté à la mi-mai et se poursuivront pour les prochains mois. Une des trois grosses chaudières produisant de la vapeur sera remplacée par trois petites chaudières plus efficaces, dont deux produisant de l'eau chaude. Deux refroidisseurs hors d'usage ont été démolis afin de permettre l'installation de nouveaux équipements. Le projet a maintenant son propre microsite au www.chus-unchoixvert.com.

Le programme de transport durable, lancé en 2006, se bonifie au fil des ans et propose des solutions de rechange à l'auto solo pour venir au travail. Une deuxième navette vers le CHUS – Hôtel-Dieu déployée avec la Société de transports de Sherbrooke a permis de favoriser encore davantage l'utilisation de ce mode alternatif de transport.

5.2.20. Les grands projets d'aménagement

La clôture du projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôtel-Dieu (PARHD)

La dernière phase du projet de réaménagement du CHUS – Hôtel-Dieu s'est réalisée entre janvier 2010 et mars 2012. Dans le Pavillon Émile-Noël, les cliniques de santé mentale, réparties sur quatre étages, ont été rénovées. Une clinique de rhumatologie et des locaux de recherche ainsi qu'une unité métabolique ambulatoire, regroupant la chirurgie bariatrique et les services liés au diabète et à l'obésité, ont également été aménagés. On a terminé par les travaux à l'aile D en rénovant en totalité le laboratoire d'exploration fonctionnelle (endoscopie), considéré comme une référence par le MSSS. Un centre de chimiothérapie du système digestif a aussi été aménagé et l'unité de soins palliatifs a été agrandie et rénovée pour y recréer, autant que possible, un milieu de vie confortable. Les chambres sont plus spacieuses, un balcon dans l'unité permet aux patients de prendre l'air et des locaux sont mis à la disposition des proches des patients.

Le PARHD, démarré en 2004, a été complété à l'hiver 2012. Il a permis d'offrir aux patients un environnement de soins grandement amélioré, mais aussi l'intimité, le confort et la quiétude dont ils ont besoin durant leur séjour. De plus, ce projet a permis d'offrir un environnement fonctionnel et agréable aux médecins et au personnel afin de les soutenir dans leur quête quotidienne de qualité.

Le projet s'est terminé dans le respect des échéanciers et des budgets. Grâce au soutien financier du budget de maintien des actifs des services techniques, 4,7 M$ de travaux additionnels en maintien des actifs immobilier ont été ajoutés durant les réalisations du projet Hôtel-Dieu pour porter le budget du projet à 116,7 M$.

Le PARHD, un projet clinique :

- agrandissement : 40 % plus d'espaces;

- locaux cliniques réaménagés : 90 % (25 000 m^2);
- bloc opératoire : 2 salles de chirurgie de plus;
- chirurgie d'un jour : 10 civières de plus;
- urgence : 24 civières de plus;
- unités de soins : 48 lits de plus;
- médecine de jour : 12 civières de plus;
- cliniques ambulatoires : 2 fois plus de locaux;
- enseignement : 116 locaux de plus;
- recherche : 40 locaux de plus;
- préventions des infections : 20 chambres d'isolement de plus.

Un sondage et un bilan ont été réalisés auprès des équipes afin de retenir les apprentissages pertinents à transférer à l'équipe qui entreprendra le projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôpital Fleurimont (PARHF).

Le projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôpital Fleurimont (PARHF)

Des chantiers majeurs sont en cours ou seront réalisés dans les prochains mois au CHUS-Hôpital Fleurimont, au CRCELB et à la FMSS. La réalisation de ces projets se fera en concertation entre les partenaires et permettra d'améliorer les soins, la recherche et l'enseignement. Le plan directeur du CHUS-Hôpital Fleurimont, qui vise son agrandissement et son réaménagement, prévoit cinq volets. Les travaux du volet 1 réalisés depuis octobre 2011 dans les espaces laissés vacants par le déménagement de la cafétéria sont terminés. Les nouveaux espaces comprennent les bureaux de l'imagerie médicale qui assurent une meilleure fonctionnalité à l'intérieur du service en plus de permettre aux médecins résidents d'être sur le même étage que leurs patrons; le Service de l'échographie générale avec huit salles d'échographie générale et trois nouveaux échographes et où l'aménagement permet d'assurer aux patients des examens plus sécuritaires et confidentiels; l'unité de chirurgie d'un jour où les espaces sont maintenant plus ergonomiques, sécuritaires et fonctionnels pour le personnel et favorisent une plus grande confidentialité pour les patients. Une aire d'hébergement pour les mères dont l'enfant est hospitalisé en néonatologie a été aménagée. Comprenant trois chambres avec un lit simple et une chambre avec deux lits simples, ces chambres sont offertes en priorité aux mères qui allaitent et souhaitent se reposer ainsi qu'aux mères qui habitent à l'extérieur de Sherbrooke et désirent rester auprès de leur enfant durant l'hospitalisation. Enfin, une chambre de transition en pédiatrie a aussi été aménagée afin de répondre aux nouveaux standards de soins établis pour le futur Centre femme-jeunesse-famille. Cette aire comprend cinq bassinettes et permet d'accueillir les bébés qui ont reçu un épisode de soins en néonatologie et qui requièrent, par la suite, des soins pédiatriques. Pour compléter le premier volet de ce grand projet, il reste les réaménagements des aires du bloc opératoire et du Service ambulatoire d'échographie et d'obstétrique spécialisée, qui devraient prendre fin en décembre 2012.

Le volet 2 de ce vaste projet sera la construction du Centre femme-jeunesse-famille, une nouvelle aile qui rassemblera les soins et services offerts aux 0-18 ans en santé physique, santé mentale et soins dédiés à la périnatalité. Nous avons également inclus la relocalisation d'une nouvelle urgence. Nous en sommes maintenant à la préparation du document de présentation stratégique (DPS) pour approbation du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce DPS sera suivi de l'étape de

préparation d'un dossier d'affaires initial (DAI) puis de celle d'un dossier d'affaires final (DAF). Le réaménagement des espaces laissés vacants par la construction constitue le volet 3 du PARHF alors que le volet 4 permettra de remettre aux normes certaines unités et services.

Au courant de la dernière année, une évaluation des besoins (en termes d'environnement physique) a été menée auprès de différents secteurs. Une priorisation de réaménagements, qui constitue le volet 5 du PARHF, a ensuite été faite avec le comité de reconfiguration clinique et entérinée par le comité de direction et le conseil d'administration. Voici les secteurs où des travaux, petits et grands, sont prévus d'ici 5 ans et rendus possibles, notamment par la libération d'espaces par la FMSS dans l'aile 4 :

- Hémato-oncologie ambulatoire et pédiatrique;
- Procréation médicalement assistée;
- Consultations externes et pharmacie;
- Laboratoires cliniques;
- Laboratoire de simulation clinique (en partenariat avec la FMSS);
- Génie biomédical;
- Médecine nucléaire;
- Radio-oncologie;
- Salle de formation et de rencontres.

<u>Nouvelle unité d'oncologie pédiatrique Charles-Bruneau</u>

En juin 2011, la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau a fait don de 1 M$ pour réaménager l'unité d'oncologie pédiatrique au CHUS – Hôpital Fleurimont. À terme, les travaux débutés en janvier 2012 permettront d'agrandir les espaces de traitement (de 76 à 398 m^2), de doubler le nombre de fauteuils de traitement (de 3 à 6), d'aménager une salle d'attente pour les enfants et une aire de thérapie partagée avec les adultes, de même qu'ajouter une salle de ponction adaptée. Grâce à la nouvelle unité d'oncologie pédiatrique Charles-Bruneau, les petits patients pourront davantage être traités chez eux, dans leur région.

<u>L'agrandissement du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel (CRCELB)</u>

Le chantier de construction du CRCELB a débuté en mai 2011. La construction de la voûte pour le cyclotron est la première phase des travaux d'agrandissement. Rappelons que ce nouveau cyclotron permettra de sécuriser l'approvisionnement en isotopes utilisés en tomographie par émission de positrons (TEP) et stimulera la recherche et développement qui mèneront à la production de technétium 99m (99mTc) pour une partie du Québec. La prochaine étape prévue à l'été 2012 sera la construction d'un nouveau bâtiment qui comptera trois étages et sera relié au CRCELB existant par un corridor sur les trois niveaux. Ce nouveau bâtiment de 6866 m^2 permettra de doubler les espaces du centre de recherche.

5.2.21. Les technologies de l'information: le continuum Ariane Estrie

Le projet régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE) a pour objectif de relier informatiquement le CHUS et les CSSS de l'Estrie afin de partager certaines informations du dossier patient ARIANE (médicaments, résultats de laboratoire et de radiologie, etc.). Voici ce qui est en cours :

- Optimisation et consolidation progressive des technologies partageables;
- Déploiement du continuum Ariane Estrie (services de laboratoire dans 5 CSSS + services de pharmacie dans 1 CSSS);

- Architecture détaillée du déploiement du Plan d'intervention clinique (PIC);
- Arrimage avec les dossiers médicaux électroniques des cliniques de première ligne et le Dossier de santé du Québec (DSQ);
- Analyse de l'opportunité d'une numérisation régionale des dossiers patients.

En octobre 2011, l'Estrie est devenue l'une des premières régions pilotes dans la province à intégrer le Dossier de santé du Québec (DSQ). L'Estrie entend implanter les volets médicaments et laboratoires du DSQ, qui donne aux professionnels de la santé un accès, en temps réel et à partir d'un ordinateur, à des renseignements cliniques importants concernant la santé de leur patient. Pour le CHUS, cela signifie d'abord une harmonisation avec Ariane, le dossier patient informatisé.

5.2.22. Les communications

- Plus de 20 000 heures ont été consacrées aux communications en 2011-2012 par la Direction des communications et des affaires publiques, 75 % pour soutenir des projets internes et 25 % à l'externe. Quelques exemples de réalisations : plus de 100 dépliants et 12 vidéos pour les patients, plusieurs plans de communication en lien avec l'accessibilité et l'installation de nouveaux équipements, la postulation et le renouvellement des permis de stationnement en ligne, la participation à une campagne de publicité et de promotion pour attirer la main-d'œuvre en Estrie et l'organisation ou le soutien pour plusieurs activités organisationnelles de reconnaissance.
- Le CHUS a fait son entrée dans les médias sociaux, avec la conception et la mise en ligne de trois pages Facebook (604 personnes nous suivent), trois pages Twitter (669 personnes nous suivent), et trois pages Youtube (126 vidéos en ligne; 72 000 visionnements depuis juillet 2011). Une norme et pratique de gestion balisant l'utilisation de ces moyens de communication a été approuvée par le comité de direction.
- L'intranet, lancé en 2009, a été amélioré et enregistre une hausse de 33 % des visiteurs uniques et de 110 % des pages vues par mois.
- Les sites Web du CHUS, du CRC et de la Fondation ont fait l'objet d'une refonte complète.
- Un réseau d'affichage intégré a été déployé, comptant plus de 90 babillards et présentoirs. Ce réseau permet de concentrer toute l'information dans des endroits bien situés, de garder notre environnement propre et agréable et de maximiser la visibilité de la signalisation et ainsi faciliter la circulation et l'orientation des visiteurs. Il peut être utilisé afin de promouvoir les activités et événements ou encore de diffuser des messages institutionnels ou d'information destinés à la clientèle ou au personnel.
- Afin de mieux informer la communauté hospitalofacultaire des vastes travaux de construction et d'aménagements qui auront lieu au cours des prochaines années au CHUS – Hôpital Fleurimont, tant du côté du CHUS, du CRCELB que de la FMSS, un nouvel outil a vu le jour :

5.2.23. La recherche et L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Un nouveau site Internet

Le CRCELB est fier de faire partie d'un regroupement unique au pays visant à mettre sur pied un site Internet où l'on retrouvera les projets de recherche clinique de quatre centres de recherche sherbrookois (DIEX Recherche, Q&T Recherche, le Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS et le CRCELB). Cette nouvelle plateforme Web constituera une carte de visite virtuelle où les industries biopharmaceutiques trouveront en un clic l'offre de service régionale.

Ce site se veut aussi un outil de sensibilisation et d'éducation populaire à l'égard de la recherche clinique. De fait, il fournira des informations pratiques en plus d'un répertoire facilement accessible des projets de recherche en cours dans la région. Enfin, cette vitrine facilitera le recrutement pour les projets de recherche clinique afin de faire avancer les connaissances en santé et améliorer les soins offerts à la population.

La recherche intégrée dans les soins

Des travaux visant à mieux intégrer la recherche dans les soins ont débuté. L'objectif poursuivi est d'identifier et de développer des pratiques exemplaires appliquées au quotidien des soins aux patients et d'accroître et soutenir les projets de recherche centré sur le patient. Un diagnostic complet sous une douzaine de dimensions a été réalisé afin de définir les problématiques et enjeux pour permettre de mieux arrimer les activités du CRCELB dans les soins. Des pistes de solutions ont été émises et seront validées et mises en œuvre au cours des prochains mois.

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS)

En 2011-2012, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHUS a apporté son soutien méthodologique à divers projets en plus de produire trois rapports d'évaluation et un addenda :

1. Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-De-l'Érable;
2. Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS les Eskers de l'Abitibi;
3. Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières;
4. Addenda : Évaluation sur l'opportunité d'utiliser le doppler Cook-Swartz au CHUS.

Afin d'optimiser ses services et de prioriser ses projets, l'équipe, qui a intégré deux nouveaux membres, a restructuré son processus de demande d'évaluation. Elle a également développé un tableau de bord de suivi des projets en cours. À la fin de l'année 2011-2012, l'UÉTMIS comptait une quinzaine de projets en cours, dont l'évaluation de l'efficacité des bains d'accouchement dans la gestion de la douleur, le recensement des connaissances en matière d'environnement guérissant, l'évaluation de la radiofréquence comme alternative à la chirurgie dans l'ablation des varices, l'évaluation de la technologie NarcoMedic®, l'évaluation de la technologie CGH et d'un incubateur muni de la technologie « time-lapse »dans le cadre de la clinique de procréation médicalement assistée, les interventions réalisées en salle d'angiographie et l'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité.

L'UETMIS du CHUS a largement rayonné cette année en implantant notamment une vigie qui transmet à la communauté hospitalière du CHUS l'information reliée aux activités d'ÉTMIS de tous les centres hospitaliers universitaires du Québec et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Elle a aussi mis sur pied un club de lecture scientifique. Elle a également publié deux articles dans des revues à comité de lecture et présenté six sujets lors de conférences au Québec et à travers le monde.

5.2.24. Les finances : l'équilibre budgétaire et les projets régionaux

Le budget

Le CHUS a atteint l'équilibre budgétaire en 2011-2012 avec un surplus de 400 K$ dans ses activités principales.

Les investissements immobiliers et équipements

Des investissements de 45 094 224 $ ont été effectués en équipements et travaux en 2011-2012. Outre les réaménagements à l'Hôtel-Dieu qui se sont chiffrés à 13,356 M$, les principaux travaux et aménagements ont été : le CRCELB (4,565 M$), les travaux au CHUS – Hôpital Fleurimont (1,817 M$), l'installation d'un accélérateur linéaire (2,118 M$), le maintien des actifs (1,535 M$), le projet éconergétique (901 K$) et la modernisation des ascenseurs (341 K$). Pour les équipements médicaux, le total des acquisitions se chiffre à 14 428 587 $ dont : un accélérateur linéaire (1,830 M$), le cyclotron (1,712 M$), le rehaussement de l'IRM (1,233 M$), le renouvellement du parc d'endoscope (1,159 M$), une salle de radioscopie numérique (884 K$) et une gamma caméra (878 K$). Les équipements informatiques et de communication ont aussi fait l'objet de 2,646 M$ d'investissements.

Les projets régionaux

Trois projets régionaux sont étudiés pour regrouper différentes activités de soutien des CSSS et du CHUS, dans le but notamment de réaliser des économies d'échelle par la réduction de frais administratifs (une exigence de la loi 100). Voici les secteurs concernés :

- *Activités de paie, rémunération et avantages sociaux :* dans le cadre du projet de regroupement des activités de paie, de rémunération et des avantages sociaux (le PRASE), les établissements, qui en feront partie, ont donné le mandat au CSSS-IUGS de regrouper leurs activités. Ce projet s'échelonnera jusqu'en 2014. À terme, ce nouveau service assurera la gestion de certaines activités en lien avec la rémunération et les avantages sociaux et traitera la paie de quelque 13 000 employés du CHUS, du CSSS-IUGS, du Centre de réadaptation de l'Estrie, du CSSS Haut-St-François, du CSSS Val-St-François, du CSSS de Memphrémagog, du CSSS de la MRC-de-Coaticook, du CSSS des Sources, du CSSS du Granit, du Centre Jeunesse Estrie, du CRDITED Estrie, du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, ainsi que de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Le CHUS participe activement aux travaux de planification du regroupement. Il faut prévoir le regroupement des employés concernés sous un même toit, à l'Édifice Murray, revoir l'organisation du travail et assurer la mise à niveau des outils technologiques. Les premières étapes du regroupement des activités auront lieu à l'automne 2012. D'ici là, les travaux de planification du regroupement se poursuivront, avec une attention particulière sur la façon dont les employés vivront ces transitions et au soutien qui leur sera apporté ainsi qu'à la qualité du service à la clientèle qui sera offert.

- *Projet régional d'optimisation des contrats de service des équipements médicaux :* le projet, conduit par le CHUS, consiste à regrouper la négociation de l'ensemble des contrats de service des équipements médicaux pour les établissements. On pourra ainsi générer des économies d'échelle appréciables. La vue d'ensemble régionale est maintenant documentée et de nouveaux mécanismes de négociation sont déjà mis en place.

- *Projet régional de logistique hospitalière :* dans le cadre des projets d'optimisation de la région de l'Estrie, la logistique hospitalière est appelée à contribuer de façon significative à la réduction des coûts d'opérations. En effet, en permettant à la région d'utiliser les infrastructures de distribution ainsi que de profiter du savoir-faire de l'équipe de la logistique hospitalière du CHUS afin de mettre en place un système d'approvisionnement efficace et efficient, ceci permettra à la région d'économiser de façon appréciable sur les coûts de fournitures médicales et libérer du temps de travail clinique pour s'occuper des patients. Le centre de distribution dessert déjà le CSSS du Val-St-François depuis 2007, ce qui lui a permis de profiter d'économies récurrentes au niveau des approvisionnements de l'ordre de 20 % tout en libérant du temps infirmier pour les soins. Nous avons entrepris en 2011 l'étude des besoins du CSSS de la MRC-de-Coaticook et du CSSS Haut-St-François. De plus, deux comités de standardisation des produits ont été formés, et des équipes sont à pied d'œuvre pour installer des utilités propres selon leur besoins dans ces deux CSSS.

5.3. L'examen des plaintes et à la promotion des droits des usagers

Le rapport annuel d'activités 2011-2012 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur a été présenté au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration du CHUS en juin 2012. Ce rapport fait le bilan annuel des activités liées au régime d'examen des plaintes et au respect des droits des usagers et expose les faits saillants relatifs au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance.

La promotion des droits des usagers a été assumée tout au cours de l'année de façon active par le comité des usagers et par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site internet du CHUS, auprès de la Direction des communications et des affaires publiques du CHUS ou du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

6. LES CONSEILS ET COMITES DE L'ETABLISSEMENT : FAITS SAILLANTS DES RAPPORTS ANNUELS

6.1. Le conseil d'administration

Avec la mise à jour de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en juin 2011, la composition du conseil d'administration a été modifiée en passant de 21 à 20 administrateurs. Le processus d'élection, de désignation, de nomination et de cooptation a été réalisé au cours de l'automne 2011 et s'est terminé en janvier 2012. Outre la nouvelle composition, modifiant les collèges électoraux, une notion de parité homme femme a été prise en considération. Aussi, pour les administrateurs cooptés, le comité de gouvernance a élaboré une liste de candidats potentiels selon un profil de compétence déterminé. Le 1er février 2012, un nouveau conseil d'administration est constitué, changeant plus de 50 % des administrateurs de l'ancien C.A.

Membres au 31 janvier 2012

Population

Madame Marjorie Goodfellow *(a quitté)*
Monsieur Daniel Leblanc

Comité des usagers

Madame Clarisse Codère *(a quitté)*
Monsieur René Richard *(a quitté)*

Université

Docteur Pierre Cossette
Madame Luce Samoisette
Docteur Julien Leblanc *(a quitté)*
Monsieur Richard Royer

Fondation

Monsieur Gilles Castonguay, vice-président
Monsieur Jacques Fortier, président

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Docteur Charles Orfali

Conseil des Infirmières et Infirmiers

Monsieur Claude Pouliot *(a quitté)*

Conseil multidisciplinaire

Madame Francine Gosselin-Adam *(a quitté)*

Directrice générale

Madame Patricia Gauthier, directrice générale et secrétaire

Personnel non clinique

Monsieur Jean Girard *(a quitté)*

Gouvernement

Monsieur André Lesage *(a quitté)*

Agence (Estrie)
Monsieur Gérard Lapierre *(a quitté)*
Maître Denis Paré *(a quitté)*

Cooptation
Monsieur Richard Millette
Madame Louise Ostiguy
Monsieur Robert Poupart *(a quitté)*

Voici la nouvelle composition au 1er février 2012 :

Population
Monsieur Mathieu Lemieux
Madame Christine Pomerleau

Comité des usagers
Madame Louise Gagnon-Hotte
Monsieur Denis Marceau

Université
Docteur Pierre Cossette
Madame Luce Samoisette

Fondation
Monsieur Gilles Castonguay, vice-président

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Docteur Charles Orfali

Conseil des Infirmières et Infirmiers
Madame Brigitte Pinsonneault

Conseil multidisciplinaire
Madame Julie Bélanger

Directrice générale
Madame Patricia Gauthier, directrice générale et secrétaire

Personnel non clinique
Madame Jocelyne Frenette

Agence (Estrie)
Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Richard Royer

Cooptation
Madame Annie Duriez
Monsieur Michael Goldbloom
Monsieur Daniel Leblanc
Monsieur Richard Millette
Madame Louise Ostiguy
Madame Lucie Pelletier

6.1.1. Mandat du conseil

Le conseil d'administration administre les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs sous réserve des dispositions prévues dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

6.1.2. Réunions du conseil d'administration et de ses comités

Considérant la fin du mandat du conseil d'administration au 31 janvier 2012, l'autoévaluation a été réalisée uniquement pour le conseil d'administration, et ce, en décembre 2011.

	Nombre de réunions	Taux de participation
Conseil d'administration	8	83 %
Comité administratif	6	78 %
Comité de gouvernance	7	89 %
Comité de vigilance et de la qualité	8	84 %
Comité de gestion des risques	9	78 %
Comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	10	83 %
Comité de la recherche du CRC Étienne-Le Bel	2	70 %
Comité des ressources humaines	3	89 %

6.2. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2012

Docteur Serge Lepage, président
Docteure Valérie Bédard, vice-présidente
Docteur Étienne de Médicis, secrétaire
Docteure Marie-Laure Collinge, conseillère
Docteure Catherine Paris, conseillère
Docteur Guy Lacombe, conseiller
Madame Vicky Lord, pharmacienne, conseillère
Docteur Marco Sirois, conseiller
Madame Patricia Gauthier, directrice générale
Docteur Stéphane Tremblay, directeur des services professionnels

L'exécutif du CMDP s'est réuni à dix reprises au cours de l'exercice. De plus, il y a eu quatre assemblées générales.

Il y a eu la création de quatre nouveaux services au Département de pédiatrie, soit :

- Service de chirurgie pédiatrique;
- Service de cardiologie pédiatrique;
- Service de gastroentérologie pédiatrique;
- Service d'hémato-oncologie pédiatrique.

Ainsi que quatre nouveaux services au Département d'obstétrique-gynécologie :

- Service de fertilité et d'endocrinologie de la reproduction;
- Service de médecine foeto-maternelle;
- Service d'obstétrique-gynécologie générale;
- Service de gynécologie oncologique.

De plus, il a approuvé plusieurs ordonnances collectives dans les secteurs de la médecine, de la clinique de planification des naissances et de l'urgence.

6.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2012
Monsieur Frédéric Grondin, président
Madame Francesca Nadeau, vice-présidente
Madame Raymonde Bouchard, secrétaire
Madame Adriana Elias, agente de communication

Depuis le dernier rapport annuel présenté au CA et à la Direction générale en octobre 2011, le CECII du CHUS tel que défini ci-dessus, s'est réuni à six reprises, de façon formelle, et une fois de façon informelle en raison de la rareté des ressources infirmières et de la difficulté de libération des effectifs et a tenu une assemblée générale annuelle le 7 novembre 2011.

Parmi les réalisations 2011-2012 :
- l'approbation de 6 ordonnances collectives, principalement pour le secteur de l'urgence;
- l'organisation et la réalisation d'une assemblée générale à l'automne 2011;
- la participation à quatre rencontres du comité de climat de travail;
- la participation à quatre rencontres du comité de gestion des risques;
- l'organisation et la réalisation de la semaine de l'infirmière ayant eu lieu dans la semaine du 7 mai 2012;
- la création d'une page Facebook/ CII CHUS réunissant 62 membres à ce jour;
- des recommandations à la DSI concernant un désir d'être davantage impliqué en ce qui concerne l'inspection professionnelle de l'OIIQ.

6.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2012
Madame Suzanne K. Bédard, présidente
Monsieur Jean-François Duval, vice-président
Monsieur Éric Labrecque, trésorier
Madame Francine Gosselin-Adam, représentante au conseil d'administration
Madame Isabelle Beauchemin
Madame Julie Caya
Madame Carolyne Chartier
Madame Marise Houle
Madame Jennifer St-Laurent

Membres d'office:
Madame Patricia Gauthier, directrice générale
Madame Sylvie Gatien, directrice adjointe de la Direction interdisciplinaire des services cliniques

Au cours de l'exercice, l'exécutif du CM s'est réuni à sept reprises. L'exécutif a aussi tenu une rencontre extraordinaire afin de réfléchir sur ses orientations. Il a formulé un avis favorable au conseil d'administration et à la Direction générale concernant la mission, la vision et les valeurs à l'intérieur de la planification stratégique du CHUS 2012-2015.

Les 28 et 30 mars 2012, s'est tenue l'assemblée générale annuelle du CM dans les deux établissements du CHUS. Le rapport annuel a été déposé et adopté par les membres présents. À cette occasion, l'exécutif du CM a honoré certains membres par des prix de reconnaissance.

Il est à noter que les membres du conseil multidisciplinaire sont très actifs au sein de différents comités de l'établissement.

6.5. Le comité des usagers

Membres du comité au 31 mars 2012
Monsieur Denis Marceau, président
Madame Louise Gagnon Hotte, vice-présidente
Monsieur Yoland Chalifoux, secrétaire-trésorier
Madame Ruth Atto
Madame Debbie Bishop
Monsieur Normand Chailler
Madame Isabelle Doyon
Madame Ouida Moliner
Madame Pierrette Dupont
Monsieur René Richard
Monsieur Pierre-Jacques Roy

Au cours de l'exercice 2011-2012, le comité des usagers s'est réuni à neuf reprises. De plus, il a tenu une assemblée générale à laquelle Me Jean-Pierre Ménard a été invité à titre de conférencier pour élaborer sur le respect des droits des usagers.

Parmi les réalisations de l'exercice, notons les suivantes :

- l'installation de boîtes de commentaires dans les deux hôpitaux pour inviter les patients à transmettre leurs commentaires;
- la distribution du nouveau dépliant du comité des usagers de même que les documents liés aux droits des usagers dans les présentoirs;
- la participation du président, avec l'Agence régionale, au sous-comité de la Semaine régionale de promotion des droits des usagers (du 23 au 29 octobre 2011). Un cahier spécial dans La Tribune (8 pages) a vu le jour;
- l'obtention d'une subvention de 10 000 $ du Fonds Brigitte-Perreault afin de développer un outil de communication, soit des écrans électroniques dans les deux hôpitaux, *pour mieux informer les patients aux urgences du CHUS,* et faire la promotion du comité.

Quelque 153 demandes ont été répondues auprès des usagers (assistance, plainte, etc.) comparativement à 93 l'an dernier.

En conclusion, le comité des usagers est très actif, engagé et poursuivra sa lancée. Son souci constant est la défense des droits des usagers afin que ceux-ci bénéficient de soins auxquels ils ont droit et des services de qualité. Avec la venue du nouveau dépliant, le comité sera en mesure d'accentuer son existence auprès de la population afin de mieux la servir et la satisfaire.

6.6. Le comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité au 31 décembre 2011

Monsieur Gilles Castonguay, président, membre du conseil d'administration
Madame Clarisse Codère, membre du conseil d'administration
Madame Marjorie Goodfellow, membre du conseil d'administration
Madame Patricia Gauthier, directrice générale
Madame Karine Lachance, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services intérimaire
Personne-ressource : Madame Linda Hubert, directrice de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance

Du 1er avril au 31 décembre 2011, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à 5 reprises. En janvier 2012, le CHUS a procédé à un processus d'élections pour nommer les membres qui composeront le nouveau conseil d'administration. Par la suite, ces derniers ont désigné 3 membres qui feront partie du comité de vigilance et de la qualité. Ils n'ont pas tenu de réunion avant la fin de l'année fiscale 2011-2012.

Le comité a poursuivi ses démarches avec ses trois priorités annuelles :

<u>Assurer le suivi des recommandations de l'Agrément 2010 et des plans d'action des équipes d'amélioration continue de la qualité</u> :
Les membres ont reçu l'information concernant les bilans des suivis à la visite, les suivis sur les pratiques organisationnelles requises et l'évolution des plans d'action des équipes d'amélioration de la qualité. Le CVQ a approuvé les rapports de suivis.
Plus particulièrement cette année, le comité de vigilance a pris connaissance du plan d'action des laboratoires visant à mettre en place des contrôles de qualité internes et d'adhérer à des contrôles de qualité externes afin d'assurer et d'évaluer la qualité de leurs services.

<u>Assurer le suivi et l'intégration des recommandations organisationnelles des différentes instances en matière de qualité et sécurité des soins et services aux patients et recommander les priorités d'action au conseil d'administration</u> :

- Comité de gestion des risques;
- Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- Comité des usagers;
- Évaluation de l'expérience des patients;
- Comité d'accessibilité aux services en langue anglaise;
- Conseils professionnels;
- Instances externes (ordres professionnels, coroners, recours collectif, etc.).

Les membres ont traité des dossiers suivants :

- Le cadre de référence pour une gestion intégrée de la qualité. Il s'agit d'une des recommandations de la visite 2010 d'Agrément Canada. Il a pour but de développer une approche d'amélioration continue de la qualité qui contribue étroitement à la performance du CHUS;
- Le document de travail sur le programme régional d'accessibilité aux services en langue anglaise 2011-2014;
- Les objectifs 2011-2012 et le rapport annuel du comité de gestion des risques;
- Les travaux pour assurer la conformité aux recommandations découlant de la visite d'inspection de Santé Canada du programme de greffe rénale sur donneurs vivants;
- Des inspections de la Commission Canadienne de la Sûreté nucléaire : six rapports d'inspection ont été reçus totalisant 5 recommandations mineures et une sur les traitements à l'iode radioactif. Pour cette dernière, un registre sera créé afin de permettre d'indiquer et de spécifier quel membre du personnel et/ou résident a donné un traitement iode radioactif;
- Les rapports trimestriels et le rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHUS;
- Les résultats et recommandations des enquêtes menées par le Protecteur du citoyen dans notre établissement;
- Le rapport annuel et les recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- La section qualité du rapport annuel 2010-2011 de l'Agence de la santé de l'Estrie;
- Les objectifs 2012 du groupe d'orientation de l'expérience des patients, particulièrement l'a conception d'un aide-mémoire au congé;
- Le rapport annuel du comité de protection des renseignements personnels et de sécurité (CPRPS).

Le CVQ a également assuré le suivi du recrutement d'une nouvelle commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

<u>S'assurer de l'élaboration d'un processus systématique pour gérer les risques auxquels l'établissement est exposé.</u>

Ce dossier n'a pas évolué en 2011-2012. En 2012-2013, le CVQ devra arrimer les travaux avec le comité de vérification et suivi budgétaire qui suite à la révision de la LSSSS est désormais responsable de « *s'assurer que soit appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement* »

6.6.1. Recommandations du comité de vigilance et de la qualité :

Le comité de vigilance et de la qualité a recommandé au conseil d'administration :

En provenance du comité de prévention des infections :

- D'approuver les modifications à la structure de la prévention des infections : que l'équipe de prévention des infections devienne un service de prévention et de contrôle des infections, qu'il ait le pouvoir d'agir transversalement selon son champ d'expertise, que la direction lui accorde une autorité fonctionnelle et que le comité de prévention des infections relève de la Direction générale;

- D'approuver la révision du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCIN) avec la mention que le processus de divulgation des infections nosocomiales doit être clarifié au plus tard pour juin 2012.

En provenance du comité d'accessibilité aux services en langue anglaise :

- De mandater la Direction de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance (DQPEP) afin d'évaluer les impacts pour le CHUS d'obtenir le statut d'établissement « désigné ». Après vérification auprès de l'Agence, dans l'état actuel de la règlementation, le CHUS ne répond pas aux critères pour modifier sa désignation;
- D'approuver la modification au programme régional d'accessibilité en langue anglaise afin que la liste exhaustive des services garantis au CHUS soit remplacé par la mention « tous les services »;
- D'approuver le plan d'action 2011-2012 du comité local d'accessibilité en langue anglaise.

6.7. Le comité de gestion des risques

Membres du comité au 31 mars 2012

Docteur Jean-François Lajoie, président du comité central d'évaluation de l'acte
Madame Maryse Berthiaume, Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel
Madame Josée Vachon, comité de prévention des infections
Monsieur Réal Caouette, usager
Docteur Claude Cyr, Faculté de médecine et des sciences de la santé
Docteure Stéphanie Désilets, résidente
Monsieur Miguel Esmeral, Service de génie biomédical
Madame Sylvie Gatien, Direction interdisciplinaire des services cliniques
Madame Linda Hubert, Direction de la qualité, planification, évaluation et performance
Madame Cécile Lafrenière, gestionnaire de risques
Madame Colette Lavoie, usagère
Docteure Valérie Leblanc, conseil des médecins, dentistes et pharmacie
Monsieur Renald Lemieux, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions
Monsieur Frédéric Grondin, conseil des infirmiers et infirmières
Monsieur Serge Maltais, Département de pharmacie
Madame Diane Girard, conseil multidisciplinaire
Madame Christiane Pomerleau, conseil d'administration
Madame Josée Maurice, chef de sécurité civile et planification des mesures d'urgence

Le comité a tenu huit rencontres avec ses comités partenaires – réalisations, enjeux et objectifs : comité de planification de la sécurité civile et des mesures d'urgence (CPSCMU), comité de prévention des infections, comité de sécurité pharmacothérapeutique, gestion de la sécurité transfusionnelle, gestion des équipements médicaux.

Il a assuré le suivi des dossiers :

- Bilan des incidents et accidents et registre national;
- Statistiques en matière de prévention des infections et les rapports de l'INSPQ bactériémies;
- deux analyses de causes souches (code orange et fugue);
- Évènements sentinelles.

Les membres ont été informés de l'évolution ou de la prise en charge de différents dossiers visant à assurer la prestation sécuritaire des soins :

- Pompes intelligentes;
- Cadre de référence pour une gestion intégrée de la qualité;
- Audit d'incidence et de prévalence des soins de plaies;
- Certification par Santé Canada du programme de greffe rénale sur donneurs vivants.

Recommandations au comité de vigilance et de la qualité ou aux groupes partenaires :

- Compléter le code d'interventions d'urgence auprès des visiteurs et employés du CHUS et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé;
- Mieux définir le fonctionnement du CPSCMU et connaître nos vulnérabilités en matière de sécurité (immeubles, incendies, matières dangereuses,etc.);
- Terminer la production de rapport du programme d'entretien préventif des équipements pour tous les services et la production d'indicateurs pour le C.A.;
- En matière de sécurité pharmacothérapeutique, mieux cibler les actions en lien direct avec les rapports d'incident et accident, favoriser des études de dossiers pour obtenir un portrait plus global de la sécurité pharmacothérapeutique, poursuivre les actions pour développer les indicateurs de résultats;
- Compléter le processus de divulgation pour les accidents transfusionnels, les soins de plaies et les infections nosocomiales;
- Approuver le programme de prévention des infections en portant une attention particulière à la mise en place d'un processus plus structuré de divulgation.

Les principaux risques d'incidents/accidents

Incidents/accidents déclarés au formulaire AH-223

	2010-2011	**2011-2012**
Médicaments	2 762	2 861
Chutes	1 282	1 417
Autres	2 270	2 177
Total	**6 314**	**6 455**

Le taux de déclaration des unités de soins par 1000 jours-présences a été de 20,73. Soulignons que les unités de soins représentent 75 % des déclarations, d'où l'intérêt de suivre l'évolution de cet indicateur.

Le rapport complet est disponible sur le site Internet du CHUS.

Rapport de coroners

Nous n'avons reçu aucun rapport de coroners pour suivi au cours de l'année. En avril 2012, une enquête publique a eu lieu concernant l'administration de médicament par pompe intrathécale suite à un décès survenu au CHUS en 2008. Le rapport reçu confirme que le décès était d'origine naturelle.

7. LES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2012

	Exercice Courant 1	Exercice précédent 2
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre		
Temps complet, nombre de personnes	139	134
Temps partiel		
Nombre de personnes	4	3
Équivalents temps complet	3	1
Personnel régulier		
Temps complet, nombre de personnes	2 599	2 531
Temps partiel		
Nombre de personnes	1 277	1 290
Équivalents temps complet	718	719
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 324 543	2 150 657
Équivalents temps complet	1 272	1 177

7.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2012

Les effectifs médicaux (membres actifs et associés) détenant des statuts et privilèges au sein du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens se répartissent comme suit :

	2011-2012	2010-2011
Spécialistes	436	440
Omnipraticiens	121	129
Pharmaciens	57	53
Total :	**614**	**622**

8. ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2012 ET ANALYSE DES RESULTATS DES OPERATIONS

8.1. État des résultats au 31 mars 2012

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	TOTAL
	$	$	$	$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	366 885 866	23 009 825	389 895 691	360 561 392
Contributions des usagers	8 555 272		8 555 272	8 399 658
Ventes de services et recouvrements	11 111 973		11 111 973	12 996 971
Donations	1 065 720	1 055 072	2 120 792	4 574 059
Autres revenus	54 979 522	3 097 696	58 077 218	50 288 717
TOTAL DES REVENUS	442 598 353	27 162 593	469 760 946	436 820 797
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	313 669 257		313 669 257	284 602 394
Médicaments	20 684 271		20 684 271	22 140 254
Produits sanguins	9 981 589		9 981 589	9 787 405
Fournitures médicales et chirurgicales	40 463 845		40 463 845	38 857 919
Frais financiers	675 643	7 965 662	8 641 305	7 692 021
Entretien et réparations	6 475 745		6 475 745	7 379 329
Amortissement des immobilisations		18 809 070	18 809 070	17 705 516
Autres charges	51 624 928	412 296	52 037 224	53 137 499
TOTAL DES CHARGES	443 575 278	27 187 028	470 762 306	441 302 337
DÉFICIT DE L'EXERCICE AVANT TRANSFERTS	(976 925)	(24 435)	(1 001 360)	(4 481 540)
Transferts interfonds	(3 218 742)	3 218 742		
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(4 195 667)	3 194 307	(1 001 360)	(4 481 540)

8.2. État de la situation financière au 31 mars 2012

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	TOTAL
	$	$	$	$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	1 407 529	9 243 247	10 650 776	10 218 410
Débiteurs - Agence et MSSS	43 410 876	1 752 529	45 163 405	40 796 614
Autres débiteurs	9 852 827	3 757 865	13 610 692	12 828 470
Créances interfonds (dettes)	3 957 192	(3 957 192)		
Subv. à rec. - réforme comptable	28 521 281	52 500 370	81 021 651	74 953 575
Frais reportés liés aux dettes		693 333	693 333	384 647
Autres éléments	1 282 524		1 282 524	1 608 379
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	88 432 229	63 990 152	152 422 381	140 790 095
PASSIFS				
Emprunts temporaires	26 000 000	21 837 179	47 837 179	91 614 742
Autres créditeurs	79 934 075	4 906 025	84 840 100	76 523 162
Avance de fonds agence - env. déc		15 215 078	15 215 078	11 322 950
Intérêts courus à payer	4 274	2 019 058	2 023 332	1 731 276
Revenus reportés	15 276 653	27 189 590	42 466 243	39 725 228
Dettes à long terme		231 827 935	231 827 935	163 612 866
Autres éléments	665 969		665 969	574 398
TOTAL DES PASSIFS	121 880 971	302 994 865	424 875 836	385 104 622
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(33 448 742)	(239 004 713)	(272 453 455)	(244 314 527)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		242 649 240	242 649 240	216 395 363
Stocks de fournitures	10 284 181		10 284 181	9 436 643
Frais payés d'avance	1 678 305		1 678 305	1 642 152
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	11 962 486	242 649 240	254 611 726	227 474 158
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(21 486 256)	3 644 527	(17 841 729)	(16 840 369)

8.3. Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements

Membres du comité au 31 janvier 2012

Monsieur André Lesage, président
Monsieur Daniel Leblanc, administrateur
Monsieur Richard Millette, administrateur
Monsieur Françis Gagnon, membre observateur
Personne-ressource : Monsieur Yvon Paris, directeur des ressources financières et des services techniques

Au cours de l'exercice 2011-2012, le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements s'est réuni à dix reprises.

Outre les fonctions de vérification des états financiers de l'établissement, le comité joue un rôle crucial dans le maintien d'une saine gestion des finances et des ressources. Il a, entre autres, assuré le suivi et fait des recommandations au conseil d'administration pour les dossiers suivants :

- la nomination et la prolongation du mandat des auditeurs externes;
- les ententes de gestion et d'imputabilité;
- le réaménagement de l'unité d'oncologie pédiatrique;
- le rehaussement de la réserve des ordres de changement du PARHD;
- l'audit de maturité organisationnelle en gestion de projets, dont les résultats ont fait l'objet d'une présentation au C.A. de septembre 2011;
- la procréation médicalement assistée;
- le projet d'efficacité énergétique en mode ESE;
- l'acquisition et l'installation d'un IRM 3T au CRCÉLB;

Une attention particulière a été portée afin de bien attacher financièrement chacun des projets, de les faire autoriser au bon niveau de décision, d'en évaluer les coûts récurrents et de les inclure dans les exercices budgétaires futurs. Les principaux projets qui ont fait l'objet d'un suivi par le comité sont :

- le remplacement de deux accélérateurs linéaires au CHUS – Hôpital Fleurimont;
- l'acquisition et l'installation du nouveau cyclotron au CRCÉLB;
- le remplacement d'un équipement de radiographie numérique au CHUS – Hôpital Fleurimont;
- le spectromètre de masse en biologie médicale.

De plus, monsieur Daniel Leblanc, membre du comité, a présenté les résultats financiers de l'établissement lors de la séance publique d'information du 15 octobre 2011.

En terminant, le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements participe activement à l'amélioration de l'optimisation des ressources.

8.4. Principales données opérationnelles

	Exercice courant	Exercice précédent	Variation Nombre	Variation %
Hospitalisations - admissions	31 279	31 735	-456	-1,44%
Jours-présence	228 900	233 740	-4 840	-2,07%
Durée moyenne de séjour				
soins généraux et spécialisés- adultes	7,46	7,50	-0,04	-0,53%
pédiatrie	3,80	4,25	-0,45	-10,59%
soins psychiatriques	22,93	24,78	-1,85	-7,47%
natalité - séjour de la mère	2,76	2,83	-0,07	-2,47%
natalité - séjour de l'enfant	3,80	3,92	-0,12	-3,06%
Médecine de jour - usagers	17 470	17 152	318	1,85%
Bloc opératoire - usagers				
hospitalisés	8 738	9 203	-465	-5,05%
ambulatoire	5 965	5 601	364	6,50%
chirurgie d'un jour	11 569	11 674	-105	-0,90%
TOTAL :	26 272	26 478	-206	-0,78%
Urgence				
visites	89 289	87 264	2 025	2,32%
patients sur civières	47 322	46 705	617	1,32%
ambulances	18 822	18 571	251	1,35%
Consultations externes				
santé physique - visites	220 728	213 558	7 170	3,36%
santé mentale - usagers	4 540	4 317	223	5,17%
Centres d'activités diagnostiques et thérapeutiques - accroissement de volume d'activités				
Médecine de jour - jours-soins	30 945	28 591	2 354	8,23%
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle - UTP	534 245	501 795	32 450	6,47%
Services externes en psychiatrie - usagers	4 540	4 317	223	5,17%
Inhalothérapie - UTP	4 075 877	3 880 413	195 464	5,04%
Électrophysiologie - UTP	2 365 741	2 288 654	77 087	3,37%
Consultations externes - visites	220 728	213 558	7 170	3,36%
Urgence - visites	89 289	87 264	2 025	2,32%
Centres d'activités - réduction de volumes d'activités				
Dialyse rénale - traitements	29 585	34 068	-4 483	-13,16%
Hémato-oncologie- traitements	11 226	11 802	-576	-4,88%
Bloc opératoire - heures-présence	36 235	37 459	-1 224	-3,27%
Chirurgie d'un jour - usagers	11 792	12 044	-252	-2,09%
Jours-présence	228 900	233 740	-4 840	-2,07%

8.5. Intérêt économique dans un organisme

La Fondation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke inc. (la Fondation), constituée selon la partie III de la Loi sur les compagnies (Québec), a pour objet de recueillir les contributions versées en faveur de notre établissement. Durant l'exercice, l'établissement a obtenu des dons de la Fondation pour un montant de 5 098 234 $ (équipements : 4 037 746 $, recherche : 893 961 $, soins médicaux : 166 527 $). Au 31 mars 2012, on retrouve un montant de 1 138 874 $ à recevoir de la Fondation au niveau du fonds d'immobilisations.

De même, l'établissement a facturé à la Fondation un montant total de 1 181 482 $ pour différents services. Au 31 mars 2012, on retrouve un montant de 239 408 $ à recevoir.

8.6. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

En vertu de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, le conseil d'administration du CHUS a adopté, en date du 12 mars 1998, un « Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration ». Celui-ci a été révisé le 15 décembre 2010 (voir annexe 4).

Au cours de l'exercice 2011-2012, aucun cas de manquement n'a été constaté par les instances disciplinaires.

ANNEXE 1 - SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE

ANNEXE 2 - TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

REDDITION DE COMPTES

2011-2012

31 mars 2012

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de (nom de l'établissement) :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signé à Sherbrooke le 14 mai 2012

Nom : Mme Patricia Gauthier

Titre : Directeur/trice général(e)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer***

Objectifs de résultats	2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.39 – Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	N/D	100%	N/D

Commentaires
L'indicateur 1.09.39 n'a pas été suivi en 2011-2012.

Nom :	**Date :**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance***

Objectifs de résultats	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.08.06 – Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	7,8	32,0	24.1
1.08.05 – Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	19,7	0,0	8.1

Commentaires

1.8.5 Le nombre de places en soutien variable a diminué pour l'année 2011-2012. Nous sommes à compléter le transfert des patients vers la première ligne.

1.8.6 Le nombre de places en suivi intensif a augmenté au cours de la présente année. Nous sommes à bâtir notre équipe en suivi intensif. Depuis le 24 janvier 2011, il y a eu une prise en charge de la clientèle de Sherbrooke. Un bilan a été déposé à la fin juin. Une proposition de modèle de prise en charge régionale a été proposée après le dépôt du bilan au comité directeur santé mentale.

Nom : Johanne Simard	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Adaptation des services***

Objectifs de résultats	2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
1.03.07 – Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	N/A	

Commentaires	
Nom :	**Date :**

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Médecine et chirurgie***

Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.20.01 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90%	100%	90%
1.09.20.02 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	86%	100%	86%
1.09.20.03 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98%	100%	98%
1.09.20.04 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	90%	90%	91%
1.09.20.05 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	93%	90%	89%

Commentaires

Globalement, on réussit à maintenir les délais de priorisation des personnes inscrites au mécanisme central d'accès aux chirurgies dans un délai de 1 à 6 mois, et ce, avec la situation qui prévaut actuellement au bloc opératoire (pénurie de ressources, diminution de priorités opératoires, etc.).

Un plan d'action a été élaboré à l'automne 2011 pour favoriser l'accessibilité au bloc opératoire et contrer la pénurie de main-d'œuvre. Ce plan d'action s'actualise graduellement pour l'année 2012-2013.

Nom : Bruno Lavoie	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Médecine et chirurgie***

Objectifs de résultats	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.09.08 – Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A	98%	100%	94%
1.09.08 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B	89%	90%	87%
1.09.09 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis chirurgie cardiaque – Catégorie A	95%	100%	75%
1.09.09 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis chirurgie cardiaque – Catégorie B	73%	90%	35%
1.09.10 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis électrophysiologie – Catégorie A	93%	100%	100%
1.09.10 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis électrophysiologie – Catégorie B	27%	60%	52%
1.09.07 – Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,9%	97,0%	99,4%
1.09.33.01 – Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	54%	90%	46%

Commentaires (objectifs 3.1.4 et 3.1.5)
Pour les chirurgies cardiaques, nous avons tenté de prioriser les priorités 1 et 2. Par contre, la disponibilité des ressources (perfusionnistes, anesthésistes, infirmières) et l'ensemble des spécialités chirurgicales, pour lesquels nous devons assurer l'accessibilité, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques. Pour minimiser les effets sur la clientèle, nous avons dû développer un corridor de service avec d'autres établissements afin d'y référer des patients. De plus, nous avons effectué une entente avec l'institut de cardiologie de Montréal pour un prêt de service d'un perfusionniste. Concernant l'indicateur 1.09.07- proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie, en 2011-2012 le suivi des délais s'est poursuivi de façon rigoureuse. Le temps supplémentaire et la réorganisation constante du service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir le taux d'accès à 100 %. Pour la chirurgie oncologique : • Nous avons une augmentation de 15.4 % pour les chirurgies réalisées. • Nous recevons en moyenne 109 nouvelles demandes de chirurgie oncologique par période. • Nous traitons en moyenne 112 patients en chirurgie oncologique par période (en 2010-2011 la moyenne était de 99 patients). On constate une augmentation de l'accessibilité pour cette clientèle malgré nos difficultés à respecter le délai < 28 jours. Éléments à considérer : • Les difficultés au niveau des ressources humaines dans le bloc. • Ajout de 2 salles avec anesthésie prévues au printemps 2013 (plan action bloc opératoire). L'arrimage et l'équilibre de l'atteinte des cibles aux mécanismes d'accès central aux chirurgies et celles de la chirurgie oncologique.

Nom : Linda Cormier / Josée Dion / Bruno Lavoie	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Urgences***

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (pour un problème de santé mentale) * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.08.07 – Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	32,4	<18,0	26,1
1.08.08 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	22,9%	0,0%	16.3%
1.08.81 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	44,0%	<15,0%	37.1%

Commentaires

La durée moyenne de séjour des patients sur civière en santé mentale a diminué comparativement à l'an dernier, passant de 32.4 à 26,1.

En 2011-2012, il y avait en moyenne 8 patients dans nos lits dressés en attente de transfert vers une ressource d'hébergement, comparativement à l'an dernier ce nombre était de 11.

En lien avec le plan 2011-2012 de désengorgement du secteur de santé mentale, les actions qui ont été mises en œuvre afin de diminuer le délai des patients sur civière sont les suivantes : révision du cadre de référence sur la responsabilité de la gestion des lits, révision du processus avec l'urgence générale, liaison entre le secteur santé mentale et les ressources de crises, élaboration de la trajectoire de services, travaux sur la relocalisation des patients en attente, mécanisme de liaison avec les CSSS et implantation du service de suivi intensif dans la communauté.

Nom : Johanne Simard	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Urgences***

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.09.31 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	15,8%	<13,0%	16.7%
1.09.03 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,8%	<1,0%	3.1%
1.09.01 – Séjour moyen sur civière	13,4	<11,0	13.6

Commentaires

En 2011-2012, le séjour moyen global sur civière dans les urgences est demeuré similaire comparativement à 2010-2011, passant de 13.4 à 13.6.

L'implantation de la nouvelle codification a eu lieu en mai 2011. Depuis la nouvelle codification nous observons les effets suivants :

	2010-2011	2011-2012	Variation en %
• Cote de triage 1	333	398	+ 19.5%
• Cote de triage 2	1919	5503	+187%
• Cotes de triage 3	26 077	32 221	+ 24%
• cotes de triage 4	45 041	40 142	- 11%
• cotes de triage 5	13 547	10 665	- 21%

Ce nombre de patients avec des cotes de triage considérées plus urgentes exerce une pression supplémentaire sur le personnel médical et infirmier puisque nous devons assurer une réévaluation et des soins à une plus grande fréquence (problématiques de santé aigües).

Il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin, dans le but de désengorger les urgences.

Le 14 décembre 2011, il y a eu implantation graduelle de la réorientation des patients vers une "clinique-réseau-CMU". Nous avons la possibilité de référer 96 patients par semaine de gravité 4 et 5. À la période 13, nous avons référé 253 patients vers cette clinique. Malgré ces résultats, nous continuons à sensibiliser notre personnel à diriger les patients vers la clinique réseau.

Nom : Luc Lizotte	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Urgences***

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (personne de 75 ans et plus) * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.09.02 – Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,8	<11,0	16.0
1.09.04 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,7%	<1,5%	3.3%
1.09.41 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	21,0%	<15,0%	23.6%

Commentaires

Des efforts sont faits au quotidien pour améliorer la durée de séjour de nos patients et plus particulièrement, cette clientèle âgée prise avec diverses problématiques. Cette clientèle âgée requiert plusieurs demandes de consultation et d'examens diagnostiques.

Dans le but de diminuer le pourcentage de séjour sur civière de cette clientèle, depuis l'automne 2011, nous avons ajouté une travailleuse sociale. Son rôle étant d'assurer une prise en charge rapide pour réorienter cette clientèle vers la première ligne, assurer une communication avec les gestionnaires de cas et s'il y a lieu mettre en place les outils nécessaires, les soins requis pour un retour à domicile.

Grâce à nos partenaires, de nouveaux mécanismes ont été mis en place afin d'y référer des patients de l'urgence vers les établissements de convalescence.

Nous avons le souci constant de poursuivre nos efforts afin d'optimiser nos pratiques.

Nom : Luc Lizotte	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Santé mentale***

Objectifs de résultats	3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : ▪ aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours ▪ aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.08.12 – Pourcentage d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de 2e – 3e lignes ont débuté à l'intérieur de 60 jours	N/D	90%	N/D

Commentaires	
L'indicateur 1.08.12 n'a pas été suivi en 2011-2012.	
Nom :	**Date :**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Références aux services médicaux spécialisés***

Objectifs de résultats	3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
1.09.38 – mise en place d'un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille		

Commentaires
Non- applicable, reporté en 2012-2013

Nom :	**Date :**

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Contrôle des infections nosocomiales***

Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.01.19 – Pourcentage des taux d'infections nosocomiales inférieures ou égaux aux taux établis	100%	100%	100%

Commentaires

DACD : Pour Hôtel-Dieu : taux de 4.1/10 000 patients-jours
Pour Fleurimont : taux de 2.4/10 000 patients-jours

Donc, taux inférieur à l'an passé et cible atteinte. Il n'y a pas eu d'éclosion majeure. Une seule à Fleurimont et une à Hôtel-Dieu.

SARM : Pour Hôtel-Dieu : taux de 0 / 10 000 patients-jours
Pour Fleurimont : taux de 0 / 10 000 patients-jours

Les taux des bactériémies à SARM sont excellents sur les deux sites. Nous avons parfois des bactériémies à autres pathogènes, mais tellement peu à SARM que les ratios, calculés sur 10 000 patients –jours nous ramènent à un taux global de zéro.

BACC : Pour Hôtel-Dieu : Mixte : taux de 0 / 1000 jours-cathéter
Pour Fleurimont : Chirurgicale : taux de 0.39 / 1000 jours-cathéter
Pour Fleurimont : Médicale : taux de 0.63 / 1000 jours-cathéter
Pour Fleurimont : Néonatale : taux de 1.28 / 1000 jours-cathéter

Pour les bactériémies sur cathéter, nos procédures d'insertion et d'entretien des cathéters sont suivies rigoureusement et révisées fréquemment afin de s'assurer d'être à jour dans les recommandations, tant au niveau des normes en liens avec les antiseptiques qu'au niveau des types de cathéters.

Nom : Josée Vachon	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***

Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
3.08 – Pourcentage d'établissements et d'Agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisée	
3.09 – Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation de travail	Réalisée	

Commentaires

3.08 : Le plan de main d'œuvre 2011-2012 a été réalisé, une mise à jour annuelle est prévue et pour les titres d'emploi infirmières et infirmières auxiliaires cette mise à jour est faite deux fois par année. Les plans de recrutement externes et les stratégies de mouvements internes sont ajustés selon la PMO.

3.09: Démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

OBJECTIF POURSUIVI :

- Réduire les impacts de la rareté de main-d'œuvre sur l'accessibilité des soins et des services tout en maintenant la qualité des soins.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- Transformer les postes en rareté vers des titres d'emploi qui ne le sont pas et ainsi augmenter le pourcentage de titularisation globale ;
- Favoriser un modèle d'organisation du travail en équipe afin d'optimiser les compétences de chacun des titres d'emploi;
- Favoriser une vision transversale de la situation des ressources et de l'organisation des soins et du travail auprès des gestionnaires et des employés;
- Avoir une démarche participative auprès des employés;
- Soutenir l'appropriation de ces nouvelles façons de faire;
- Développer certains projets transversaux qui soutiennent le contexte de rareté de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi.

MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURE DE PROJET :

- Comité de vigie
- Comité de pilotage
- Comité de travail
- Soutien à l'implantation et à la pérennisation du changement

RÉSULTATS POUR LES RÉORGANISATIONS DES UNITÉS DE SOINS

Unités de cardiologie : 9e C et 10e C
Unités de chirurgie : 8e C , 6e A , 3e A
Unités de médecine : 5e A , 5e C , 6e B , 6e C
Unité d'oncologie : 7e C
Unité maternité, pédiatrie, néonatologie
Unité santé mentale : 10e et 9e
Urgence santé mentale
Cliniques externes HF

Au global, 17 unités de soins différentes ont réalisées une démarche de réorganisation du travail ce qui a nécessité l'implication de plus de 40 équipes de soins.

Ces travaux ont contribué à maintenir l'accessibilité aux soins et services en diminuant la pression sur les ressources infirmières par une diminution du requis quotidien de 36 infirmières. (74 personnes) Simultanément, plusieurs postes d'infirmières auxiliaires et d'éducateurs spécialisés ont été créés afin de maintenir des soins sécuritaires aux patients.
Quelques postes d'agentes administratives et de préposés aux bénéficiaires ont aussi été créés. Cela nous a permis de se questionner sur la valeur ajoutée de chacun des titres d'emploi et nous a permis d'optimiser le rôle de chacun incluant celui de l'infirmière afin de la dégager des activités techniques pour qu'elle puisse mieux jouer son rôle d'évaluation.

AUTRES PROJETS D'ORGANISATION DU TRAVAIL :

- Répartition des tâches entre le secteur des soins, l'hygiène et salubrité et le STAU (Centrale des transports des patients)
- Clarification de la trajectoire du patient ayant une problématique santé mentale aux urgences
- Trajectoire du patient ayant une chirurgie d'un jour la fin de semaine
- Préparation de l'héparine s/c par la pharmacie

RÉSULTATS GLOBAUX :

- Maintien de l'accessibilité;
- Maintien et amélioration du climat de travail (six mois après la réorganisation);
- Maintien de la qualité et amélioration à plusieurs endroits;
- Le personnel des 40 équipes de soins a été formé sur les rôles et responsabilités des
- Différents intervenants composant l'équipe de soins;
- Formation sur le modèle coordonné (travail d'équipe);
- Renforcement de l'utilisation du PTI;
- Vision transversale plus cohérente avec les enjeux RH;
- Collaboration inter programme dans plusieurs projets (pharmacie/unités de soins, santé mentale et STAU, pharmacie/santé mentale; STAU/Hygiène et salubrité/unité soins; unité de soins et services diagnostiques);
- Collaboration inter établissement (projet CSSS-IUGS - CPC).

Contrepartie

- Difficultés de faire face à une absence d'infirmière, car il n'y a plus de marge de manœuvre dans la plupart des services pour substituer un besoin infirmière vers un autre titre d'emploi.

CONCLUSION

Plusieurs projets ont été faits et dans la majorité de ces derniers, ils restent du travail à faire au niveau de la pérennisation du changement. Les équipes doivent poursuivre l'amélioration continue des projets, car notre organisation est en constante évolution. Les pratiques doivent être questionnées afin de s'assurer que nous sommes toujours en valeur ajoutée dans le continuum de soins du patient. Nous avons travaillé les projets d'organisation du travail dans une philosophie d'approche apprenante et avons à chaque fois amélioré notre processus.

Ces résultats n'auraient pu être atteints sans l'engagement particulier des cadres de la DISC, de la DRHE et de ses membres. Le soutien de l'Infocentre et des autres directions ont favorisé la réussite de ce projet qui demeure une priorité afin de demeurer accessible pour notre clientèle.

Nom : Sasha Cardinal / Céline Gervais	**Date** : 11 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***

Objectifs de résultats	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
3.05.01 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau - Infirmières	6,04%	<5,70%	6.31%
3.05.02 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau – Ensemble du réseau	3,94%	<3,20%	3.96%
3.06.01 – Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers - Infirmières	0,00%	0,00%	0%
3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Infirmières auxiliaires	0,00%	0,00%	0%
3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Préposé aux bénéficiaires	0,00%	0,00%	0%

Commentaires

Afin de gérer le temps supplémentaire plusieurs stratégies de gestion sont mises en œuvre :

- Rehaussement des postes, affichages du temps supplémentaire en confection d'horaire,
- Horaire de 12 heures dans certains secteurs (ex. urgence),
- Réorganisations des soins et des services,
- Utilisation d'autres titres d'emploi (ex. techniciennes de laboratoire pour les prises de sang),
- Révision des courbes de vacances et rotation de quarts.

Le temps supplémentaire est nécessaire pour combler des quarts de travail non comblés dus à la rareté de main d'œuvre infirmière. En 2011-2012 nous observons une augmentation du temps supplémentaire surtout les fins de semaines, ce qui a pour impact que les ressources en place sont beaucoup plus sollicitées pour faire du temps supplémentaire et ainsi supporter l'augmentation des congés (absences maladie, congés de maternité, retraites progressives, études temps partiels).

Nom : Sasha Cardinal	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 26 février 2011 (P12)
** Résultats en date du 25 février 2012 (P12)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Rétention et mieux-être au travail***

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
3.01 – Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,07%	<5,00%	5.38%

Commentaires

En 2011-2012, le ratio d'assurance-salaire s'est détérioré comparativement à l'an dernier.

Par contre, dans le but d'améliorer la présence au travail et soutenir le personnel en invalidité, le CHUS prend plusieurs moyens, et ce, dans une vision de gestion intégrée de la présence :

- Sensibilisation de tous les partenaires;
- Promotion du programme d'aide aux employés;
- Prise en charge plus rapide : accès de façon préventive à une infirmière et au médecin du bureau de santé;
- Prise en charge des moyens de traitements et de réadaptation (physiothérapie, imagerie médicale et l'accès à des spécialistes);
- Prise en charge et soutien lors d'invalidité en lien avec la santé globale de l'employé;
- Assignation temporaire du personnel en invalidité;
- Postes réservés pour les cas avec limitations permanentes;
- Accommodement selon les conditions médicales;
- Planification et accompagnement lors du retour au travail;
- Expertises médico-légales;
- Arbitrages médicaux;
- Promotion de saines habitudes de vie (CHUS Énergique);

Formation des gestionnaires : gestion des conflits, gestion des employés difficiles.

Nom : Sasha Cardinal	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 26 février 2011 (P12)
** Résultats en date du 25 février 2012 (P12)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Rétention et mieux-être au travail***

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
3.13 – Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	X	
3.10 – Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	X	

Commentaires

3.13

La santé et la sécurité du personnel, la sécurité de l'environnement de travail et la sécurité dans les soins aux usagers est au cœur même de la philosophie et de la préoccupation du CHUS.

En accord avec ses préoccupations, le CHUS a pris comme engagement d'améliorer son système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST). Cet engagement se traduit par une participation active dans une démarche d'implantation et d'amélioration du SMSST. Cette démarche se réalise avec le soutien de l'AQESSS pendant les trois prochaines années à un niveau provincial et se poursuivra pendant deux années additionnelles à l'interne (2011-2014 à 2014-2016). Le cadre de référence du SMSST choisi est la Norme CSA Z1000-06.

En février 2011, le CHUS a adhéré à la communauté de pratique provinciale basée sur CSA Z-1000. Nous avons débuté la mise en place d'une structure de gestion des risques SST par la création d'un nouveau CPSST lequel implique une définition des niveaux de participation du personnel, des gestionnaires et de la direction. Nous avons complété le registre de l'examen initial des risques (temps 0).
Nous avons formé env. 18 intervenants (santé, DQPEP, achats, GBM, services techniques, représentants syndicaux) Participation à 6 formations différentes en vue de permettre notamment l'utilisation des outils d'analyse de risques dans le milieu de travail.

Dans la poursuite de ces travaux, nous avons mis en place un Groupe de travail à l'urgence HD pour contrer la violence émanant des patients.

Enfin, le Sondage Pulse est effectué sur une base régulière dans l'organisation, et des sondages spécifiques dans certains services. Un plan d'action organisationnel et par secteur pour le maintien et l'amélioration du climat de travail.

3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat

Voici les actions qui ont été posées dans le cadre du programme de soutien clinique

- Nombre de personnes rencontrées 0-2 ans par titre d'emploi;
- Nombre d'heures de la préceptrice sur le terrain;
- Questionnaires de satisfaction des individus (0-2 ans) et de la préceptrice;
- Autoévaluation préalable au préceptorat et à la fin;
- Comportements observés;
- Satisfaction de l'équipe sur une échelle de 1 à 4;
- Arrimage du travail d'équipe, consolidation des rôles;
- Sécurité des interventions dans les soins;
- Amélioration de la rétention;
- Observation de l'évolution des compétences au niveau de :
    - l'évaluation de la clientèle;
    - l'utilisation d'outils de référence;
    - la priorisation des activités de soins;
    - l'organisation du travail;
    - le leadership au niveau du module;
    - la pertinence des notes d'observations;
    - les communications avec la famille;
    - les communications interdisciplinaires;
    - les liens avec les ressources externes.
- Coaching dans l'action et validation du transfert des apprentissages;
- Révision des pratiques;
- Amélioration des compétences évaluatives, l'administration sécuritaire des médicaments, l'organisation du travail et la consolidation des rôles lors du travail en équipe;

Sentiment de compétence : amélioration positive et franche après la formation comparativement avant la formation.

Nom : Sasha Cardinal / Hélène Loiselle	**Date** : 11 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	***Trajectoire des clientèles gériatriques et clientèles transitant par l'hôpital***

Objectifs de résultats	- Respecter la cible quotidienne de trois personnes et moins considérée en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS pour chacune des catégories; - Le taux respectif de déclaration en hébergement à partir du centre hospitalier doit diminuer pour se situer à moins de 5%

Indicateurs	*Installation*	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
4.01.01 – Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	*Fleurimont*	2,1	<3,0	1.5
	Hôtel-Dieu	1,5	<3,0	2.6
4.01.02 – Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	*Fleurimont*	0,0	<3,0	1.3
	Hôtel-Dieu	0,0	<3,0	0.2
4.01.03 – Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	*Fleurimont*	0,0	<3,0	3.7
	Hôtel-Dieu	0,0	<3,0	4.4
4.01.04 – Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	*Fleurimont*	7,2	<3,0	9.8
	Hôtel-Dieu	0,9	<3,0	0.6
4.01.05 – Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	*Fleurimont*	1,9	<3,0	2.4
	Hôtel-Dieu	3,8	<3,0	7.4
4.01.06 – Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	*Fleurimont*	1,3	<3,0	0.2
	Hôtel-Dieu	2,2	<3,0	1.9
4.01.07 – Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	*Fleurimont*	0,0	<3,0	0.0
	Hôtel-Dieu	4,0	<3,0	5.4
4.01.08 – Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	*Fleurimont*	2,95%	<5,00%	3.4 %
	Hôtel-Dieu	6,72%	<5,00%	7.9 %

Commentaires (Trajectoire des clientèles gériatriques et clientèles transitant par l'hôpital)
Nous constatons une augmentation générale de 10 lits comparativement à l'an dernier utilisés pour les patients en attentes de transfert. Cette augmentation est en lien avec le vieillissement de la population. Nous suivons quotidiennement les effets sur notre accessibilité en lien avec les cibles retenues aux ententes de gestion tel l'urgence, les chirurgies l'oncologie et l'imagerie médicale afin que le CHUS puisse accomplir sa mission.

Nom : Céline Gervais	**Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

ANNEXE 2 - TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

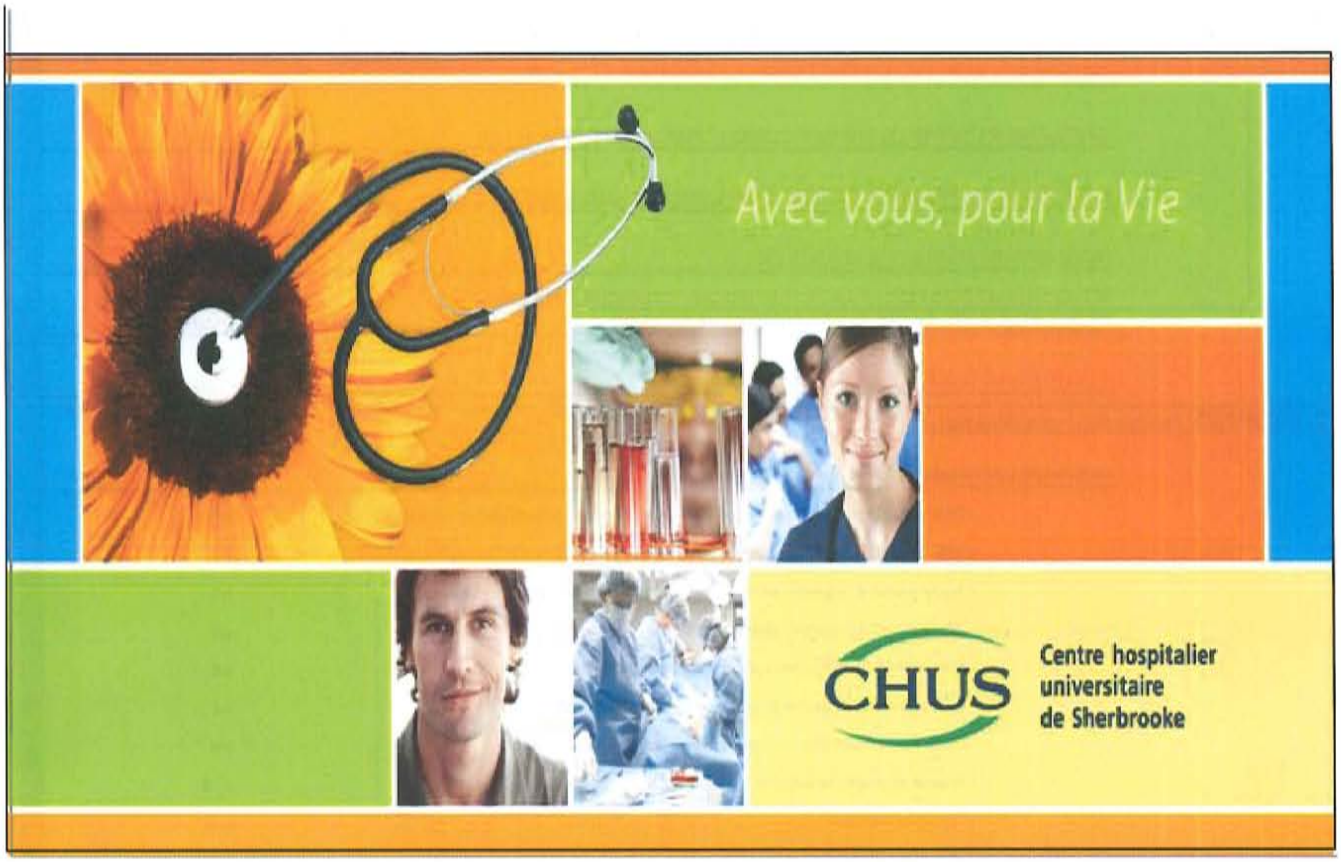


TABLEAU DE BORD

2011-2012

PÉRIODE 13

Du 1 avril 2011 au 31 mars 2012

Direction des ressources financières et des services techniques
Le 14 juin 2012

TABLE DES MATIERES

1. TABLEAU DE BORD - Rapport sommaire cumulatif à la période 13 (Cibles et résultats)

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET SERVICES	PAGE 1-2 et 3
DÉVELOPPER L'OFFRE DE SERVICE CLINIQUE SUPRARÉGIONALE (RUIS)	PAGE 4
RENFORCER LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION	PAGE 4
DÉVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE	PAGE 4
INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION	PAGE 4-5
ATTEINDRE LA CIBLE BUDGÉTAIRE CONVENUE	PAGE 5

2. ANNEXES (informations complémentaires)

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET SERVICES	ANNEXE 1
- Délai d'attente pour une consultation élective en médecine spécialisée (semaines)	p.6
- Délai d'attente minimum (semaines) pour l'accessibilité à un service d'imagerie médicale	p.7
- Séjour moyen à l'urgence - clientèle sur civière (santé physique)	p.8
- Séjour moyen à l'urgence - clientèle sur civière (santé mentale)	p.8
- % de séjours de 48 heures et plus sur civière (santé physique)	p.8
- % de séjours de 48 heures et plus sur civière (santé mentale)	p.8
- Durée moyenne de séjour à l'urgence (patients sur civière)	p.9
- Patients en attente de transfert	p.10
- Chirurgies réalisées	p.11
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai > 6 mois (hanches, genoux, cataractes)	p.12
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai > 1 an (hanches, genoux, cataractes)	p.13
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai (1 à 2 ans, 2 à 3 ans, 3 ans et plus)	p.14
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai > 28 jours (chirurgies en oncologie)	p.15
- % des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (chirurgie cardiaque)	p.16
DÉVELOPPER L'OFFRE DE SERVICE CLINIQUE SUPRARÉGIONALE (RUIS)	ANNEXE 3
- Activités réalisées en électrophysiologie	p.17
- % des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (électrophysiologie)	p.18
- % des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (hémodynamie)	p.18
RENFORCER LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION	ANNEXE 5
- Infections nosocomiales (SARM + C difficile + ERV)	p.19
- Taux de déclaration d'erreurs de médicaments et de déclaration de chutes	p.20
DÉVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE	ANNEXE 6
- Nombre d'effectifs (résidents et chercheurs)	p.21
INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION	ANNEXE 7
- Heures de surveillance constante	p.22
- Taux de rétention	p.23
- Ratio assurance-salaire	p.24
ATTEINDRE LA CIBLE BUDGÉTAIRE CONVENUE	ANNEXE 8
- Effectifs médicaux	p.25
AUTRES INFORMATIONS	ANNEXE 10
- Autres statistiques	p.26

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

LÉGENDE

SIGNIFICATION ET INTERPRETATION DES SYMBOLES

✓	Indicateurs prioritaires
★	Indicateurs suivis aux ententes de gestion

Signification des pictogrammes

●	Atteinte de la cible dans une proportion de 90 % ou plus
▲	Atteinte de la cible dans une proportion de 80 % à 90 %
■	Atteinte de la cible dans une proportion de moins de 80 %

Signification des flèches

↑	Augmentation favorable par rapport à l'année précédente
↓	Diminution favorable par rapport à l'année précédente
↑	Augmentation défavorable par rapport à l'année précédente
↓	Diminution défavorable par rapport à l'année précédente
↑	Augmentation par rapport à l'année précédente
↓	Diminution par rapport à l'année précédente

Guide pour l'analyse des résultats

Variation vs A/P	Appréciation écart à la cible	Analyse
↑↓	●	Pas de problème
↑↓	■	Plan d'action requis
↑↓	▲	Sous surveillance
↑↓	●	Sous surveillance
↑↓	▲	Sous surveillance ++ Plan d'action souhaitable
↑↓	■	Sous surveillance ++ Plan d'action souhaitable

Référence : Plusieurs des concepts utilisés dans ce tableau de bord sont issus du *Tableau de bord — résultats des indicateurs du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ).* Nous les en remercions.

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2012

N°	Indicateur	09-10	Cible annuelle	10-11	11-12	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE DES SOINS ET SERVICES									
1.1	Améliorer l'accessibilité en médecine spécialisée									
★ ✓	Délai d'attente (semaines) pour consultation élective									
	- Cardiologie	76	< 31	31	35	13% ↑	< 31	4	13%	▲
	- Endocrinologie	38	< 30	30	34	13% ↑	< 30	4	13%	▲
	- Médecine interne	78	< 45	45	47	4% ↑	< 45	2	4%	●
	- Neurologie	114	< 65	65	83	28% ↑	< 65	18	28%	■
	- Gastroentérologie	68	< 42	42	82	95% ↑	< 42	40	95%	■
	Autres cliniques de chirurgies incluses dans les ententes de gestion									
	- Orthopédie	120	< 56	56	61	9% ↑	< 56	5	9%	●
	- Neurochirurgie	191	< 85	85	77	-9% ↓	< 85	(8)	-9%	●
	Nombre de visites en cliniques externes									
	- CHUS	202 010	213 558	213 558	220 728	3% ↑	213 558	7 170	3%	●
	- Hôpital Fleurimont	117 488	119 828	119 828	121 800	2% ↑	119 828	1 972	2%	●
	- Hôtel-Dieu	84 522	93 730	93 730	98 928	6% ↑	93 730	5 198	6%	●
1.2	Améliorer l'accessibilité en imagerie médicale									
✓ ★	Délai d'attente minimum (en semaine) pour la clientèle élective pour l'accessibilité à un service en imagerie médicale									
	Repas baryté	39	< 13	8	23	188% ↑	< 13	10	77%	■
	Échographie générale	47	< 13	20	13	-35% ↓	< 13	0	0%	●
	Échographie mammaire	112	< 13	26	57	119% ↑	< 13	44	338%	■
	Résonance magnétique	88	< 13	21	14	-33% ↓	< 13	1	8%	●
	Tomodensitométrie	84	< 13	10	4	-60% ↓	< 13	(9)	-69%	●
	Proportion d'examens dans un délai de 7 jours ouvrables ou moins									
	Examens lus	N/D	100,0%	87,9%	86,5%	-2% ↓	100,0%	-13,5%	-13,5%	▲
	Examens transcrits	N/D	100,0%	N/D	98,8%	N/D	100,0%	-1,2%	-1,2%	●
1.4	Améliorer l'accessibilité en oncologie									
★	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie									
	- CHUS	96,6%	90,0%	97,9%	99,4%	2% ↑	90,0%	9,4%	10%	●
	Nombre de traitements donnés sur les appareils									
	- Téléthérapie	26 626	26 800	26 822	26 210	-2% ↓	26 800	(590)	-2%	●
	- Curiethérapie	148	175	161	181	12% ↑	175	6	3%	●
	- Gamma Knife	314	325	307	362	18% ↑	325	37	11%	●
	Nombre de traitements donnés en hémato-oncologie									
	- CHUS	11 949	11 802	11 802	11 226	-5% ↓	11 802	(576)	-5%	●

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

SOMMAIRE DES RÉSULTATS
Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2012

N°	Indicateur	09-10	Cible annuelle	10-11	11-12	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ET SERVICES									
1.5	Désengorger les urgences et les lits									
★	**Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)**									
	- Hôpital Fleurimont	11,89	11	11,97	11,90	-1% ↓	11	0,90	8%	●
	- Hôtel-Dieu	11,79	11	11,87	13,12	11% ↑	11	2,12	19%	▲
★	**Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé mentale)**									
	- Hôtel-Dieu	37,34	18	35,34	28,56	-19% ↓	18	10,56	59%	■
★	**% séjours 48 hres et plus sur civière (santé physique)**									
	- Hôpital Fleurimont	1,3%	1,0%	1,2%	1,5%	20% ↑	1,0%	0,5%	49%	■
	- Hôtel-Dieu	1,3%	1,0%	1,2%	2,4%	92% ↑	1,0%	1,4%	136%	■
✓ ★	**% séjours 48 hres et plus sur civière (santé mentale)**									
	- Hôtel-Dieu	26,0%	0,0%	25,8%	18,7%	-28% ↓	0,0%	18,7%	100%	■
	Nombre de visites à l'urgence									
	- CHUS	87 970	87 264	87 264	89 289	2% ↑	87 264	2 025	2%	●
	- Hôpital Fleurimont	47 167	46 136	46 136	46 780	1% ↑	46 136	644	1%	●
	- Hôtel-Dieu	40 803	41 128	41 128	42 509	3% ↑	41 128	1 381	3%	●
	Nombre de patients sur civière									
	- CHUS	45 745	46 705	46 705	47 322	1% ↑	46 705	617	1%	●
	- Hôpital Fleurimont	25 121	24 741	24 741	24 643	-0,4% ↓	24 741	(98)	-0,4%	●
	- Hôtel-Dieu	20 624	21 964	21 964	22 679	3% ↑	21 964	715	3%	●
	Santé physique	18 134		19 073	19 109	0,2%				
	Santé mentale	2 490		2 891	3 570	23%				
	Durée moyenne de séjour (Patients sur civière - santé physique et santé mentale)									
	- Délai moyen avant demande d'hospitalisation	9,32	8	9,69	9,54	-2% ↓	8	1,54	19%	▲
	- Délai moyen après demande d'hospitalisation	9,31	4	9,08	9,77	8% ↑	4	5,77	144%	■
✓	**Nombre de patients en attente de transfert**									
	- CHUS	27	15	26	34	31% ↑	15	19	127%	■
	- Hôpital Fleurimont	11		12	17	42% ↑				
	- Hôtel-Dieu	16		14	17	21% ↑				
	Nombre de jours-présence									
	- CHUS	231 985	233 740	233 740	228 900	-2% ↓	233 740	(4 840)	-2%	●
	- Hôpital Fleurimont	125 190	125 202	125 202	119 396	-5% ↓	125 202	(5 806)	-5%	●
	- Hôtel-Dieu	106 795	108 538	108 538	109 504	1% ↑	108 538	966	1%	●
	Épisodes de soins (Admissions et soins d'un jour)									
	- CHUS	72 923	71 635	71 635	73 140	2% ↑	71 635	1 505	2%	●
	- Hôpital Fleurimont	41 060	40 641	40 641	40 433	-1% ↓	40 641	(208)	-1%	●
	- Hôtel-Dieu	31 863	30 994	30 994	32 707	6% ↑	30 994	1 713	6%	●

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

SOMMAIRE DES RÉSULTATS
Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2012

N°	Indicateur	09-10	Cible annuelle	10-11	11-12	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ET SERVICES									
1.5	Désengorger les urgences et les lits									
	Durée moyenne de séjour globale (Patients hospitalisés)									
	- CHUS	7,26	7,38	7,38	7,28	-1% ↓	7,38	(0,10)	-1%	●
	- Hôpital Fleurimont	5,62	5,66	5,66	5,53	-2% ↓	5,66	(0,13)	-2%	●
	- Hôtel-Dieu	10,85	11,12	11,12	10,86	-2% ↓	11,12	(0,26)	-2%	●
1.6	Accroître l'accessibilité en chirurgie									
	Nombre d'heures-présence au bloc opératoire									
	- CHUS	37 498	37 459	37 459	36 235	-3% ↓	37 459	(1 224)	-3%	●
	- Hôpital Fleurimont	20 968	21 174	21 174	19 581	-8% ↓	21 174	(1 593)	-8%	●
	- Hôtel-Dieu	16 530	16 285	16 285	16 654	2% ↑	16 285	370	2%	●
	Nombre d'usagers au bloc opératoire									
	- CHUS	26 576	26 478	26 478	26 272	-1% ↓	26 478	(206)	-1%	●
	- Hôpital Fleurimont	13 939	13 840	13 840	13 218	-4% ↓	13 840	(622)	-4%	●
	- Hôtel-Dieu	12 362	12 273	12 273	12 401	1% ↑	12 273	128	1%	●
	- CSSS Memphrémagog	275	365	365	653	79% ↑	365	288	79%	●
✓ ★	**Nombre de chirurgies réalisées**									
	- Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	7 654	7 600	7 387	7 406	0,3% ↑	7 600	(194)	-3%	●
	- Chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH, PTG, cataractes et bariatriques)	7 229	7 600	7 404	7 336	-1% ↓	7 600	(264)	-3%	●
	- Chirurgies Hanches (PTH)	175	190	169	184	9% ↑	190	(6)	-3%	●
	- Chirurgies Genoux (PTG)	192	200	187	181	-3% ↓	200	(19)	-10%	●
	- Chirurgies Cataractes	3 129	3 500	3 370	3 455	3% ↑	3 500	(45)	-1%	●
	- Chirurgies Bariatriques	25	55	29	26	-10% ↓	55	(29)	-53%	■
★	**Nombre de cas hors délai (> 6 mois)**									
	- Hanches	3	0	4	3	-25% ↓	0	3	N/A	■
	- Genoux	16	0	3	3	0% =	0	3	N/A	■
	- Cataractes	12	0	15	13	-13% ↓	0	13	N/A	■
	Nombre de cas hors délai (> 1 an)									
	- Hanches	0	0	1	0	-100% ↓	0	0	N/A	●
	- Genoux	6	0	0	0	0% =	0	0	N/A	●
	- Cataractes	0	0	2	3	50% ↑	0	3	N/A	■
✓	**Nombre de cas hors délai**									
	- 1 à 2 ans	229	0	193	316	64% ↑	0	316	N/A	■
	- 2 à 3 ans	62	0	27	38	41% ↑	0	38	N/A	■
	- 3 ans et plus	47	0	3	5	67% ↑	0	5	N/A	■
	Nombre de cas hors délai (> 28 jours)									
	- Chirurgies oncologiques	N/D	0	106	127	20% ↑	0	127	N/A	■
★	**% demandes réalisées à l'intérieur des délais établis**									
	- Chirurgie cardiaque : Urgent	88,2%	100,0%	94,8%	74,9%	-21% ↓	100,0%	-25,1%	-25%	■
	- Chirurgie cardiaque : Électif	86,8%	90,0%	72,7%	35,0%	-52% ↓	90,0%	-55,0%	-61%	■

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

SOMMAIRE DES RÉSULTATS
Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2012

N°	Indicateur	09-10	Cible annuelle	10-11	11-12	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
3.	DEVELOPPER L'OFFRE DE SERVICE CLINIQUE SUPRAREGIONALE (RUIS)									
3.2	Augmenter l'offre de service en électrophysiologie									
★	**Nombre d'activités réalisées**									
	- Défibrillateurs	128	152	152	155	2% ↑	152	3	2%	●
	- Stimulateurs cardiaques	379	368	368	383	4% ↑	368	15	4%	●
	- Ablations simples	127	267	147	168	14% ↑	267	(99)	-37%	■
	- Ablations complexes	56	125	125	169	35% ↑	125	44	35%	●
	- Études électrophysiologiques	33	80	34	35	3% ↑	80	(45)	-56%	■
3.2	Augmenter l'offre de service en électrophysiologie									
★	**% demandes réalisées à l'intérieur délais établis**									
	- Électrophysiologie : Urgent	96,5%	100,0%	93,5%	100,0%	7% ↑	100,0%	0,0%	0%	●
	- Électrophysiologie : Électif	30,8%	75,0%	27,0%	51,6%	91% ↑	75,0%	-23,4%	-31%	■
	- Hémodynamie : Urgent	99,4%	100,0%	97,6%	93,7%	-4% ↓	100,0%	-6,3%	-6%	●
	- Hémodynamie : Électif	99,2%	90,0%	89,0%	86,7%	-3% ↓	90,0%	-3,3%	-4%	●
5.	RENFORCER LA DEMARCHE QUALITE DANS L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION									
5.1	Élaborer un cadre de référence en matière de gestion de la qualité									
	Délai moyen de traitement des plaintes (nombre de jours)									
	- Plaintes conclues par le commissaire	29	< 45	21	29	38% ↑	< 45	(16)	-36%	●
	- Plaintes conclues par le médecin examinateur	126	< 45	234	48	-79% ↓	< 45	3	7%	●
5.3	Poursuivre la réalisation du plan d'action concernant la prévention des infections									
	Infections nosocomiales (taux / 10 000 jours-présence)									
	- SARM	2,6	< 2.6	3,5	4,1	17% ↑	< 2.6	1,5	57%	
	- C Difficile	3,2	< 3.2	3,6	3,3	-9% ↓	< 3.2	0,1	3%	
	- ERV	N/D	N/D	0,5	0,6	15% ↑	N/D	N/D	N/D	
5.5	Renforcer la prestation sécuritaire des soins et services									
	Taux de déclaration d'erreurs de médicaments et de chutes	N/D	N/A	19,32	20,73	7% ↑	N/A	N/A	N/A	
	- Taux de déclaration d'erreurs de médicaments par 1 000 jours-présence	N/D	N/A	8,97	9,82	9% ↑	N/A	N/A	N/A	
	- Taux de déclaration de chutes par 1 000 jours-présence	N/D	N/A	5,06	5,63	11% ↑	N/A	N/A	N/A	
6.	DEVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE									
	Nombre d'effectifs - Volet universitaire									
	- Résidents	} VOIR DÉTAILS EN ANNEXE								
	- Chercheurs									
7.	INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION									
7.2	Adopter et implanter un programme-cadre d'orientation et d'intégration du personnel									
	Nombre d'heures d'initiation-orientation									
	- CHUS	135 009	133 289	115 824	145 170	25% ↑	133 289	11 881	9%	●
	- Personnel de soins inf. (Inf., Inf. Aux., Éduc. Spéc. et PAB)	77 021	N/D	63 813	83 102	30% ↑	N/D	N/D		N/D
	- Autre personnel de soins (Tech. santé, Prof. santé)	27 596	N/D	26 235	29 273	12% ↑	N/D	N/D		N/D
	— Autre personnel	30 392	N/D	25 776	32 795	27% ↑	N/D	N/D		N/D

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

SOMMAIRE DES RÉSULTATS
Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2012

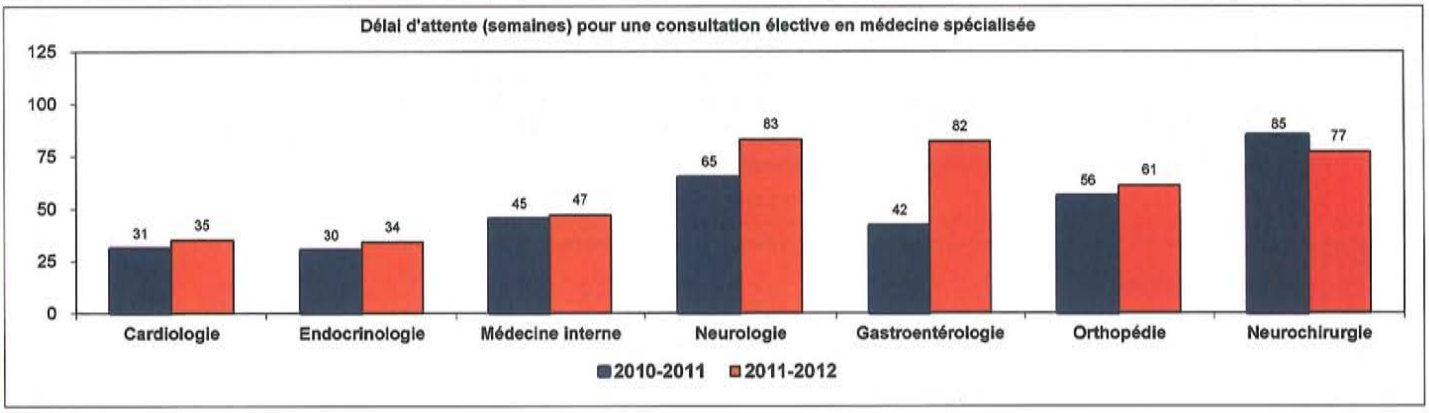
N°	Indicateur	09-10	Cible annuelle	10-11	11-12	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
7.	INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION									
7.4	Stabiliser le personnel et se doter de conditions de travail attrayantes dans les secteurs ciblés									
	Nombre d'heures travaillées									
	- CHUS	6 140 815	6 457 018	6 197 249	6 376 411	3% ↑	6 457 018	(80 607)	-1%	●
	- Personnel de soins inf. (Inf., Inf. Aux., Éduc. Spéc. et PAB)	2 858 763	2 958 371	2 872 917	2 927 118	2% ↑	2 958 371	(31 253)	-1%	●
	- Autre personnel de soins (Tech. santé et Prof. santé)	1 208 525	1 263 030	1 221 209	1 269 358	4% ↑	1 263 030	6 328	1%	●
	— Autre personnel	2 073 527	2 235 617	2 103 123	2 179 935	4% ↑	2 235 617	(55 682)	-2%	●
✓	**Ratio temps supplémentaire**									
★	- CHUS	3,12%		3,83%	3,82%	-0,3% ↓				
	- Infirmiers / Infirmières (Inf., Inf. cond.)	5,21%	5,70%	5,91%	6,24%	6% ↑	5,70%	0,5%	9%	▲
	- Autre personnel	2,23%	3,20%	2,99%	2,88%	-4% ↓	3,20%	-0,3%	-10%	●
	Nombre d'heures de surveillance constante									
	- CHUS	67 280	55 932	68 770	76 672	11% ↑	55 932	20 740	37%	■
★	**Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières**									
	- CHUS	57,1%	60,0%	60,9%	61,2%	0,5% ↑	60,0%	1,2%	2%	●
	Taux de rétention	VOIR DÉTAILS EN ANNEXE								
7.6	Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la santé et la sécurité au travail									
★	**Ratio assurance-salaire**									
	- CHUS	5,3%	5,0%	5,1%	5,3%	6% ↑	5,0%	0,3%	7%	●
	- Personnel de soins infirmiers (Inf., Inf. Aux., Éduc. Spéc. et PAB)	5,8%	5,0%	5,3%	6,0%	13% ↑	5,0%	1,0%	20%	■
	- Autre personnel de soins (Tech. santé et Prof. santé)	4,0%	5,0%	3,6%	3,6%	-1% ↓	5,0%	-1,4%	-28%	●
	— Autre personnel	5,3%	5,0%	5,5%	5,5%	-1% ↓	5,0%	0,5%	9%	●
	Ratio d'accidents de travail									
	- CHUS	0,37%	0,37%	0,38%	0,30%	-20% ↓	0,37%	-0,1%	-19%	●
8.	ATTEINDRE LA CIBLE BUDGÉTAIRE CONVENUE									
	Atteindre la cible budgétaire									
	Résultats financiers									
	- CHUS (M$)	357,5	376,6	362,5	382,3	5% ↑	376,6	(5,7)	-2%	●
	- Salaires (M$)	239,9	259,8	242,1	261,0	8% ↑	259,8	(1,2)	-0,5%	●
	- Autres dépenses (M$)	117,5	116,8	120,3	121,3	0,8% ↑	116,8	(4,5)	-4%	●
	Évolution des coûts									
	- Fournitures médicales (M$)	22,8	25,1	24,7	25,3	2% ↑	25,1	(0,2)	-1%	●
	- Médicaments (M$)	21,3	22,4	22,1	20,7	-6% ↓	22,4	1,7	8%	●
	- Prothèses (M$)	14,9	14,6	14,2	15,1	6% ↑	14,6	(0,5)	-3%	●
8.4	Arrimer le plan des effectifs médicaux avec la structure budgétaire									
	Nombre d'effectifs - Effectifs médicaux	VOIR DÉTAILS EN ANNEXE								
	AUTRES INFORMATIONS									
	Autres statistiques - CHUS	VOIR DÉTAILS EN ANNEXE								

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

1.1 Délai d'attente (semaines) pour une consultation élective en médecine spécialisée

Spécialité	Résultats 2010-2011			Résultats 2011-2012			Cible			Écart				Picto	Tendance
	Urgent	Semi-urgent	Électif	Urgent	Semi-urgent	Électif	Urgent	Semi-urgent	Électif	Urgent	Semi-urgent	Électif	% Électif		
Cardiologie	7	16	31	10	17	35	< 7	< 16	< 31	3	1	4	13%	▲	↑
Endocrinologie	9	20	30	8	23	34	< 9	< 20	< 30	(1)	3	4	13%	▲	↑
Médecine interne	4	16	45	1	19	47	< 4	< 16	< 45	(3)	3	2	4%	●	↑
Neurologie	13	29	65	17	33	83	< 13	< 29	< 65	4	4	18	28%	■	↑
Gastroentérologie	9	45	42	16	91	82	< 9	< 45	< 42	7	46	40	95%	■	↑
Autres cliniques de chirurgies															
Orthopédie	30	42	56	39	52	61	< 30	< 42	< 56	9	10	5	9%	●	↑
Neurochirurgie	7	39	85	8	40	77	< 7	< 39	< 85	1	1	(8)	-9%	●	↓

Résultats au 31 mars	31 mars 2010		
Cardiologie	8	37	76
Endocrinologie	8	33	38
Médecine interne	5	47	78
Neurologie	8	88	114
Gastroentérologie	8	90	68
Autres cliniques de chirurgies			
Orthopédie	20	110	120
Neurochirurgie	8	141	191



DÉFINITION :

Délai d'attente pour une consultation élective en médecine spécialisée :

Le nombre de semaines entre la date de réception de la requête médicale et la date du prochain rendez-vous.

ANALYSE :

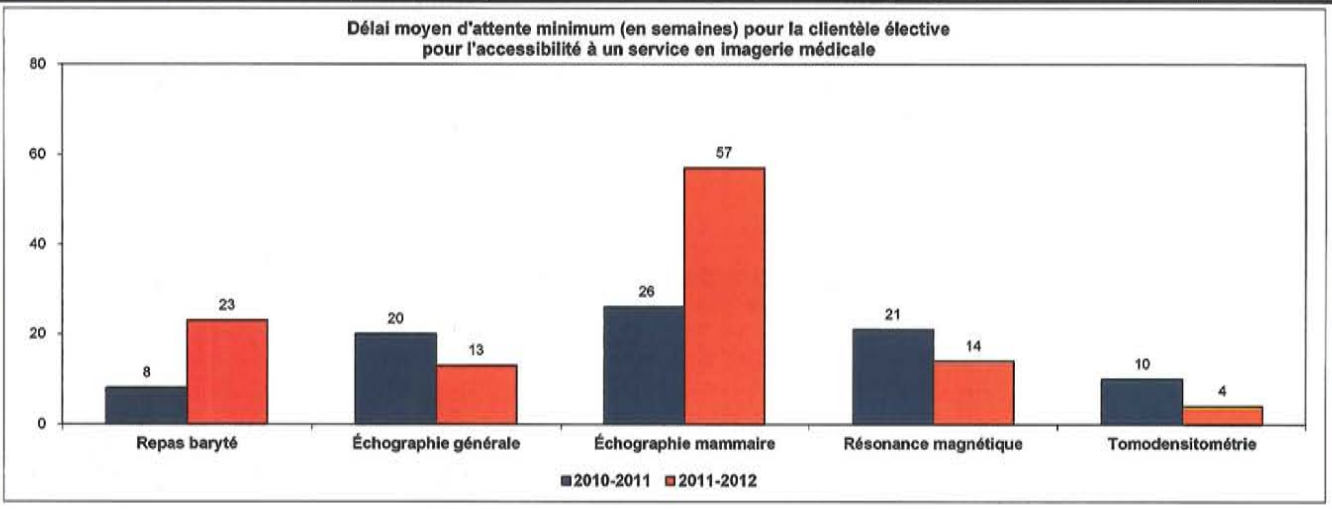
L'an dernier, nous avons développé des outils informatiques nous permettant de fournir des données plus exactes concernant les délais d'attente. L'historique disponible dans le nouveau système de rendez-vous est donc plus représentatif de la réalité. En ce qui concerne la spécialité de la gastroentérologie, malgré une légère hausse des visites en cliniques externes, la hausse du nombre de requêtes en attente contribue à l'augmentation du délai d'attente. En neurologie, malgré une hausse peu significative des visites en cliniques externes par rapport à l'an dernier, il y a une augmentation du délai d'attente qui est expliquée par une augmentation du nombre de requêtes. En neurochirurgie, malgré une hausse du nombre de requêtes électives et une baisse d'activités en cliniques externes, le délai s'est grandement amélioré par rapport à l'an dernier et respecte maintenant la cible.

PLAN D'ACTION :

Augmentation du nombre de salles dans les cliniques externes. Un total de trois salles ont été ajoutées en orthopédie, quatre salles en ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu et cinq salles en maladies infectieuses. De plus, nous avons ajouté du personnel afin de confirmer les rendez-vous auprès des patients, et ainsi, diminuer les rendez-vous manqués.

1.2 Délai moyen d'attente minimum (en semaines) pour la clientèle élective pour l'accessibilité à un service d'imagerie médicale

Spécialité	09-10	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
		10-11	11-12		Qté	%		
Repas baryté	39	8	23	< 13	10	77%	■	↑
Échographie générale	47	20	13	< 13	0	0%	●	↓
Échographie mammaire	112	26	57	< 13	44	338%	■	↑
Résonance magnétique	88	21	14	< 13	1	8%	●	↓
Tomodensitométrie	84	10	4	< 13	(9)	-69%	●	↓
Proportion d'examens dans un délai de 7 jours ouvrables ou moins								
Examens lus	N/D	87,9%	86,5%	100,0%	-13,5%	-13,5%	▲	↓
Examens transcrits	N/D	N/D	98,8%	100,0%	-1,2%	-1,2%	●	N/D



DÉFINITION :

Délai moyen d'attente minimum :

Nombre de semaines entre la date d'entrée de la requête et la date à laquelle l'examen a été prévu pour chaque patient ayant une demande d'examen électif, de contrôle, de suivi et semi-urgent inscrit sur la liste d'attente à la fin de chaque période.

ANALYSE :

Pour l'échographie, il y a eu une épuration de la liste d'attente, réorganisation du travail et transferts des patients dans les régions. En résonance magnétique, la nouvelle salle IRM de l'Hôtel-Dieu est fonctionnelle. Les délais d'attente se sont améliorés dans la plupart des spécialités de l'IRM. En tomodensitométrie, l'ajout du deuxième scan à l'Hôpital Fleurimont, ainsi que l'ajout d'un nouveau scan au CSSS - Memphrémagog a permis d'éliminer la liste des patients en attente.

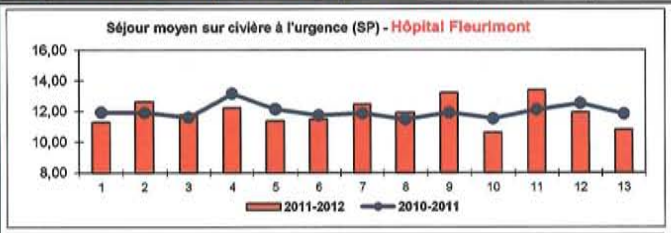
La donnée de la proportion d'examens lus dans un délai de sept jours ouvrables ou moins en 2010-2011, est le résultat au 31 mars 2011.

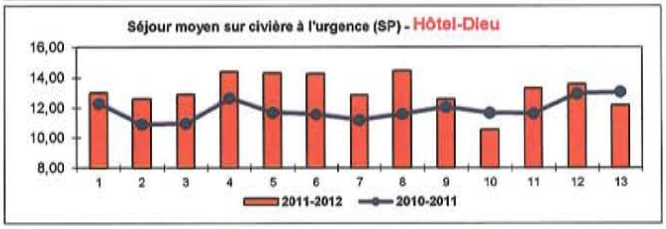
PLAN D'ACTION :

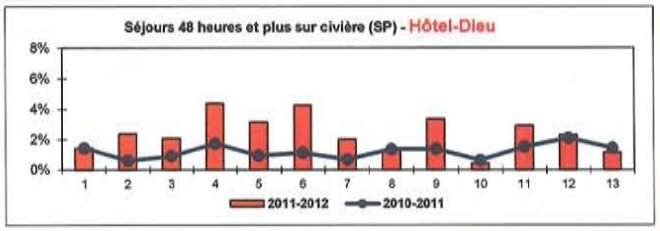
- Poursuivre les travaux des comités d'accessibilité en échographie et en résonance magnétique.
- Poursuivre les travaux avec nos partenaires pour une offre de service régionale.
- Ouverture du service la fin de semaine et en soirée selon la disponibilité du personnel et le budget disponible en résonance magnétique. De plus, en janvier 2012, une demande de financement supplémentaire a été déposée à l'Agence.
- Élaborer un cadre de référence pour prioriser et protocoliser les demandes d'examens. Former un technologue à cette tâche.
- Acquisition d'un deuxième échographe (budget récemment accordé) en échographie mammaire. L'appareil n'est pas encore en fonction.
- Une deuxième salle d'échographie sera nécessaire en échographie vasculaire.

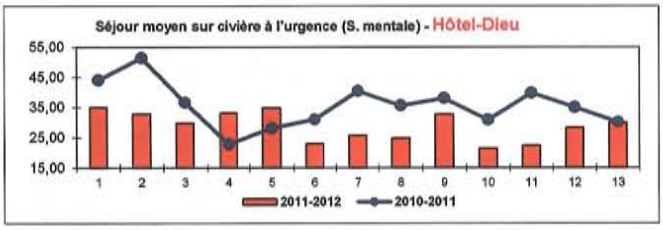
1.5 Séjour moyen sur civière à l'urgence

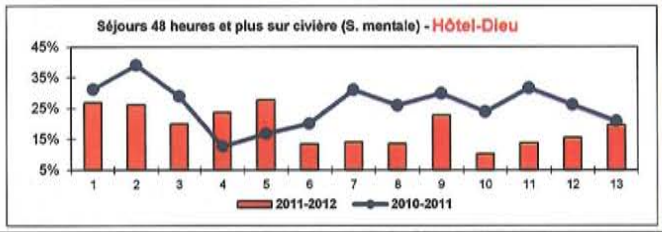
Indicateur	09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Hôpital Fleurimont								
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	11,89	11,97	11,90	11,00	0,90	8,2%	●	↓
Séjours de 48 heures et plus sur civière (santé physique)	1,31%	1,24%	1,49%	1,00%	0,49%	48,6%	■	↑
Hôtel-Dieu								
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	11,79	11,87	13,12	11,00	2,12	19,3%	▲	↑
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé mentale)	37,34	35,34	28,56	18,00	10,56	58,7%	■	↓
Séjours de 48 heures et plus sur civière (santé physique)	1,26%	1,23%	2,36%	1,00%	1,36%	136,0%	■	↑
Séjours de 48 heures et plus sur civière (santé mentale)	26,02%	25,85%	18,71%	0,00%	18,71%	100,0%	■	↓











DÉFINITION :

Séjour moyen sur civière à l'urgence : Temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle vers une destination appropriée.

Séjours de 48 heures et plus sur civière : Pourcentage de la clientèle (urgence santé physique et mentale) couchée sur civière au cours d'une période et dont le séjour à l'urgence est égal ou plus grand que 48 heures.

ANALYSE :

En 2011-2012, cumulatif à la période 13, nous constatons une amélioration du séjour moyen sur civière pour le secteur santé mentale, ainsi qu'une diminution du nombre de séjours de 48 heures et plus sur civière pour ce secteur. Par contre, la problématique des lits sur les unités de soins occupés par des patients en attente de transfert demeure entière et explique, en bonne partie, notre contre-performance. Cela dit, nous ne devons pas négliger non plus un alourdissement des besoins et de la condition de la clientèle. Pour l'Hôtel-Dieu secteur santé physique, il y a une augmentation du séjour sur civière, ainsi qu'une hausse du pourcentage de séjours de plus de 48 heures reliées à la fermeture des lits pendant la période estivale et la non-ouverture de lits supplémentaires à l'automne (rareté des ressources). Il y a eu une ressource médicale en moins à plusieurs reprises (tripleur) ce qui a contribué à allonger le temps de prise en charge médicale. Depuis janvier 2012, il y a eu ouverture de 16 lits supplémentaires qui devraient aider à désengorger l'urgence et avoir un impact favorable sur le séjour moyen sur civière.

Afin d'améliorer les délais, les profils des patients sont évalués régulièrement afin de les diriger vers d'autres instances lorsque cela est possible, les gestionnaires de cas sont consultés, les patients en observation sont réévalués plus rapidement par les médecins et le protocole de gestion des lits est appliqué. En 2011-2012, le séjour moyen global (patients hospitalisés ou non) pour le CHUS est de 13,57. Pour l'année 2010-2011, le séjour moyen global était de 13,36.

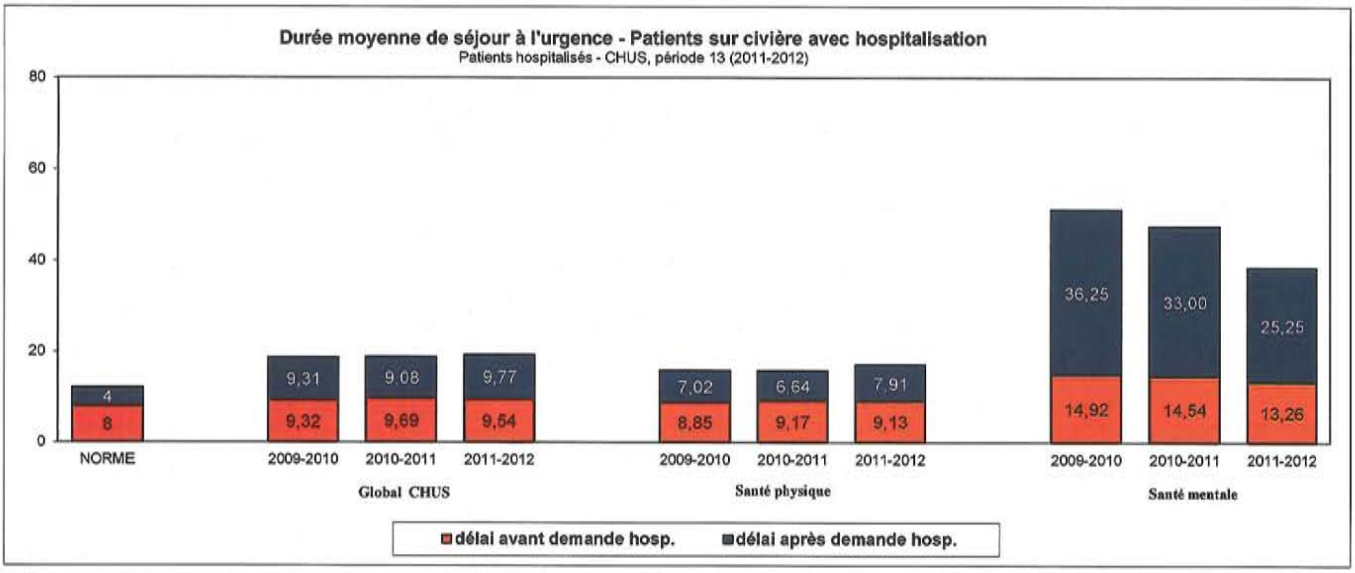
PLAN D'ACTION :

Il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin, dans le but de désengorger les urgences. De plus, il y a eu ajout d'un coordonnateur de soins de jour. En lien avec le plan 2010-2011 de désengorgement du secteur de santé mentale, les actions mises en œuvre afin de diminuer le délai des patients sur civière sont les suivantes : révision du cadre de référence sur la responsabilité de la gestion des lits, révision du processus avec l'urgence générale, liaison entre le secteur santé mentale et les ressources de crises, élaboration de la trajectoire de services, travaux sur la relocalisation des patients en attente, mécanisme de liaison avec les CSSS et implantation du service de suivi intensif dans la communauté.

Pour le secteur santé physique, en novembre 2011, il y a eu signature de la convention "clinique-réseau-CMU" pour les patients de gravité 4 et 5 entre les différents partenaires, soit le CSSS-IUGS, la clinique des médecins d'urgence (CMU), le CHUS et l'agence. Les principaux engagements du CHUS sont de référer des patients de gravité 4 et 5 et d'assurer l'accès aux plateaux techniques et diagnostiques.

1.5 Durée moyenne de séjour à l'urgence - Patients sur civière avec hospitalisation

Spécialité	09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Santé physique								
Délai avant hospitalisation - CHUS	**8,85**	**9,17**	**9,13**	**8**	**1,13**	**14,1%**	▲	↓
Hôpital Fleurimont	9,06	9,40	9,21	8	1,21	15,1%		
Hôtel-Dieu	8,55	8,88	9,03	8	1,03	12,9%		
Délai après hospitalisation- CHUS	**7,02**	**6,64**	**7,94**	**4**	**3,94**	**98,5%**	■	↑
Hôpital Fleurimont	5,85	5,46	5,63	4	1,63	40,8%		
Hôtel-Dieu	8,60	8,10	10,72	4	6,72	168,0%		
Santé mentale								
Délai avant hospitalisation - CHUS	**14,92**	**14,54**	**13,26**	**8**	**5,26**	**65,8%**	■	↓
Hôpital Fleurimont	11,47	9,83	10,85	8	2,85	35,6%		
Hôtel-Dieu	15,15	14,82	13,43	8	5,43	67,9%		
Délai après hospitalisation- CHUS	**36,25**	**33,00**	**25,25**	**4**	**21,25**	**531,3%**	■	↓
Hôpital Fleurimont	2,60	2,93	3,72	4	(0,28)	-7,0%		
Hôtel-Dieu	38,49	34,67	26,85	4	22,85	571,3%		



DÉFINITION :

Séjour moyen sur civière à l'urgence :

Temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle vers une destination appropriée lorsqu'il y a eu une demande d'hospitalisation.

ANALYSE :

Pour l'Hôtel-Dieu, la durée moyenne de séjour à l'urgence des patients hospitalisés augmente comparativement à l'année dernière, particulièrement le délai après la demande d'hospitalisation.

Pour le secteur de santé mentale, beaucoup d'efforts sont faits dans le but de diminuer le séjour sur civière.

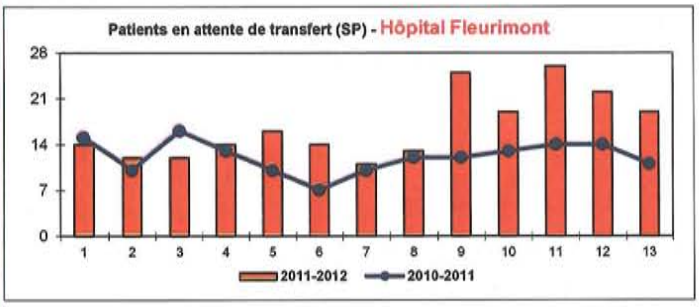
PLAN D'ACTION :

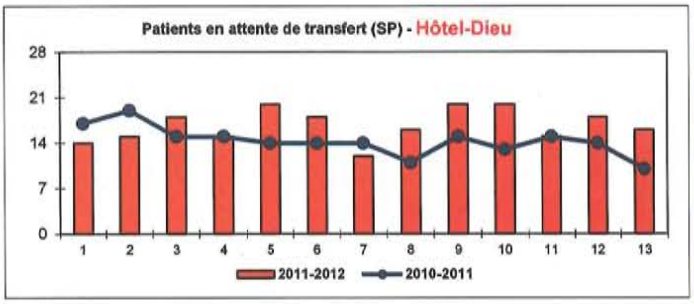
En lien avec le plan 2010-2011 de désengorgement du secteur santé mentale, les actions mises en œuvre afin de diminuer le délai des patients sur civière sont les suivantes : révision du cadre de référence sur la responsabilité de la gestion des lits, entente de collaboration avec l'urgence santé physique, liaison entre l'urgence secteur santé mentale et les ressources de crises, élaboration de la trajectoire de services, travaux sur la relocalisation des patients en attente, mécanisme de liaison avec les CSSS et implantation du service de suivi intensif dans la communauté.

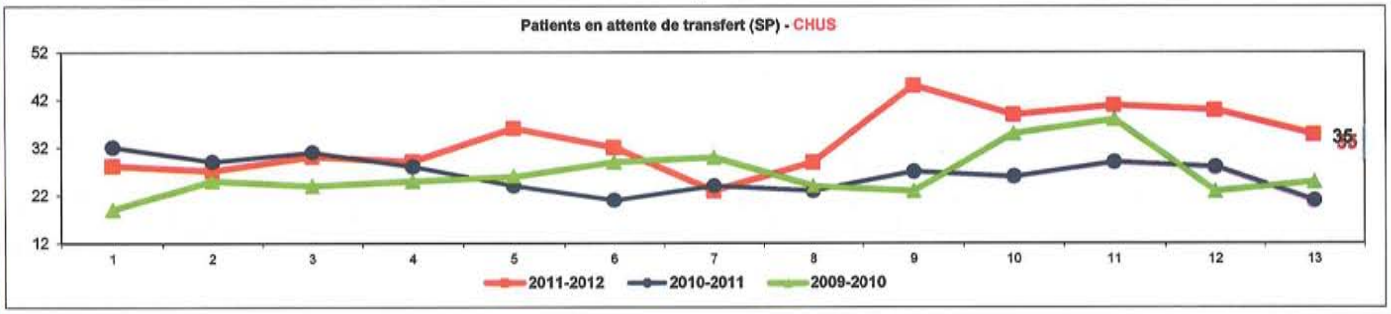
Réf. : Plan d'action détaillé transmis à l'Agence.

1.5 Nombre de patients en attente de transfert

Spécialité	09-10	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
		Moyenne 10-11	Moyenne 11-12		Qté	%		
Hôpital Fleurimont (santé physique)	11	12	17					↑
UCDG	3	3	3					
URFI	5	7	10					
CHSLD	3	2	4					
Hôtel-Dieu (santé physique)	16	14	17					↑
UCDG	3	2	4					
URFI	2	2	2					
CHSLD	11	10	11					
CHUS (santé physique)	27	26	34	15	19	127%	■	↑
Hôtel-Dieu (santé mentale)								
CHSLD	6	4	3					
RI	6	3	3					
RTF	2	0	1					
CR	1	4	2					
AUTRES	2	2	2					
Total (santé mentale)	17	13	11	N/D	N/D	N/D	N/D	↓







DÉFINITION :

Patients en attente de transfert :

Usagers en attente d'hébergement (CHSLD), de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), de gériatrie de courte durée (UCDG), de ressources intermédiaires (RI), de ressources de type familial (RTF), de centre de réadaptation (CR) ou d'autres ressources.

ANALYSE :

Pour l'Hôpital Fleurimont, la hausse du nombre de patients en attente de transfert se situe au niveau des patients qui attendent une place pour l'URFI. En ce qui est de l'Hôtel-Dieu, la hausse est au niveau des patients en attente pour l'UCDG. Sur un total de 34 patients en moyenne, 15 sont en attente d'une place en CHSLD et 12 sont en attente d'une place pour l'URFI.

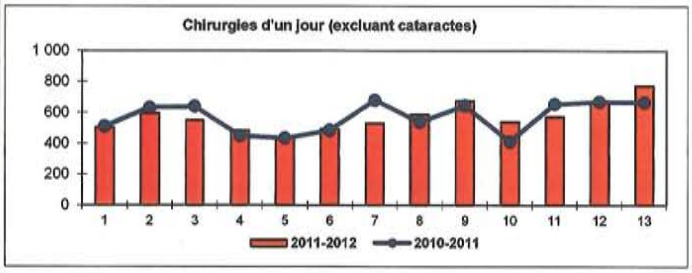
Pour la période 13 seulement à l'Hôpital Fleurimont, nous avons en moyenne 19 patients en attente de transfert, soit presque le double que pour la même période l'an dernier. Cette hausse est davantage marquée au niveau des patients en attente d'une place pour l'URFI.

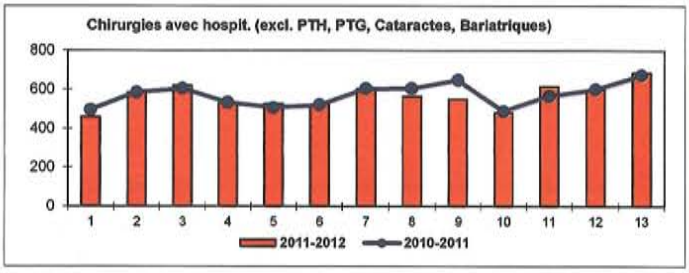
PLAN D'ACTION :

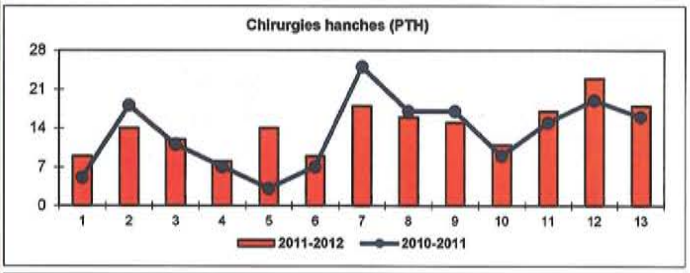
Il y a un comité de travail en cours avec le CSSS-IUGS. La cible retenue par le MSSS concernant le nombre de patients en attente de transfert dans un établissement en hébergement est fixée à trois.

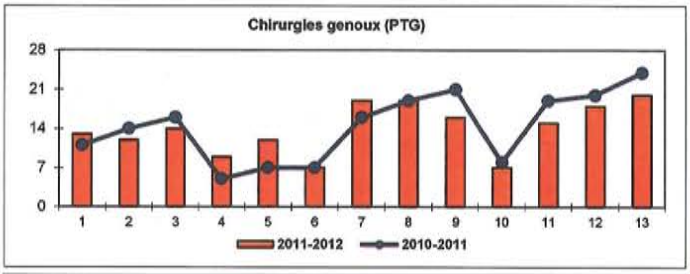
1.6 Nombre de chirurgies réalisées (selon les ententes de gestion)

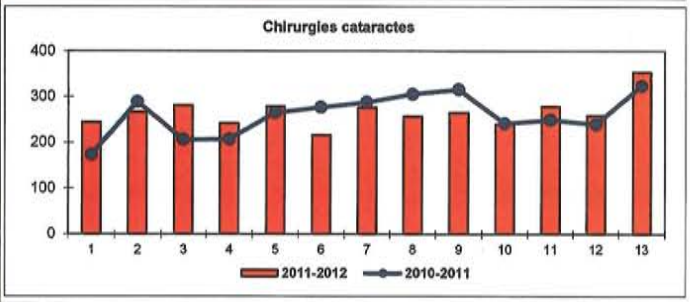
Indicateur	09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	7 654	7 387	7 406	7 600	(194)	-2,6%	●	↑
Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	7 229	7 404	7 336	7 600	(264)	-3,5%	●	↓
Chirurgies hanches (PTH)	175	169	184	190	(6)	-3,2%	●	↑
Chirurgies genoux (PTG)	192	187	181	200	(19)	-9,5%	●	↓
Chirurgies cataractes	3 129	3 370	3 455	3 500	(45)	-1,3%	●	↑
Chirurgies bariatriques	25	29	26	55	(29)	-52,7%	■	↓

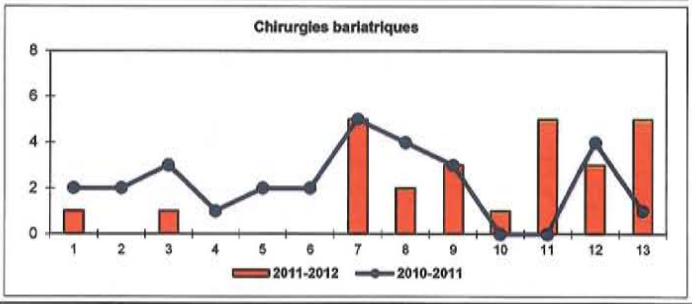












DÉFINITION :

Chirurgies d'un jour réalisées :
Interventions chirurgicales qui sont destinées à des usagers inscrits qui reçoivent leur congé le jour même de l'intervention, incluant les chirurgies en pédiatrie, mais excluant les cas d'obstétrique, les chirurgies de la cataracte ainsi que les actes diagnostiques et thérapeutiques.

Chirurgies avec hospitalisation réalisées :
Interventions chirurgicales nécessitant une hospitalisation pour plus de 24 heures, la chirurgie en pédiatrie est incluse. Les remplacements PTG et PTH, les chirurgies de la cataracte, les actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que les cas d'obstétrique sont exclus à l'exception des césariennes qui doivent être incluses, peu importe le lieu d'intervention.

Chirurgies réalisées - cataractes :
Présence d'un usager au bloc opératoire ou en consultation externe pour une intervention chirurgicale nécessitant l'implantation d'une lentille intra-cornéenne.

Chirurgies réalisées - genoux et hanches :
Présence d'un usager au bloc opératoire pour une intervention chirurgicale de remplacement total de la hanche ou du genou nécessitant une hospitalisation pour plus de 24 heures.

ANALYSE ET PLAN D'ACTION :

Nous observons une baisse du nombre de chirurgies avec hospitalisation par rapport à l'an dernier. Malgré l'ensemble des obstacles rencontrés (pénurie de personnel, etc.), avec l'effort de tous, nous avons dû composer avec les priorités opératoires pour maintenir l'accessibilité.

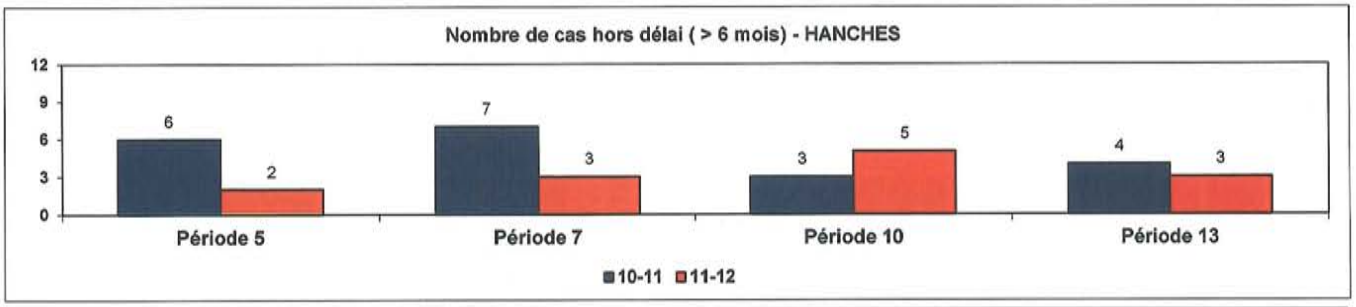
Il faut mentionner qu'un partenariat est établi depuis quelques années avec le CSSS-Memphrémagog, ce qui nous a permis de référer 653 patients en chirurgie d'un jour en 2011-2012 par rapport à 365 patients en 2010-2011.

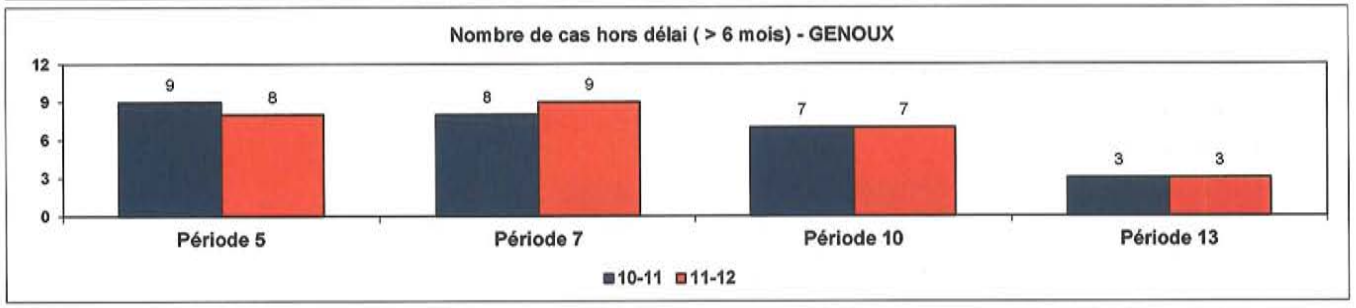
Il y a eu dépôt d'un plan d'action en décembre 2011.

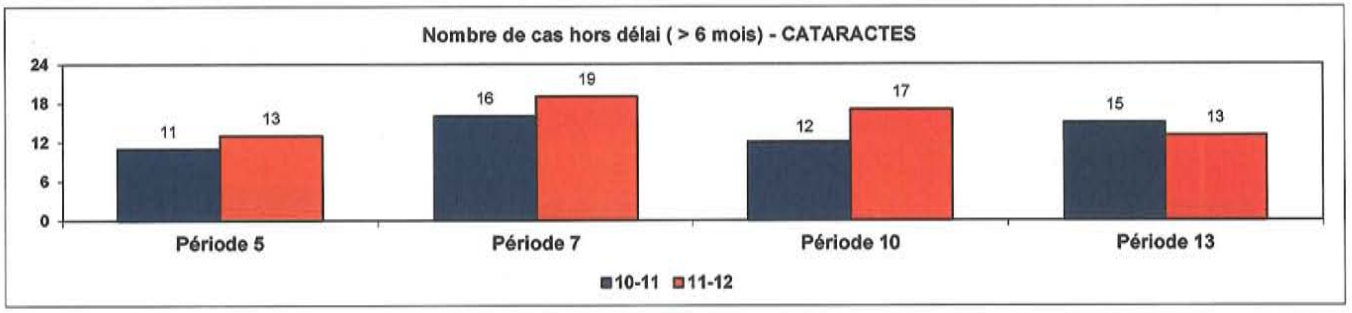
CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie

1.6 Nombre de cas hors délai (> 6 mois)

Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
		10-11	11-12				
Hanches	3	4	3	0	3		↓
Genoux	16	3	3	0	3		=
Cataractes	12	15	13	0	13		↓







DÉFINITION :

Nombre de cas hors délai (hanches, genoux cataractes) :
Usagers dont le délai d'attente est supérieur à la cible fixée. L'attente débute au moment de la prise de rendez-vous et se termine le jour de la chirurgie.

ANALYSE :

Globalement, on réussit à maintenir les délais de priorisation des personnes inscrites au mécanisme central d'accès aux chirurgies dans un délai de 1 à 6 mois, et ce, avec la situation qui prévaut actuellement au bloc opératoire (pénurie de ressources, diminution de priorités opératoires, etc.).
Un plan d'action a été élaboré à l'automne 2011 pour favoriser l'accessibilité au bloc opératoire et contrer la pénurie de main-d'œuvre. Ce plan d'action s'actualise graduellement pour l'année 2012-2013.

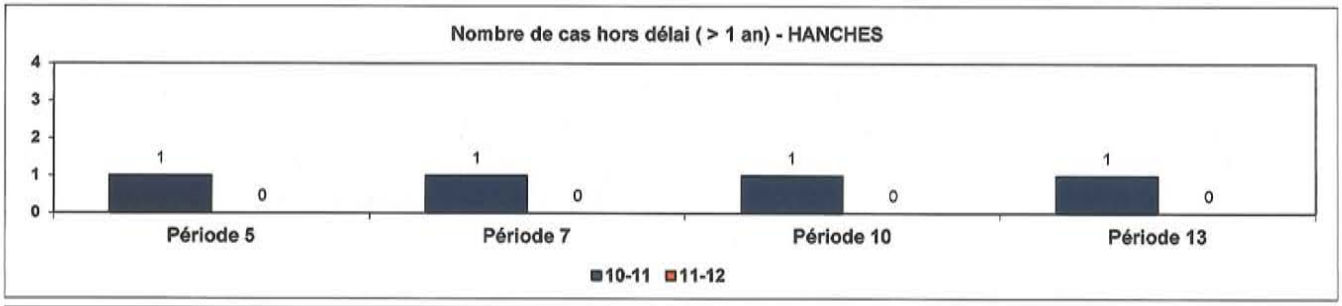
PLAN D'ACTION :

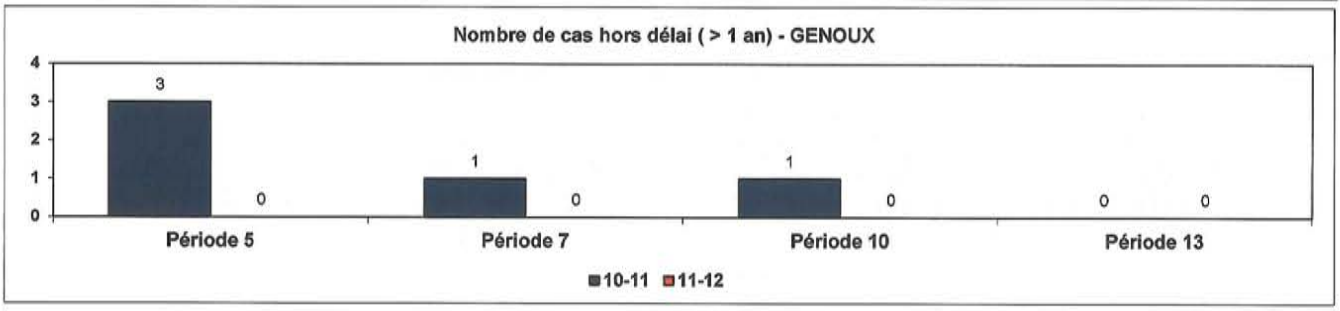
Selon le plan d'action 2011-2012 en lien avec le corridor de services avec le CSSS-Memphrémagog, après 13 périodes, nous avons référé 46 patients pour une chirurgie du genou.

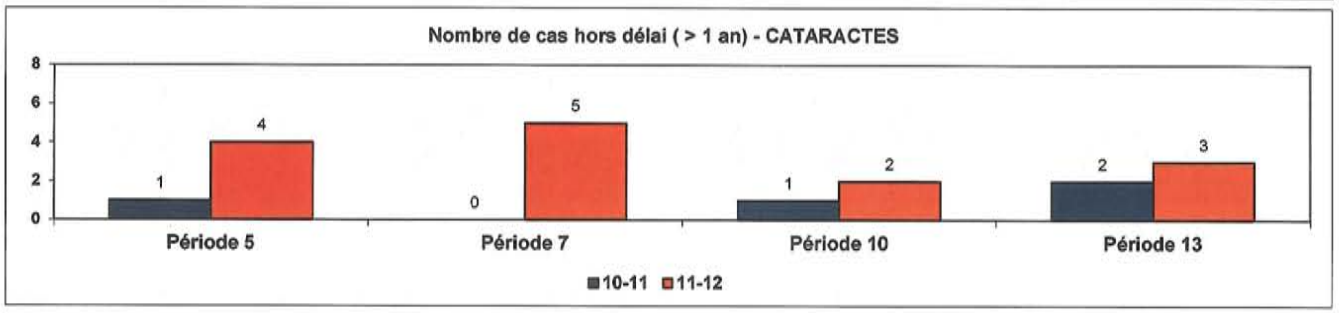
- Implantation du continuum en orthopédie.
- Suivi et priorisation des cas hors délai par l'agent de planification, l'infirmière du continuum et le chirurgien.

1.6 Nombre de cas hors délai (> 1 an)

Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
		10-11	11-12				
Hanches	0	1	0	0	0	●	↓
Genoux	6	0	0	0	0	●	=
Cataractes	0	2	3	0	3	■	↑







DÉFINITION :

Nombre de cas hors délai (hanches, genoux cataractes) :

Usagers dont le délai d'attente est supérieur à la cible fixée. L'attente débute au moment de la prise de rendez-vous et se termine le jour de la chirurgie.

ANALYSE :

La diminution du nombre de cas hors délai pour une prothèse totale du genou est reliée aux corridors de services avec le CSSS-Memphrémagog.

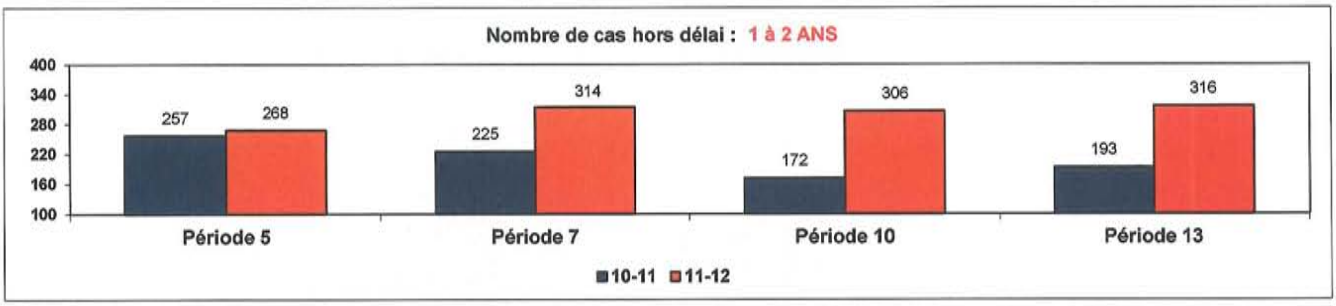
PLAN D'ACTION :

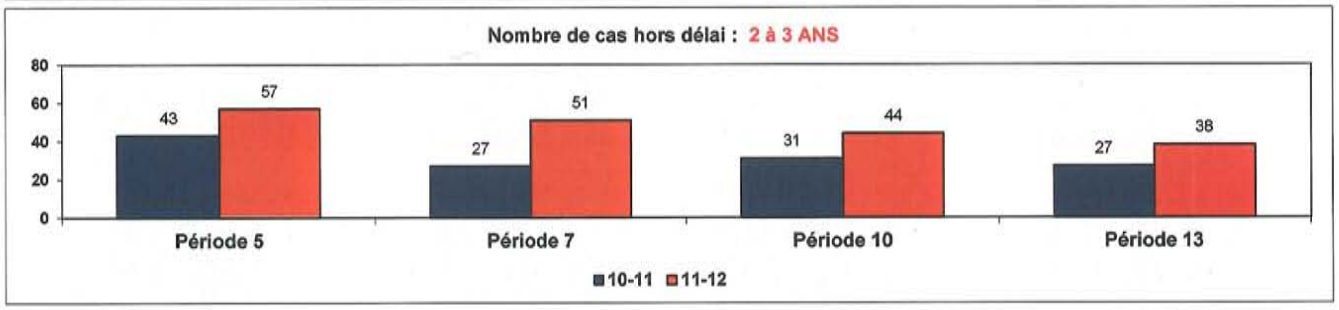
Selon le plan d'action 2011-2012 en lien avec le corridor de services avec le CSSS-Memphrémagog, après 13 périodes, nous avons référé 46 patients pour une chirurgie du genou.

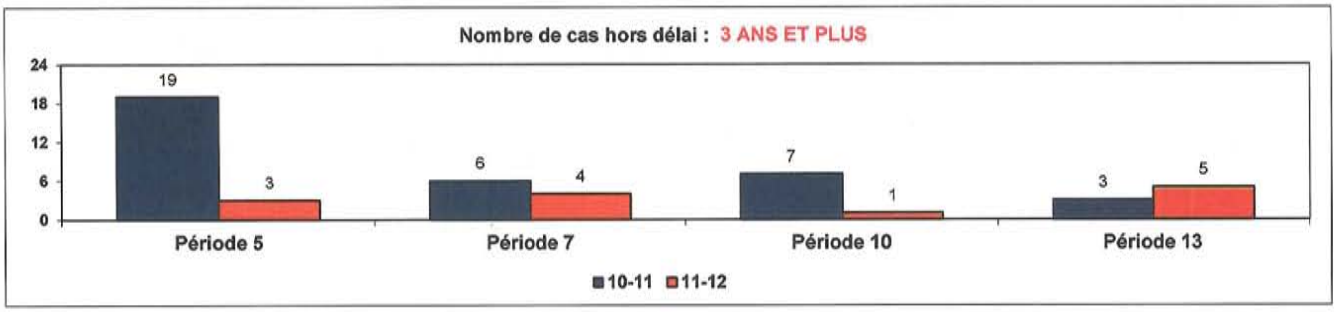
- Implantation du continuum en orthopédie.
- Suivi et priorisation des cas hors délai par l'agent de planification, l'infirmière du continuum et le chirurgien.

1.6 Nombre de cas hors délai

Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
		10-11	11-12				
1 à 2 ans	229	193	316	0	316	■	↑
2 à 3 ans	62	27	38	0	38	■	↑
3 ans et plus	47	3	5	0	5	■	↑







DÉFINITION :

Nombre de cas hors délai :

Usagers dont le délai d'attente est supérieur à la cible fixée. L'attente débute au moment de la prise de rendez-vous et se termine le jour de la chirurgie.

ANALYSE :

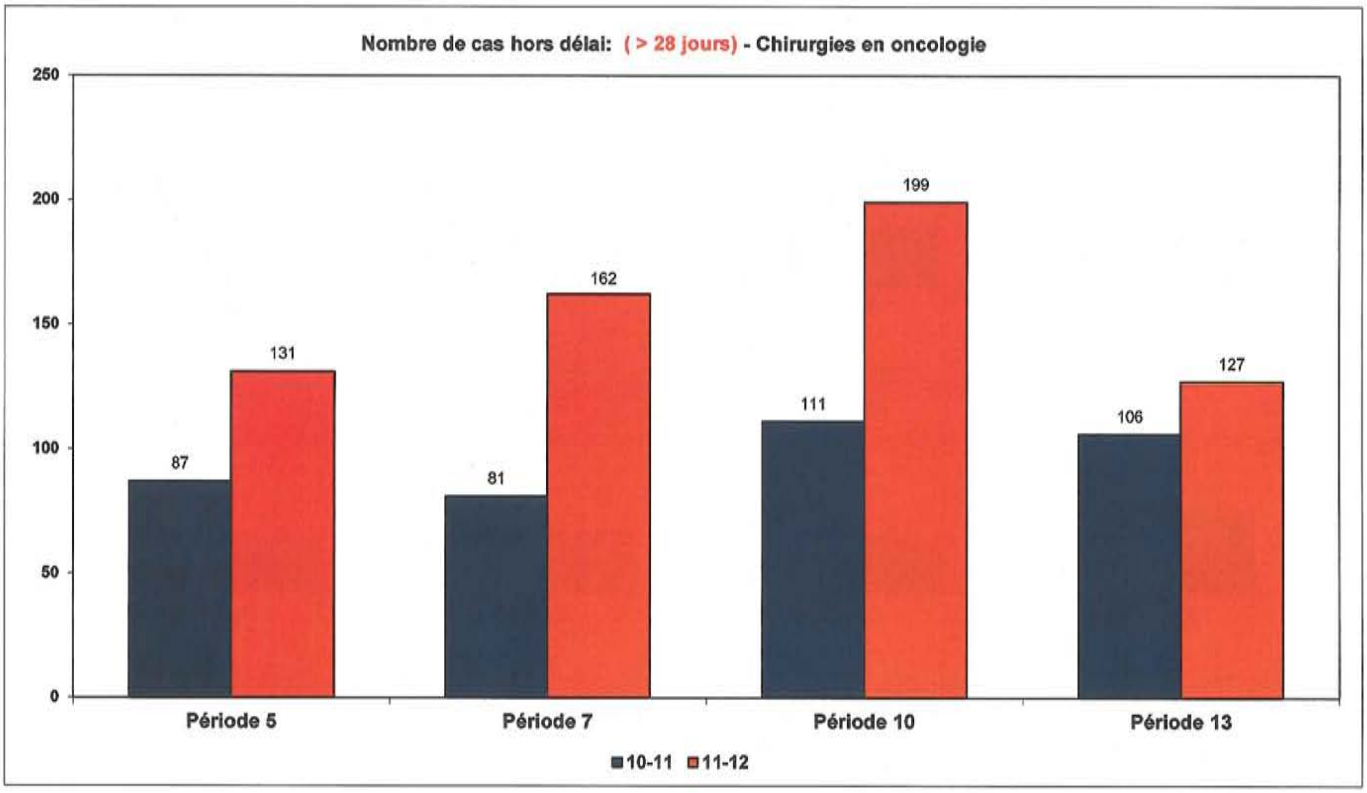
Un plan d'action a été élaboré à l'automne 2011 pour favoriser l'accessibilité au bloc opératoire et contrer la pénurie de main-d'œuvre. Ce plan d'action s'actualise graduellement pour l'année 2012-2013.

PLAN D'ACTION :

1. Suivi du fichier 1B avec le Ministère.
2. Épuration constante des listes d'attente.
3. Suivi mensuel des cas hors délai avec les chirurgiens.
4. Attribution des priorités opératoires supplémentaires aux chirurgiens qui ont des cas hors délai.

1.6 Nombre de cas hors délai (> 28 jours)

Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
		10-11	11-12				
Chirurgies en oncologie	N/D	106	127	0	127	■	↑



DÉFINITION :

Nombre de cas hors délai :

Usagers dont le délai d'attente est supérieur à la cible fixée. L'attente débute au moment de la prise de rendez-vous et se termine le jour de la chirurgie.

ANALYSE :

Pour la chirurgie oncologique :

- Nous avons une augmentation de 15.4 % pour les chirurgies réalisées.
- Nous recevons en moyenne 109 nouvelles demandes de chirurgie oncologique par période.
- Nous traitons en moyenne 112 patients en chirurgie oncologique par période (en 2010-2011 la moyenne était de 99 patients).
- On constate une augmentation de l'accessibilité pour cette clientèle malgré nos difficultés à respecter le délai < 28 jours.

Éléments à considérer :

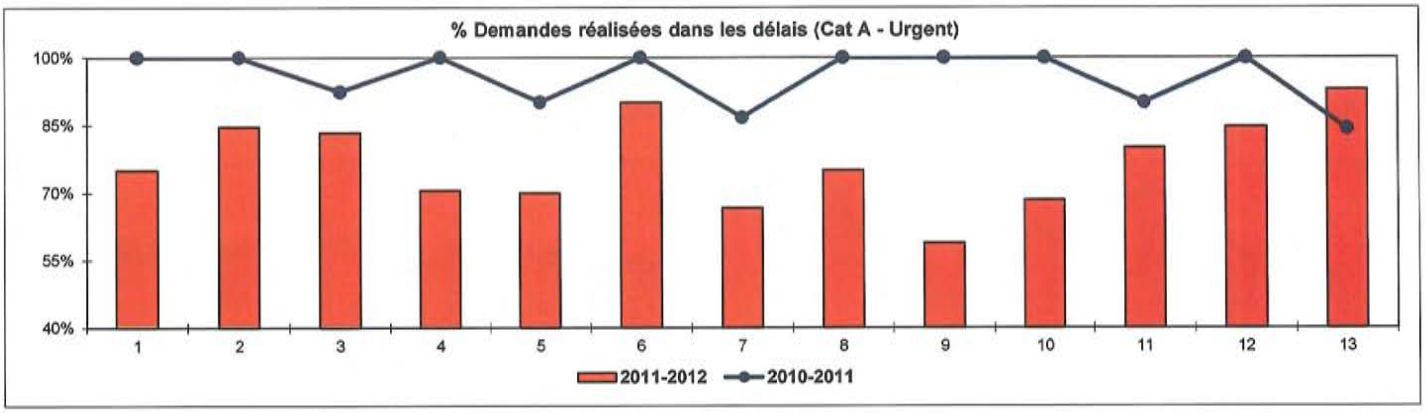
- Les difficultés au niveau des ressources humaines dans le bloc.
- Ajout de 2 salles avec anesthésie prévu au printemps 2013 (plan action bloc opératoire).
- L'arrimage et l'équilibre de l'atteinte des cibles aux mécanismes d'accès central aux chirurgies et celles de la chirurgie oncologique.

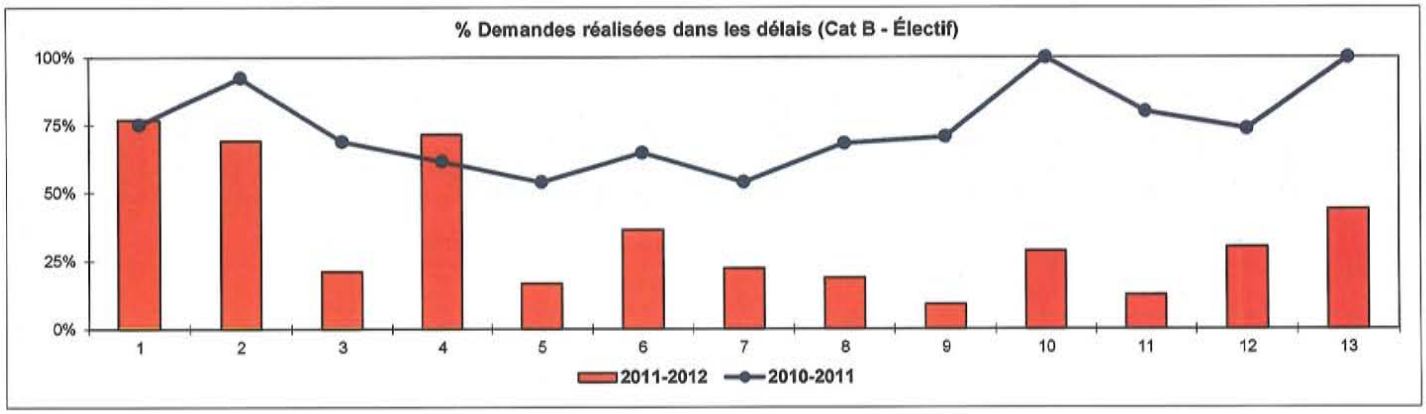
PLAN D'ACTION :

Dépôt d'un plan d'action en décembre 2011.

1.6 % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (chirurgie cardiaque)

Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
		10-11	11-12		Qté	%		
% Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	87,5%	82,6%	56,1%					
Urgent (Cat. A)	88,2%	94,8%	74,9%	100%	-25,1%	-25%	■	↓
Électif (Cat. B)	86,8%	72,7%	35,0%	90%	-55,0%	-61%	■	↓





DÉFINITION :

Pourcentage des demandes de services réalisées dans les délais établis (chirurgie cardiaque) :

Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais cliniquement acceptables en chirurgie cardiaque.

ANALYSE :

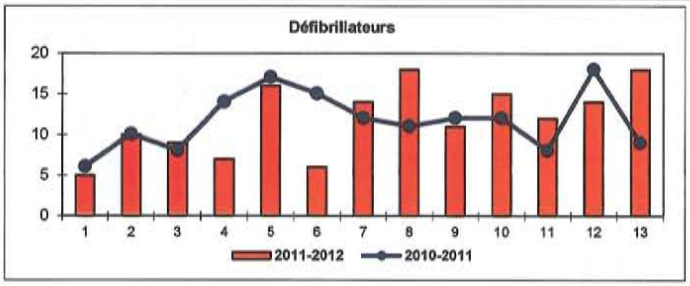
Pour les chirurgies cardiaques, nous avons tenté de prioriser les priorités 1 et 2. Par contre, la disponibilité des ressources (perfusionnistes, anesthésistes, infirmières) et l'ensemble des spécialités chirurgicales, pour lesquels nous devons assurer l'accessibilité, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques. Pour minimiser les effets sur la clientèle, nous avons dû développer un corridor de service avec d'autres établissements afin d'y référer des patients. De plus, nous avons effectué une entente avec l'institut de cardiologie de Montréal pour un prêt de service d'un perfusionniste.

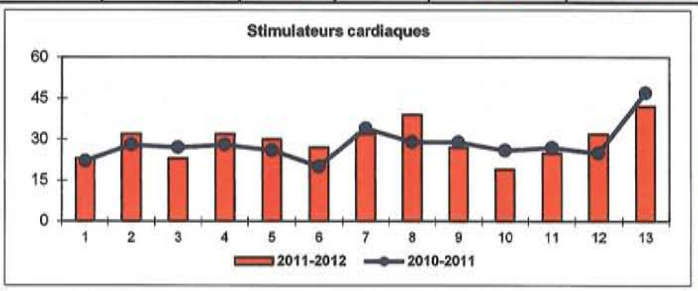
PLAN D'ACTION :

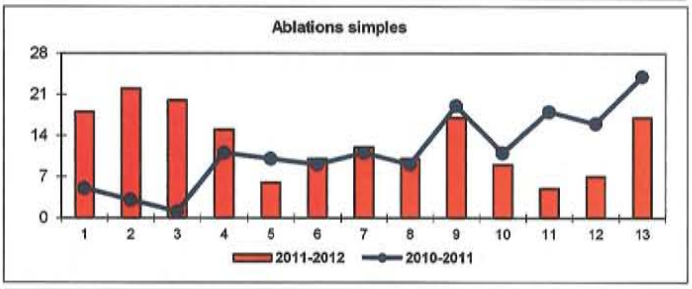
Dépôt du plan d'action en décembre 2011.

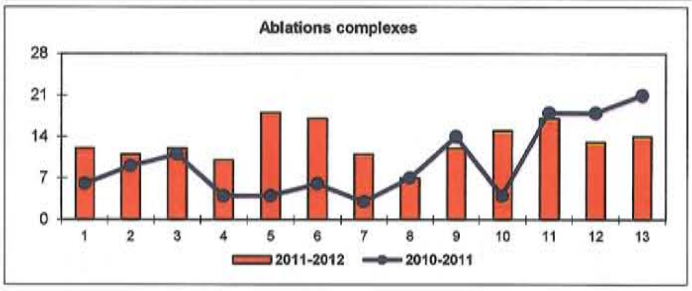
3.2 Activités réalisées en électrophysiologie

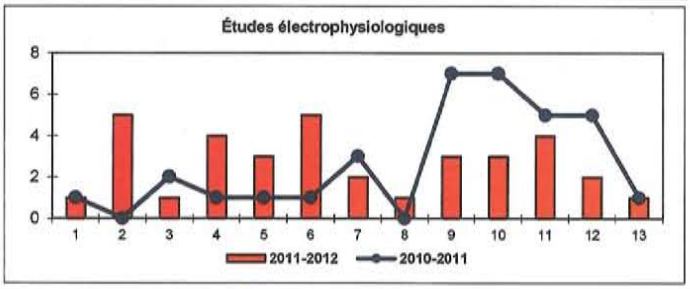
Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
		10-11	11-12		Qté	%		
Défibrillateurs	128	152	155	152	3	2,0%	●	↑
Stimulateurs cardiaques	379	368	383	368	15	4,1%	●	↑
Ablations simples	127	147	168	267	(99)	-37,1%	■	↑
Ablations complexes	56	125	169	125	44	35,2%	●	↑
Études électrophysiologiques	33	34	35	80	(45)	-56,3%	■	↑











ANALYSE :

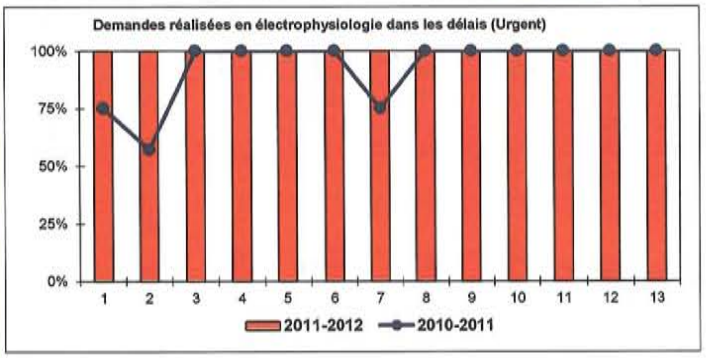
La hausse d'activités au niveau des ablations simples et complexes, ainsi que des études électrophysiologiques est reliée à l'annualisation des activités de la nouvelle salle d'électrophysiologie. Après la période 10, nous avions atteint la cible annuelle de 125 ablations complexes. Par contre, en raison d'un changement de pratique, les cibles pour les ablations simples et études électrophysiologiques n'ont pas été atteintes.

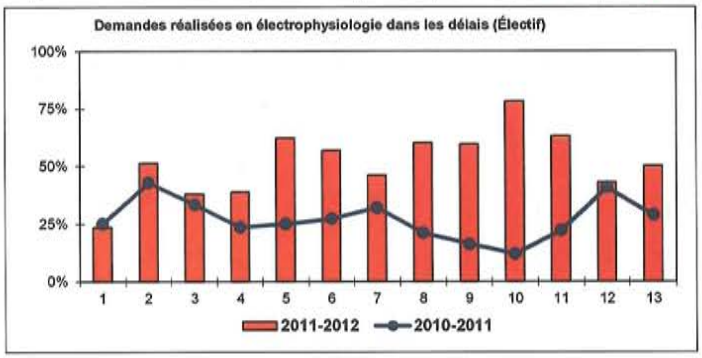
PLAN D'ACTION :

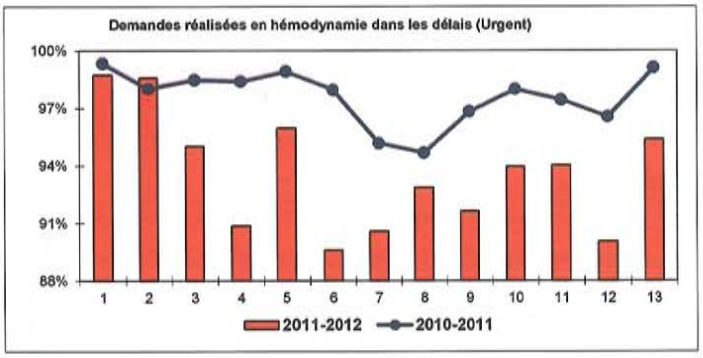
Ouverture de la salle à temps complet.

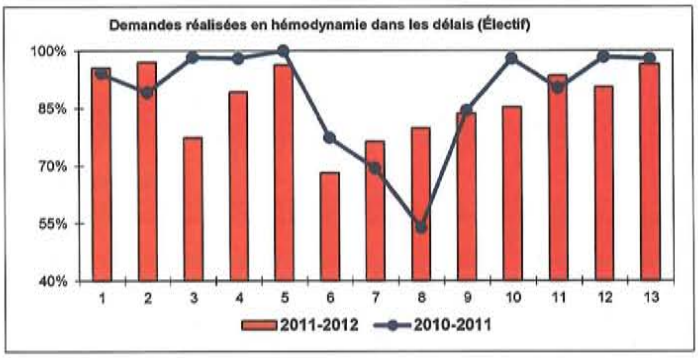
3.2 % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (électrophysiologie & hémodynamie)

Indicateur	09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Électrophysiologie : % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	56,4%	46,1%	63,2%					
Urgent (Cat. A)	96,5%	93,5%	100,0%	100%	0,0%	0%	●	↑
Électif (Cat. B)	30,8%	27,0%	51,6%	75%	-23,4%	-31%	■	↑
Hémodynamie : % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	99,3%	95,5%	91,9%					
Urgent (Cat. A)	99,4%	97,6%	93,7%	100%	-6,3%	-6%	●	↓
Électif (Cat. B)	99,2%	89,0%	86,7%	90%	-3,3%	-4%	●	↓









DÉFINITION :

Pourcentage des demandes de services réalisées dans les délais établis (électrophysiologie) :
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais cliniquement acceptables en électrophysiologie.

Pourcentage des demandes de services réalisées dans les délais établis (hémodynamie) :
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais cliniquement acceptables en hémodynamie.

ANALYSE :

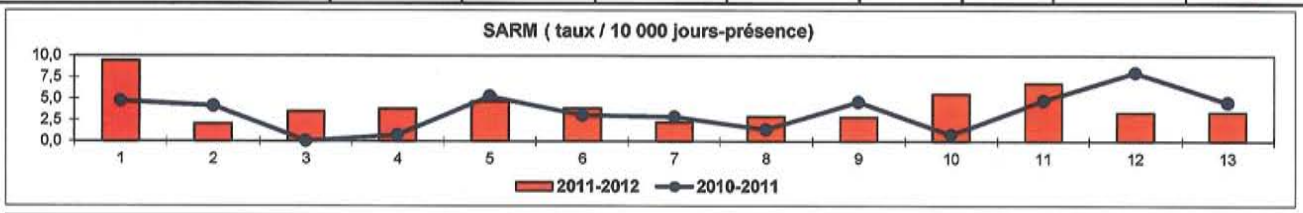
Hémodynamie :
Plusieurs actions ont été réalisées afin que nous soyons en mesure de respecter nos cibles en hémodynamie.
La baisse dans la catégorie B est due à la non-disponibilité de salles ou de patients pour raisons médicales ou personnelles. Le système SGAS ne nous permet pas de modifier les dates de disponibilité ce qui induit une augmentation de la «non-disponibilité».

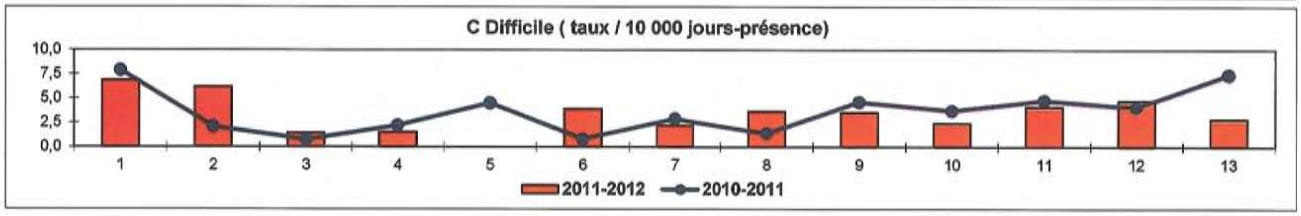
Électrophysiologie :
Afin d'éviter des délais importants pour les priorités de la catégorie A, l'emphase a été mise sur celles-ci. Depuis l'ouverture de la salle à temps complet, le pourcentage de demandes réalisées de catégorie A a, par le fait même, augmenté passant de 93,5 % l'an dernier à 100 % en 2011-2012. En ce qui concerne la catégorie B, nous observons une nette amélioration par rapport à l'an dernier.

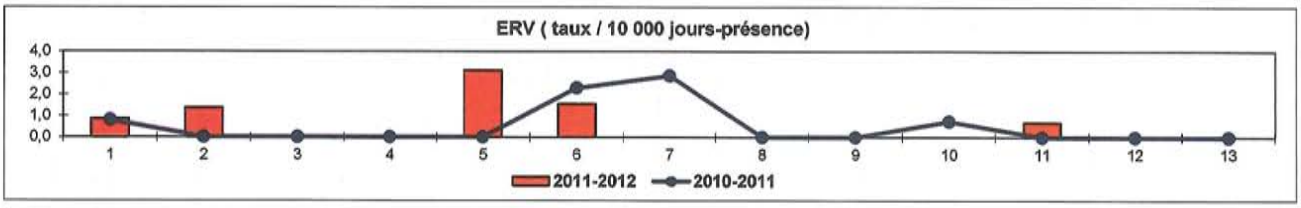
PLAN D'ACTION :
Ouverture de la salle à temps complet.

5.3 Infections nosocomiales

Indicateur	09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Taux / 10 000 jours-présence								
SARM	2,6	3,5	4,1	< 2.6	#VALEUR!	#VALEUR!		↑
C Difficile	3,2	3,6	3,3	< 3.2	#VALEUR!	#VALEUR!		↓
ERV	N/D	0,5	0,6	N/D	N/D	N/D	N/D	↑







DÉFINITION :

SARM (taux /10 000 jours-présence : Nombre de nouveaux cas de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) acquis en cours d'hospitalisation.

C Difficile (taux /10 000 jours-présence : Nombre de nouveaux cas de diarrhées associées au Clostridium difficile acquis en cours d'hospitalisation.

ERV (taux /10 000 jours-présence : Nombre de nouveaux cas d'entérocoques résistants à la vancomycine acquis en cours d'hospitalisation.

ANALYSE :

SARM : Nous avons connu une éclosion à la fin de l'année 2010 (P13) qui s'est décalée sur la période 1 de l'année 2011. Nous avons également eu une mini éclosion en période 11 de 2011. Donc, avec ces cas d'éclosion et les mesures de fermeture de lits en 2011, les taux se trouvent augmentés car la proportion est faite directement par le nombre de cas nosocomials sur le nombre total de jours-présence X 10 000. En nombre brut, cela représente 9 cas de plus que l'année précédente.

C-Difficile : Nous avons connu une toute petite éclosion, en fin d'année 2011-2012. Les cas nosocomials n'étaient qu'au nombre de 3, mais des mesures exceptionnelles ont immédiatement été mises en place afin de freiner la transmission sur cette unité. Le tout s'est résorbé immédiatement et aucun nouveau cas n'a éclos sur cette unité. Nous avons eu 8 cas de moins que l'an passé. La proportion étant la même, soit le nombre de cas nosocomials sur le nombre total de jours-présence X 10 000, et tenant compte du fait que des lits ont été fermés dans l'année, le taux étant moins élevé que l'année précédente est un succès !

ERV : Nous avons un seul cas de plus de ERV que l'année 2011-2012. Ce cas a été attribué au CHUS, mais il n'a pas été dépisté à l'admission dans notre centre, mais plutôt à l'admission lors du transfert de ce cas dans un autre hôpital. Comme il avait séjourné au CHUS pendant quelques jours, nous avons dû nous l'attribuer selon les systèmes de surveillance provinciaux. Par contre, nous ne l'avions pas dépisté à son arrivée au CHUS, alors il était peut-être déjà positif à son arrivée. Comme le calcul du taux est le même, soit le nombre de cas nosocomials sur le nombre de jours-présence X 10 000, et tenant compte de la fermeture des lits, ce cas vient augmenter la variation de 15 %.

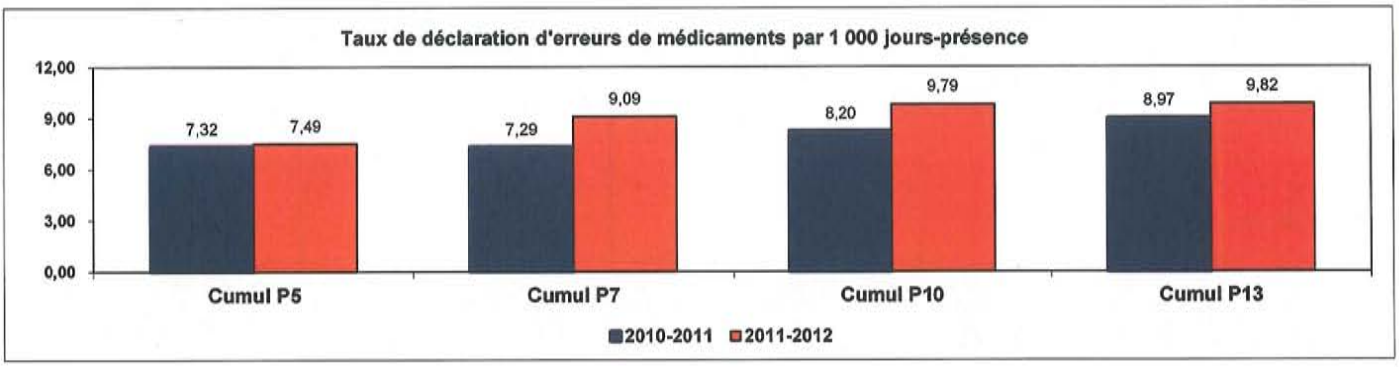
Les cibles indiquées sont les résultats de l'année 2009-2010.

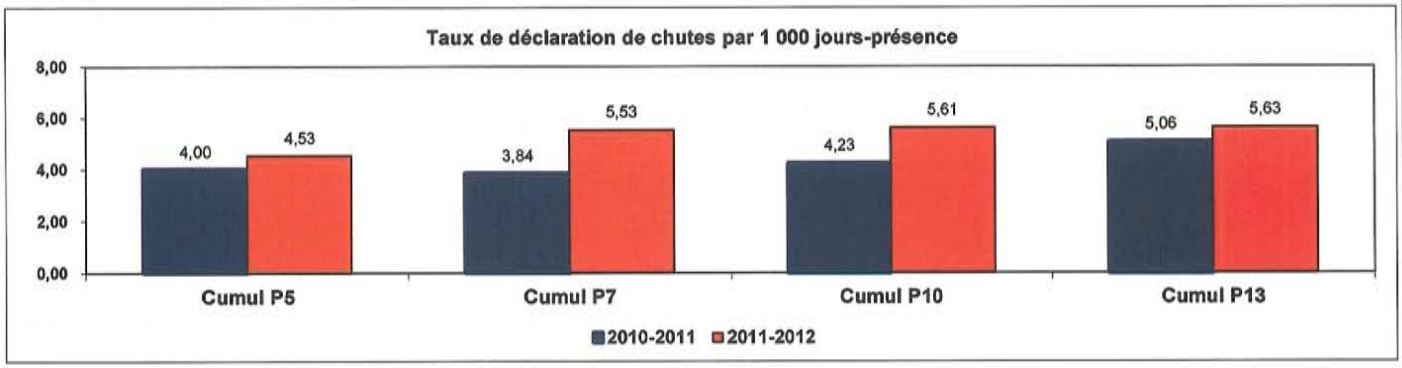
PLAN D'ACTION :

Poursuivre les activités de surveillance étroite pour tous les programmes obligatoires de l'INSPQ, ainsi que les programmes ciblés au CHUS par le service de prévention des infections.

5.5 Taux de déclaration (taux par 1 000 jours-présence)

Indicateur	09-10	Résultats		Cible	Ecart		Picto	Tendance
		10-11	11-12		Qté	%		
Taux de déclaration d'erreurs de médicaments	N/D	8,97	9,82	N/A	N/A	N/A	N/A	↑
Taux de déclaration de chutes	N/D	5,06	5,63	N/A	N/A	N/A	N/A	↑





DÉFINITION :

Taux de déclarations d'erreurs de médicaments par 1 000 jours-présence :
Nombre total d'erreurs de médicaments déclaré pour les unités d'hospitalisation et enregistré au registre local par 1 000 jours-présence.

Taux de déclaration de chutes par 1 000 jours-présence :
Nombre total de chutes déclaré pour les unités d'hospitalisation et enregistré au registre local par 1 000 jours-présence.

ANALYSE :

Les taux de déclarations d'erreurs de médicaments et de chutes indiqués après 13 périodes sont à la hausse par rapport à l'an dernier. Le nombre de déclarations d'erreurs de médicaments est, chaque année, supérieur au nombre de chutes. La hausse du taux de déclaration est positive, reflétant une bonne culture de déclaration et on note une certaine stabilité depuis 3 ans.

PLAN D'ACTION :

Le comité de gestion des risques fait un suivi biannuel de l'ensemble des objets déclarés, notamment pour les erreurs de médicaments et les chutes.

6.4 Nombre d'effectifs - volet universitaire

Résidents	Au 31 mars 2010	Au 31 mars 2011	Fin période 5	Fin période 7	Fin période 10	Fin période 13
Résidents 2011-2012	501	538	604	588	578	572
Chercheurs (Centre recherche clinique ÉTIENNE LE-BEL)	Au 31 mars 2010	Au 31 mars 2011	Fin période 5	Fin période 7	Fin période 10	Fin période 13
Cliniciens	78	86	86	89	89	89
Fondamentalistes	107	114	115	121	123	122
TOTAL	185	200	201	210	212	211

DÉFINITION :

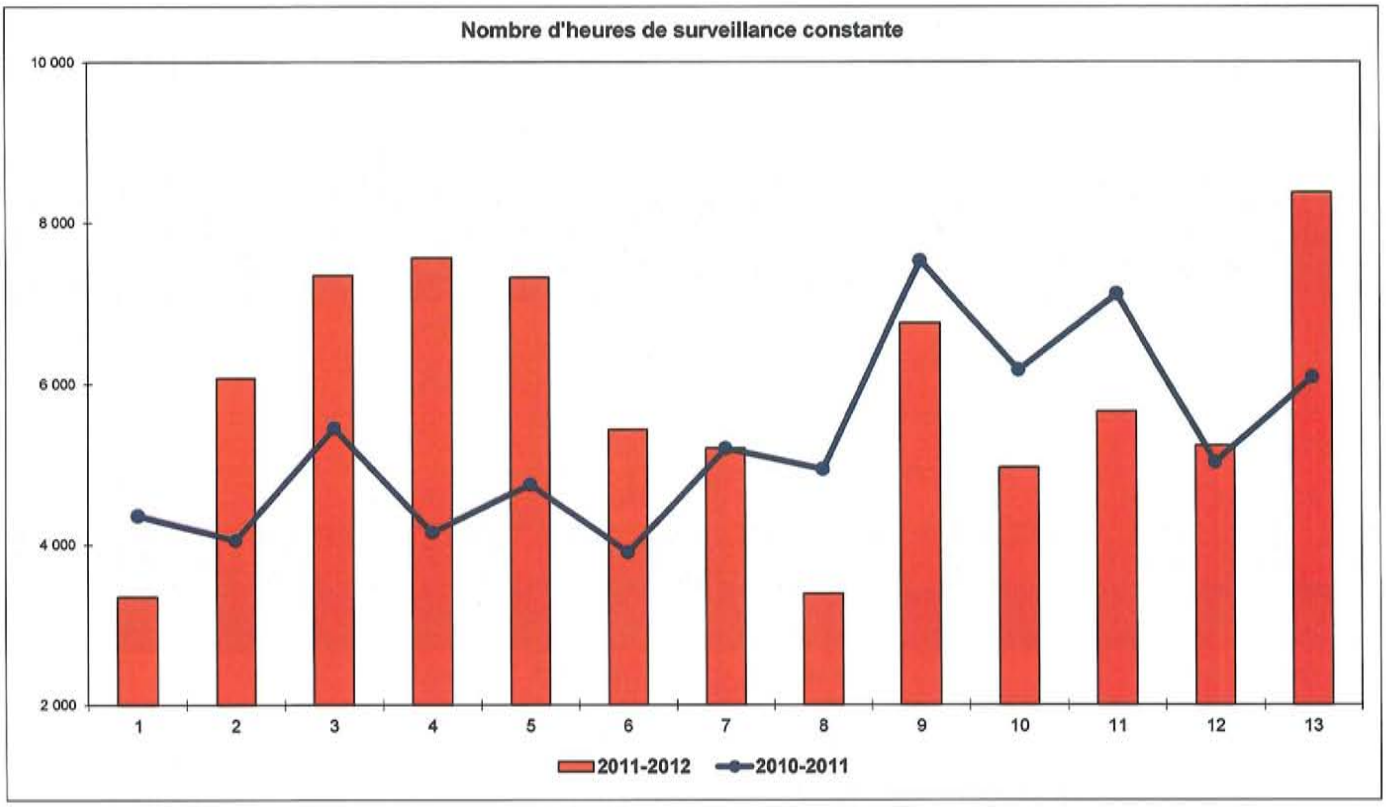
ANALYSE :

Le nombre de résidents a augmenté de 6,3 % passant de 538 à 572 entre P1 et P13.
L'année dernière, l'augmentation avait été de 7,4 % pour la même période (de 501 à 538).
En 2011-2012, le nombre de nouveaux résidents est de 174 comparativement à 164 pour l'année dernière. Pour ce qui est des départs, ils sont restés sensiblement au même niveau. Les départs sont majoritairement des fins de résidence et quelques transferts.

PLAN D'ACTION :

7.4 Nombre d'heures de surveillance constante

Indicateur	09-10	Résultats			Cible	Écart		Picto	Tendance
		10-11	11-12	Écart		Qté	%		
Heures de surveillance constante	67 280	68 770	76 672	7 903	55 932	20 740	37%	■	↑
Salaires en surveillance constante	**1 248 246 $**	**1 316 329 $**	**1 542 087 $**						



DÉFINITION :

Surveillance constante :

Mesure de surveillance et d'accompagnement d'un professionnel (habituellement un préposé aux bénéficiaires) dédié sur place, auprès d'un patient vulnérable, dont les comportements sont susceptibles de compromettre sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui.

ANALYSE :

Il y a un suivi fait au quotidien par les chefs de soins et services, les AIC, les ICDC et le soutien des conseillères-cadres cliniciennes au besoin, dans le but de diminuer au minimum la durée des surveillances constantes et de trouver des alternatives. De plus, des formations sur le délirium sont actuellement données aux personnels, puisque c'est une situation clinique qui entraîne souvent le recours à des surveillances constantes.

PLAN D'ACTION :

7.4 Taux de rétention

ÉTABLISSEMENT	Résultats			Tendance 09-10 vs 08-09	Tendance 10-11 vs 09-10
	2008-2009	2009-2010	2010-2011		
183 - 364 jours (+ 6 mois)	85,36%	84,77%	80,39%	↓	↓
365 - 547 jours (+ de 12 mois)	77,83%	77,39%	73,58%	↓	↓
548 - 729 jours (+ de 18 mois)	73,04%	71,43%		↓	
730 jours et plus (+ de 24 mois)	68,70%	66,56%		↓	
Restant à l'emploi à ce jour	**61,45%**	**65,15%**	**70,83%**		
INFIRMIÈRES	**Résultats**			**Tendance 09-10 vs 08-09**	**Tendance 10-11 vs 09-10**
	2008-2009	2009-2010	2010-2011		
183 - 364 jours (+ 6 mois)	84,26%	89,44%	83,87%	↑	↓
365 - 547 jours (+ de 12 mois)	77,78%	80,12%	75,00%	↑	↓
548 - 729 jours (+ de 18 mois)	69,44%	71,43%		↑	
730 jours et plus (+ de 24 mois)	62,96%	63,35%		↑	
Restant à l'emploi à ce jour	**53,70%**	**62,73%**	**69,35%**		
INFIRMIÈRES AUXILIAIRES	**Résultats**			**Tendance 09-10 vs 08-09**	**Tendance 10-11 vs 09-10**
	2008-2009	2009-2010	2010-2011		
183 - 364 jours (+ 6 mois)	81,82%	77,14%	96,43%	↓	↑
365 - 547 jours (+ de 12 mois)	77,27%	70,00%	89,29%	↓	↑
548 - 729 jours (+ de 18 mois)	75,76%	70,00%		↓	
730 jours et plus (+ de 24 mois)	75,76%	68,57%		↓	
Restant à l'emploi à ce jour	**72,73%**	**68,57%**	**87,50%**		

DÉFINITION :

Taux de rétention :

Proportion du nombre de personnes embauchées au cours de la dernière année encore à l'emploi.
Établit le pourcentage de personnes embauchées (ou réembauchées) pour une année financière donnée, toujours à l'emploi de l'établissement au terme d'une période de temps déterminée après leur embauche.

ANALYSE :

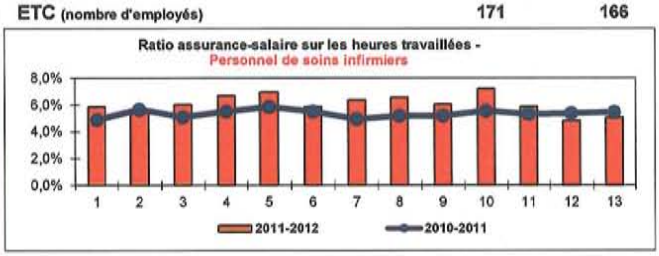
- Les principales raisons de départ dans la première année sont liées aux horaires et aux heures de travail (34 %), des raisons personnelles et familiales (17 %) et les déménagements (16 %).
- Le taux de rétention 6 mois 2010-2011 pour le CHUS dans I-Stratège se situe à 82,62 % . Ce taux de rétention n'est pas calculé comme celui de la DRHE; il se calcule au 31 mars de chaque année et il est basé sur toutes les personnes présentes au 31 mars et non nécessairement sur les personnes embauchées et ayant travaillées plus de 6 mois. Par contre, nous pouvons nous comparer avec les autres établissements et la province (taux de rétention provincial 74,72 %).

PLAN D'ACTION :

- Actions axées sur l'instauration et le maintien de conditions de travail attrayantes, analyse des posssibilités de rehaussement du nombre de jours travaillés, planification du temps supplémentaire, planification de la main d'oeuvre proactive.

7.6 Ratio assurance-salaire vs heures travaillées

Indicateur	09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Infirmières	5,10%	4,54%	5,19%	5,0%	0,2%	4%		
Infirmières auxiliaires	5,98%	6,70%	7,77%	5,0%	2,8%	55%		
Éducateurs spécialisés	22,18%	7,09%	4,30%	5,0%	-0,7%	-14%		
Préposés aux bénéficiaires	7,26%	6,56%	7,16%	5,0%	2,2%	43%		
Sous-total personnel de soins infirmiers	**5,80%**	**5,32%**	**6,02%**	**5,0%**	**1,0%**	**20,4%**	■	↑
Techniciens de la santé	4,37%	3,85%	3,30%	5,0%	-1,7%	-34%		
Professionnels de la santé	2,72%	2,95%	4,47%	5,0%	-0,5%	-11%		
Sous-total autre personnel de soins	**3,98%**	**3,63%**	**3,58%**	**5,0%**	**-1,4%**	**-28,4%**	●	↓
Personnel de soutien	5,68%	5,06%	5,31%	5,0%	0,3%	6%		
Commis et réceptionnistes	4,92%	4,09%	6,53%	5,0%	1,5%	31%		
Autre personnel administratif	5,91%	6,73%	5,71%	5,0%	0,7%	14%		
Cadres	1,44%	3,07%	4,00%	5,0%	-1,0%	-20%		
Autres	0,00%	0,00%	0,00%	5,0%	-5,0%	-100%		
Sous-total autre personnel	**5,27%**	**5,49%**	**5,45%**	**5,0%**	**0,5%**	**9,0%**	●	↓
TOTAL	**5,26%**	**5,05%**	**5,34%**	**5,0%**	**0,3%**	**6,8%**	●	↑
Impact financier (incluant ch. sociales 11,5 %)	**6 808 865 $**	**6 668 620 $**	**7 509 426 $**					
ETC (nombre d'employés)	**171**	**166**	**179**					



DEFINITION :

Ratio en assurance-salaire :

Proportion d'heures en assurance-salaire par rapport aux heures travaillées, à l'intérieur d'une période donnée.

ANALYSE :

- Le ratio d'assurance-salaire cumulé après treize périodes est supérieur à celui de l'année dernière. Les heures en assurance-salaire ont augmenté de 10 % comparativement à l'année dernière alors que les heures travaillées des activités principales de la même période n'ont augmenté que de 3 %. Le nombre de demandes en assurance-salaire est en hausse de 4%.
- Diminution du nombre d'heures en assignation temporaire de 1,6%. Transferts de cas CSST vers l'assurance-salaire. Hausse des cas autres et psychiques (inf., inf. aux., inhalothérapeutes, employés de bureau, cadres) et baisse des cas musculosquelettiques (baisse de 16 % des maux de dos).
- Infirmières: diminution du nombre cas mais une augmentation de 15 % des heures en assurance-salaire dont une hausse de 26 % dans la catégorie psychique.
- Infirmières auxilliaires: hausse du nombre de cas, augmentation de 24 % des heures en assurance-salaire dans toutes les catégories.
- Préposés aux bénéficiaires: diminution du nombre de cas mais une hausse de 13,9 % des heures en assurance-salaire et augmentation dans la catégorie autres.
- Profesionnels de la santé: nombre de cas stable mais une augmentation de 39 % des heures en assurance-salaire (augmentation des durées).
- Commis et réceptionnistes: hausse du nombre de cas psychiques et hausse de 34 % d'heures en assurance-salaire.
- Éducateurs spécialisés: même nombre d'heures d'absence mais il y a une augmentation des heures travaillées faisant ainsi diminuer le ratio.

PLAN D'ACTION :

Gestion médico-légale : coordination et rencontre avec les gestionnaires de chaque secteur afin d'élaborer des plans personnalisés, gestion plus serrée des éléments administratifs autour des dossiers de type psychique, sensibilisation et soutien des gestionnaires autour de l'assignation temporaire et la gestion des conflits, suivi mensuel par un agent de la gestion du personnel, suivi par un médecin-conseil aux six semaines, expertises supports par des spécialistes, corridors privilégiés en imagerie médicale et en physiothérapie, collaboration des spécialistes pour des consultations et des chirurgies, expertises légales, arbitrage médical, programme d'aide aux employés, projet d'assignation temporaire pour chaque dossier, accompagnement lors du retour au travail, postes réservés et accommodement pour le personnel avec limitations fonctionnelles et accès pour les gestionnaires à un tableau de bord.

8.4 Nombre d'effectifs médicaux

Effectifs médicaux	Total au 31 mars 2010	Total au 31 mars 2011	Actifs	Associés	Conseils	Total à la fin de la période 13
Spécialistes	446	468	421	18	30	469
Omnipraticiens	135	143	97	24	24	145
Pharmaciens	48	53	53	4	0	57
TOTAL	**629**	**664**	**571**	**46**	**54**	**671**

DÉFINITION :

ANALYSE :

PLAN D'ACTION :

Autres informations statistiques

Indicateur		09-10	Résultats 10-11	Résultats 11-12	Cible	Écart Qté	Écart %	Picto	Tendance
Cliniques externes	La visite	202 010	213 558	220 728	213 558	7 170	3,4%	●	↑
Téléthérapie (1)	Unités de traitement	N/A	N/A	63 573	N/A	N/A	N/A		
	Le patient	1 566	1 498	1 496	1 498	(2)	-0,1%	●	↓
Gamma Knife (1)	Unités de traitement	N/A	N/A	14 396	N/A	N/A	N/A		
	Le patient	314	308	362	308	54	17,5%	●	↑
Curiethérapie (1)	Unités de traitement	N/A	N/A	692	N/A	N/A	N/A		
	Le patient	50	46	50	46	4	8,7%	●	↑
Hémodynamie	L'examen	7 089	7 984	7 611	7 984	(373)	-4,7%	●	↓
	Le patient	3 079	3 305	3 341	3 505	(164)	-4,7%	●	↑
	Nombre de stents installés	2 677	2 839	2 745	2 839	(94)	-3,3%	●	↓
Électrophysiologie interventionnelle	L'examen	706	1 163	1 741	1 656	85	5,1%	●	↑
	Le patient	363	579	967	920	47	5,1%	●	↑
	Nombre de défibrillateurs installés	128	152	155	152	3	2,0%	●	↑
	Nombre de pacemakers installés	379	368	383	368	15	4,1%	●	↑
Hémato-oncologie	La visite de traitement	11 949	11 802	11 226	11 802	(576)	-4,9%	●	↓
Hémodialyse:									
Hospitalière	Le traitement	18 158	18 774	17 395	18 774	(1 379)	-7,3%	●	↓
DPAC	Le traitement	12 713	11 801	8 975	11 801	(2 826)	-23,9%	■	↓
Nocturne	Le traitement	4 085	3 493	3 215	3 493	(278)	-8,0%	●	↓
Angio générale (2) (imagerie médicale)	L'examen	8 523	6 746	6 237	6 746	(509)	-7,5%	●	↓
TEP (Médecine nucléaire)	L'examen	4 139	4 332	4 250	4 332	(82)	-1,9%	●	↓
Maternité	L'accouchement	2 846	2 922	2 813	2 922	(109)	-3,7%	●	↓

Note 1 : En radio-oncologie, il y a une nouvelle unité de mesure depuis le 1er avril 2011, soit l'unité de traitement qui correspond au nombre de visites/traitement et de planifications.

Note 2 : En angio générale, dans le but d'avoir des statistiques comparables, nous avons ajusté les résultats de l'année antérieure pour tenir compte des importantes modifications de l'annexe G au 1er avril 2011. Par contre, le résultat de l'année 2009-2010 n'est pas ajusté.

ANNEXE 3 – CODE D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

SUJET : **ORGANISATION GÉNÉRALE** **OBJET :** Code d'éthique et de déontologie des membres du CA	**NPG N° 1101**
APPROUVÉE PAR : CONSEIL D'ADMINISTRATION	**Émise le : 12 mars 1998** **Révisée le : 15 décembre 2010**

1. PRÉAMBULE

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration prévues dans la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux;

Considérant la mission du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

« *À l'avant-garde de l'innovation en soins, en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, le CHUS contribue de façon dynamique et significative, en partenariat avec les établissements des différents réseaux, à l'amélioration de la santé des patients et de la population. Il participe également au développement socio-économique des régions de son bassin de desserte.* »

Considérant les valeurs de l'organisation :

- le respect
- l'éthique
- la saine gestion
- le professionnalisme
- l'esprit d'équipe
- la créativité et l'innovation
- la transparence

Les membres du conseil d'administration du CHUS ont adopté le présent code d'éthique et de déontologie pour régir leurs actions.

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

2.1 Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code.

2.2 Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, intégrité, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et dans l'intérêt du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

2.3 Les administrateurs doivent faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.

2.4 Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

2.5 Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

2.6 Les administrateurs doivent s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de leurs fonctions au sein du conseil d'administration.

2.7 Les administrateurs doivent faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques.

2.8 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et son conseil d'administration.

3. CONFIDENTIALITÉ ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

3.1 Les administrateurs doivent préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions tenus à huis clos.

3.2 Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

3.3 Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges, directs ou indirects, actuels ou éventuels dans l'exercice de ses fonctions.

3.4 Les administrateurs doivent dissocier de l'exercice de leurs fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de leurs activités professionnelles ou d'affaires.

3.5 Tout administrateur doit donner priorité aux intérêts du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke lorsqu'il participe à toute intervention, échange, délibération ou décision susceptible de mettre en jeu son intérêt personnel.

3.6 Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse renommée et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières.

3.7 Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration.

3.8 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

3.9 Les administrateurs doivent déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne, une société ou une entreprise dans laquelle ou avec laquelle ils ont des intérêts pécuniaires.

3.10 Avant d'entrer en fonction et à tout renouvellement de mandat, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 3 du présent code. Par ailleurs, cette déclaration doit être mise à jour chaque fois que les circonstances d'une personne changent de telle façon à exiger leur divulgation. De plus, la personne est tenue de divulguer tout conflit d'intérêt qui peut survenir dans le cadre d'un comité afin que celui-ci en soit informé et puisse prendre les mesures qui s'imposent.

4. RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

4.1 L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

4.4 Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

4.6 L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de toutes les personnes qui y œuvrent.

5. INTÉGRITÉ

5.1 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

5.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

5.4 L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

6. APPLICATION DU CODE

6.1 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit, par un écrit assermenté, le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président. Cet écrit doit contenir les faits sur lesquels la plainte est déposée et faire référence aux dispositions de la loi ou du présent code d'éthique et de déontologie, auxquelles l'administrateur aurait contrevenu.

6.2 Après analyse par écrit, le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. Le président ou le vice-président informe également l'administrateur sous enquête en lui faisant parvenir une copie de la plainte assermentée, du rapport d'analyse consigné par écrit ainsi que le nom des personnes chargées de faire enquête relativement à la plainte.

6.3 À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 5.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

6.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

6.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

6.7 À défaut par le président ou le vice président de constituer le comité mentionné au paragraphe 5.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

6.8 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

6.9 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

6.10 Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation. Avant de statuer sur la possibilité d'imposer une sanction, le conseil d'administration doit permettre à l'administrateur concerné d'être entendu.

6.11 Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

6.12 Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

6.13 Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

ANNEXE 1

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je,_____, membre du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, déclare que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice.

Je déclare que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

De plus, j'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs du Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke. Je déclare en comprendre le sens et la portée et je m'engage à en respecter toutes les dispositions pendant comme après l'exercice de mon mandat.

_____

Signature

_____

Date

ANNEXE 2

AFFIRMATION DE DISCRÉTION DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE

Je,_____ affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

_____

Signature

_____

Date

ANNEXE 3

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Déclaration d'intérêts

Nom :	**Prénom :**
Fonction :	**Numéro(s) de téléphone :**

Par le présent document, déclare sur l'honneur, qu'à ma connaissance, les seuls intérêts directs et indirects que j'ai avec des entreprises[1], sont listés ci-dessous.

1. Intérêts financiers dans une entreprise ☐ Oui ☐ Non

Tout intérêt financier dans une entreprise (valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres) doit être déclaré **(exception : actionnaire minoritaire si les actions de l'entreprise se transigent dans une bourse reconnue et si la personne en cause ne constitue pas une initiée de cette entreprise au sens de la Loi sur les valeurs mobilières).**

NOTE : Lorsque la réponse est « oui », identifiez au verso le nom de(s) l'entreprise(s) concernée(s), le type d'investissement, le montant, le nombre de parts, etc.

2. Activités exercées personnellement

2.1.1 Propriétaire, dirigeant, associé, employé, participation à un palier décisionnel d'une entreprise ☐ Oui ☐ Non

- *Actuellement, en négociation ou au cours des 3 années précédentes*
- *Sont concernées les entreprises dont les produits sont en lien avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes professionnels ou organismes de conseil intervenant dans le secteur de la santé et des services sociaux*

2.1.2 Autres activités régulières ☐ Oui ☐ Non

- *Actuellement ou au cours des 3 années précédentes*
- *Consultation individuelle, membre d'un groupe d'experts ou équivalent...pour une entreprise en lien avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*

2.1.3 Interventions ponctuelles à titre de conseiller ☐ Oui ☐ Non

- *Actuellement ou au cours des 3 années précédentes*
- *Consultant ponctuel, participation à un groupe de travail, groupe de réflexion, etc. en lien avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, avec les organismes professionnels ou organismes de conseil intervenant dans le secteur de la santé et des services sociaux*

2.1.4 Interventions ponctuelles - congrès, conférences, colloques, autres réunions ☐ Oui ☐ Non

- *Actuellement ou au cours des 3 années précédentes*
- *Réunions soutenues financièrement ou organisées par une entreprise fabricant ou commercialisant un produit*
- *Invitations en qualité d'intervenant*

2.1.5 Interventions ponctuelles – autres ☐ Oui ☐ Non

- *Actuellement ou au cours des 3 années précédentes*
- *Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle*

3. Proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans une entreprise ☐ Oui ☐ Non

- *Actuellement*
- *Conjoint ou personne vivant sous le même toit -, ascendants ou descendants, collatéraux immédiats y compris leur conjoint...* ***(Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné)***

4. Autres ☐ Oui ☐ Non

- *Autres faits ou intérêts qui pourraient être considérés comme préjudiciables à votre impartialité*
- *Travaux d'expertise dans d'autres instances/institutions en relation avec les services de santé et les services sociaux*
- *Autres faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance du CHUS*

NOTE : Lorsque la réponse est « oui », identifiez au verso le nom de(s) l'entreprise(s) concernée(s), la nature de l'activité ou du produit, etc.

Date _____ ***Signature*** _____

[1] La notion « **d'entreprises** » doit être entendue au sens large : il peut s'agir d'entreprises dont les produits sont en lien avec le secteur de la santé et des services sociaux, de sociétés ou d'organismes professionnels ou de conseil intervenant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

ANNEXE 3 (suite)

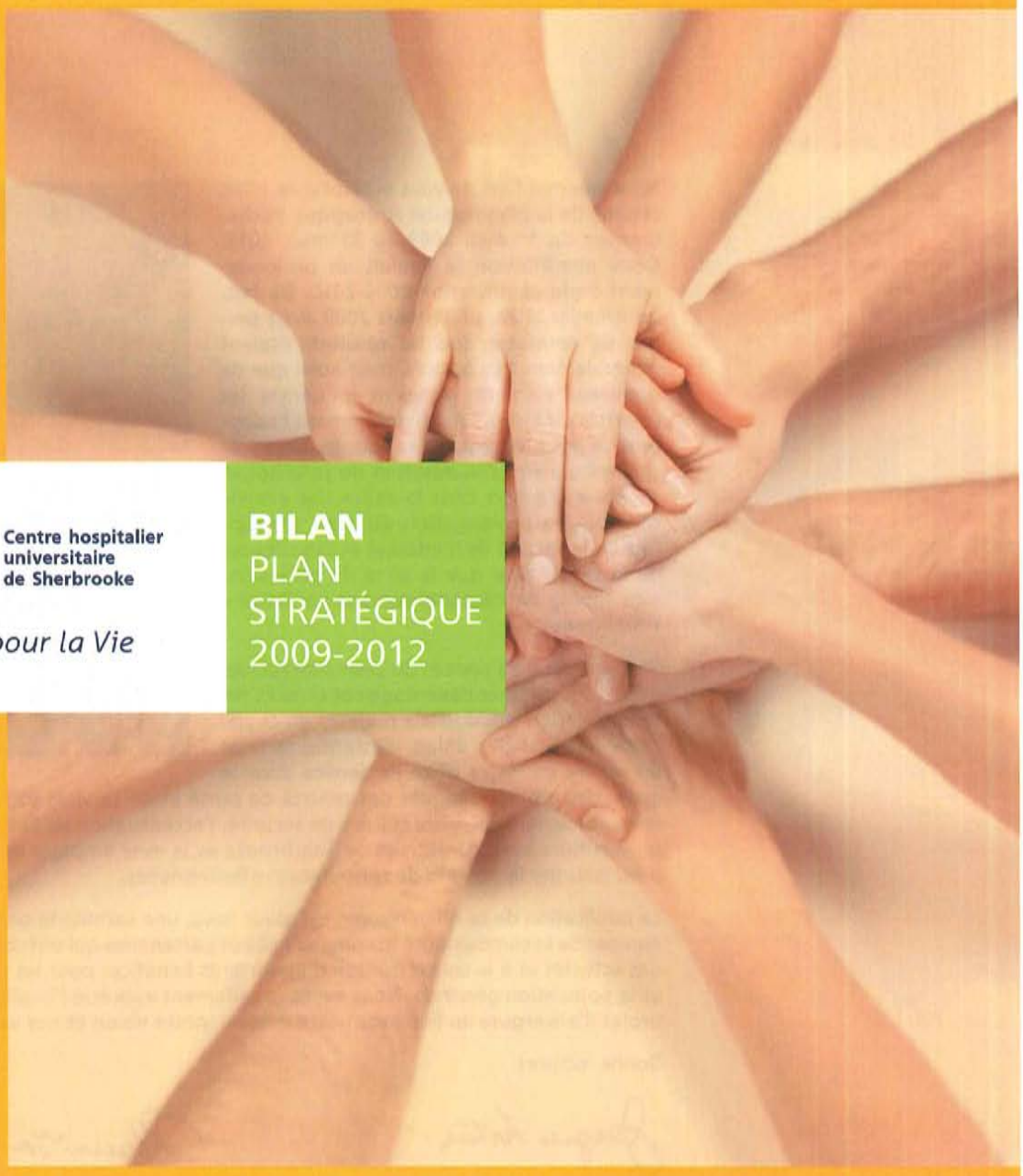
Nom de(s) l'entreprise(s) concernée(s), le type de lien, la nature de l'activité ou du produit, etc.

ANNEXE 4 – BILAN DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE 2009-2012

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie



BILAN
PLAN STRATÉGIQUE 2009-2012

DES RÉSULTATS PROBANTS

CHUS – Hôtel-Dieu

CHUS – Hôpital Fleurimont

Nous sommes fiers de vous présenter ce bilan résumé de la planification stratégique s'échelonnant du 1er avril 2009 au 31 mars 2012. Cette planification se voulait un prolongement de la planification 2006-2010. De fait, un premier bilan au 31 mars 2009 avait permis de constater que les résultats étaient généralement très positifs, mais aussi que de nouveaux éléments venaient influencer les priorités du CHUS. Citons notamment l'adoption de priorités régionales pour les trois prochaines années, l'élaboration de priorités et de plans d'action dans le cadre des projets cliniques, la prolongation du plan stratégique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, ainsi que la prise de possession plus rapide de l'agrandissement du CHUS – Hôtel-Dieu.

Pendant ces trois années du plan stratégique, nous nous sommes davantage concentrés sur la finalisation des dossiers majeurs en cours, l'amélioration des délais d'attente, la mise en œuvre de notre offre de service dans le cadre des projets cliniques des centres de santé et de services sociaux (CSSS) régionaux, le renforcement de notre culture de sécurité, l'accentuation de la synergie de notre volet universitaire avec l'Université de Sherbrooke et la mise en place de stratégies gagnantes pour assumer la pénurie de ressources professionnelles.

La publication de ce bilan résumé est, pour nous, une excellente occasion de remercier les équipes de la communauté hospitalière et nos partenaires qui ont collaboré à la réalisation des activités et à la concrétisation d'importants bénéfices pour les patients, leurs proches et la population générale. Nous avons grandement apprécié l'implication de tous dans ce projet d'envergure en lien avec notre mission, notre vision et nos valeurs.

Bonne lecture!

Jacques Fortier

Le président du conseil d'administration
Jacques Fortier

Patricia Gauthier

La directrice générale
Patricia Gauthier

1.

Améliorer l'accessibilité aux soins et services

Ces trois dernières années, des gains appréciables ont été réalisés dans l'accessibilité aux soins et services. Ces améliorations se remarquent notamment dans certaines consultations en médecine spécialisée et chirurgie, dans les examens en imagerie médicale, les soins en oncologie, les consultations en cliniques externes et les examens en électrophysiologie cardiaque.

Un nouveau service, la téléassistance en soins de plaies, bonifie également l'accessibilité en soutenant à distance les équipes de soins, ce qui permet aux patients d'être traités dans leur milieu. Ce projet a récolté plusieurs honneurs et suscite un intérêt national et international.

Les besoins croissants de la clientèle et la pénurie de main-d'œuvre spécialisée continuent de poser d'importants défis en termes d'accessibilité, particulièrement dans certaines spécialités médicales, en santé mentale, dans le désengorgement des urgences et en chirurgie.

Pour faire face au manque de ressources humaines et optimiser l'accessibilité, le CHUS a mené une réorganisation complète du travail dans les unités de soins. Depuis 2009, 38 équipes de soins ont ainsi revu leurs façons de faire. Une démarche comparable a été menée au niveau régional et, ensemble, les établissements ont transformé l'offre de service en oncologie et en santé mentale, le tout avec le soutien d'une équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche se poursuit pour la clientèle des troubles envahissants du développement.

Enfin, la réorganisation de la centrale de rendez-vous permet maintenant de répondre à 80 % des appels dans les délais attendus. Toutefois, des actions doivent se poursuivre pour continuer d'améliorer le processus et répondre adéquatement aux besoins des cliniciens et des patients.

2.

Contribuer à l'amélioration du continuum de soins dans le cadre des projets cliniques de la région

« La collaboration régionale est remarquable. La présence d'un CHU en région nous permet un continuum de services complet, au bénéfice de la population de l'Estrie et de notre RUIS. »

Les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux

Les équipes du CHUS ont travaillé avec les partenaires du réseau pour implanter une approche novatrice soutenant la hiérarchisation des services et le continuum de soins. Plusieurs secteurs en ont bénéficié jusqu'ici, soit le diabète, la réadaptation cardiaque, l'insuffisance cardiaque, l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Plusieurs actions ont aussi été menées en santé mentale afin de mieux hiérarchiser les soins et services et ainsi répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle.

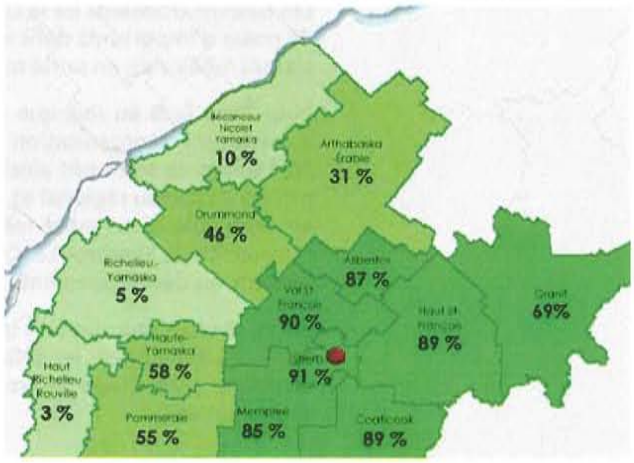
La nouvelle fiche RÉSEAU, qui permet un meilleur échange d'informations entre le CHUS et ses partenaires, est un des outils qui facilitent le continuum de soins. Dans le même objectif, des projets ont été menés pour améliorer la communication avec les patients : aide-mémoire au congé, meilleure information à l'urgence, guide de rédaction pour les documents destinés aux patients, amélioration du site Internet, etc.

3.

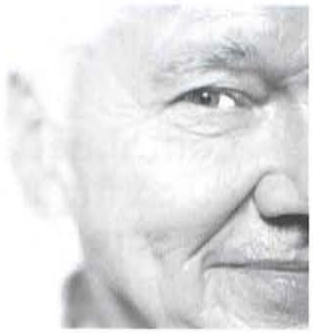
Développer l'offre de services cliniques suprarégionaux (RUIS)

Le CHUS a offert des soins ultraspécialisés à davantage de patients du territoire RUIS, notamment de Granby et de Cowansville, et a signé des ententes cadres avec les six CSSS de son bassin de desserte suprarégional. La nouvelle salle d'électrophysiologie et des ententes de transfert en néonatologie font partie des changements qui ont amélioré l'offre de services cliniques suprarégionaux. La carte ci-dessous montre le **taux de rétention des épisodes tertiaires en 2010-2011.**

La procréation médicalement assistée, l'identification des axes d'excellence cliniques arrimés avec ceux de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) et du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel (CRCELB), ainsi que la mise en œuvre de corridors de service spécifiques aux besoins des clientèles de nos territoires de desserte sont des projets en cours.



4.



Adapter nos soins et services aux besoins de la population

Soutenu par le leadership du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), le CHUS a implanté en 2008 son unité de gériatrie de 10 lits au CHUS – Hôtel-Dieu. Poursuivant l'ajustement de ses soins et services aux besoins de la clientèle vieillissante, le CHUS est l'un des quatre centres pilotes au Québec à avoir entrepris l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées en soins aigus. Au terme de cette démarche graduelle, le CHUS entend être devenu *un hôpital attentif à ses aînés.*

Le personnel du CHUS a également intégré dans tous les secteurs cliniques le plan thérapeutique infirmier, qui dresse le profil clinique évolutif du patient, ainsi que de nouvelles pratiques professionnelles visant à optimiser l'interdisciplinarité et rehausser l'efficacité des interventions auprès des patients.

Dans un avenir rapproché, l'approche spécifique à la clientèle 0-17 ans sera développée dans le vaste projet de construction du Centre femme-jeunesse-famille.

5.

Renforcer la démarche qualité dans l'ensemble de l'organisation

« L'excellent accueil dans tous les services du CHUS, y compris la comptabilité, m'a fort soulagé dans l'angoisse que je ressentais à cause de la surprise que m'a réservé mon cancer de la prostate. Je suis reconnaissant. »

Un patient de radio-oncologie

Partout dans l'organisation, de nombreuses actions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services ont été menées ces trois dernières années. Quelques exemples : évaluation continue de l'expérience des patients, bilan de l'examen des plaintes depuis 2007, implantation des chariots de médicaments, campagne de sensibilisation sur les abréviations dangereuses, etc. Les équipes qualité se sont aussi mobilisées pour mettre en place les recommandations d'Agrément Canada, qui a accordé au CHUS un agrément 2010-2013 avec conditions, lesquelles ont toutes été rencontrées en novembre 2011.

La gestion de la pandémie d'influenza A H1N1 fut, certes, un événement majeur en 2009. Plusieurs actions ont été mises en place pour s'assurer d'une prestation de soins sécuritaire pour les patients mais aussi pour le personnel. Par ailleurs, le CHUS a poursuivi ses efforts en matière de prévention des infections nosocomiales, affichant l'un des taux les plus bas au Québec. Pour les maintenir, la vigilance quotidienne reste de mise dans tous les secteurs cliniques.

LE CENTRE D'EXPERTISE CLINIQUE EN RADIOPROTECTION (CECR)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a désigné le CHUS comme centre de référence provinciale en radioprotection. Le CHUS offre donc désormais à d'autres établissements des expertises conseils, de soutien et de contrôle afin d'assurer des services de radiologie hautement sécuritaires pour les patients.

6.

Développer le volet universitaire

Le CHUS, qui a célébré les 40 ans de son volet universitaire avec l'Université de Sherbrooke, a créé une nouvelle direction qui intègre la gestion des ressources humaines et de l'enseignement. Cette direction travaille à l'essor et au maintien d'un milieu d'apprentissage stimulant et valorisant. Soulignons que le CHUS – Hôtel-Dieu consacre maintenant 4 000 m² à l'enseignement et à la recherche, dont un nouvel espace académique spécialement aménagé.

De son côté, le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel, qui a souligné ses 30 ans d'existence, a obtenu à la suite d'une rigoureuse évaluation le renouvellement de son financement du Fonds de recherche du Québec en santé (FRQS) jusqu'en 2014. Il a également décroché une subvention de 2 M$ sur quatre ans pour un projet stratégique et innovant qui réunira ses expertises à celles de l'Institut de pharmacologie de Sherbrooke.

Plusieurs projets sont passés de la recherche à des applications cliniques, dont la production de technétium à partir d'un cyclotron, le dépistage des maladies métaboliques par spectrométrie de masse, l'utilisation optimale des antibiotiques grâce à un logiciel expert et la téléassistance en salle d'urgence. La téléformation et téléconsultation a aussi vu le jour. Il s'agit d'un réseau virtuel de transfert de connaissances et de soutien médical et professionnel à distance par des experts.

Des travaux se poursuivent pour améliorer l'intégration de la recherche dans les secteurs cliniques et pour arrimer les travaux de recherche entre le CRCELB, la FMSS, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS) et le CSSS-IUGS. L'entrepôt de données du Centre informatisé de recherche évaluative en services et soins de santé (CIRESSS) continue de se développer en soutien à la recherche et à l'amélioration des pratiques cliniques. Enfin, le CHUS et la FMSS ont établi des liens avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en vue de confirmer une entente de centre collaborateur.

Le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de Sherbrooke a arrimé les forces de l'ensemble des partenaires et identifié les principaux domaines de recherche sur lesquels les chercheurs se concentreront : cancer (biologie, pronostic et diagnostic); diabète, obésité et complications cardiovasculaires; inflammation et douleur; mère-enfant; vieillissement; imagerie médicale; biologie de l'ARN; pharmacologie ainsi que santé des populations, organisation et pratiques.

« L'harmonisation des domaines de recherche des partenaires du RUIS constitue une approche novatrice au bénéfice des patients. Cet arrimage nous permettra de mieux positionner les acteurs de la recherche en santé de notre RUIS afin de relever le défi de la médecine personnalisée au 21e siècle. »

La Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

7.

Intégrer l'attraction et la rétention du personnel, des médecins et des étudiants au cœur des actions de gestion

De nombreuses initiatives ont été réalisées pour optimiser le recrutement, l'intégration et la rétention de la main-d'œuvre.

Depuis 2009, le CHUS a recruté près de 650 personnes par année, grâce notamment au microsite de recrutement, aux entrevues de groupe, à la participation aux salons d'emplois, aux visites des établissements scolaires et aux missions à l'étranger. Le Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre et santé et en services sociaux (PRIMOSSS) permet au CHUS d'offrir un stage ou un emploi durant l'été aux étudiants qui sont dans le domaine de la santé, ce qui facilite le recrutement. Le CHUS a, en outre, joué un rôle régional majeur dans l'amélioration de la coordination des stages. L'établissement a accueilli depuis 2009 plus de 7 400 stagiaires, toutes disciplines confondues.

« Nous avons eu la chance d'avoir une stagiaire qui sera une excellente infirmière. Merci à toute l'équipe d'avoir fait de notre expérience au CHUS un succès, surtout que j'appréhendais mon séjour à l'hôpital. Encore une fois MERCI. »

Une patiente de maternité

L'intégration des nouveaux employés a été favorisée par un programme d'accueil organisationnel bonifié. Différents secteurs cliniques, dont le bloc opératoire, ont revu leur programme d'orientation et d'intégration, alors qu'un programme d'habilitation au poste de cadre a été implanté.

Pour optimiser la rétention, de concert avec ses partenaires syndicaux, le CHUS a rehaussé les conditions d'emploi des infirmières et infirmières auxiliaires afin de leur offrir un poste à temps complet ou à temps partiel qui répond à leurs besoins. De plus, l'hôpital a entièrement revu le processus de formation continue pour répondre adéquatement aux besoins. Quelque 3 200 activités de formation pour plus de 45 000 inscriptions, et totalisant près de 140 000 heures, ont été dispensées depuis le 1er avril 2009.

Plusieurs réalisations ont soutenu le développement d'un milieu de travail sécuritaire, soit l'implantation de mesures de sécurité additionnelles à la chute à linge, le programme CHUS-Énergique, la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, la politique pour une alimentation saine, l'implantation d'aiguilles avec dispositifs sécuritaires, etc.

« Le comité climat, représentatif de l'ensemble de la communauté hospitalière, permet l'amélioration du climat en offrant un espace pour écouter, entendre, communiquer, influencer et transmettre. »

Le comité climat

Le soutien à l'amélioration du climat de travail s'est poursuivi, notamment avec le comité climat qui est à la fois une instance consultative et une vigie. Depuis le dernier sondage organisationnel de 2007, de nombreux sondages spécifiques ont été réalisés à la suite d'efforts d'amélioration du climat ou en vue de la mise en place de projets de réorganisation du travail. Le CHUS a aussi organisé maintes activités pour reconnaître la contribution de son personnel.

Afin de soutenir davantage ses gestionnaires dans l'exercice de leur rôle, le CHUS a mieux structuré la planification de la relève et le développement de carrière, a mis sur pied le Bureau de projets et a favorisé l'appropriation d'un cadre de référence en gestion de changement. Il a aussi obtenu un financement du MSSS pour le projet « gestionnaires – performance – sens » (GPS) afin d'améliorer leurs conditions d'exercice.

8.

Atteindre la cible budgétaire convenue

En 2008-2009, la nouvelle aile du CHUS – Hôtel-Dieu a, en ouvrant à l'avance, entraîné une importante pression sur les ressources. Néanmoins, grâce aux efforts de tous, le CHUS a rapidement retrouvé et maintenu son équilibre budgétaire.

Le CHUS s'est conformé à la loi 100 qui demande aux établissements de santé des compressions de 10 % dans leurs frais administratifs, de formation et de publicité. De plus, ses équipes participent activement aux projets d'optimisation régionale afin de faire face, avec les partenaires, aux compressions budgétaires du réseau. Toujours dans un souci d'efficacité et d'efficience, afin de fournir aux équipes cliniques le bon produit, au bon moment, en bonne quantité, en bon état et à moindre coût, le CHUS développe également la logistique hospitalière.

9.

Améliorer en continu nos modes de gestion

Le CHUS s'est doté d'un modèle de gestion qui vise l'équilibre entre l'efficience des processus, l'engagement des personnes envers leurs pratiques, l'utilisation judicieuse des ressources et la pertinence des soins et services à nos patients. Ce modèle intégrateur de la performance organisationnelle est en implantation. Le CHUS a eu le privilège de bénéficier du soutien de Bombardier Produits Récréatifs dans cette démarche.

Le modèle de performance adopté par le CHUS :

La performance, c'est développer et maintenir un équilibre dynamique entre:

- Accroître l'efficience de nos **PROCESSUS**
- Stimuler l'engagement des personnes envers leurs **PRATIQUES**
- Utiliser judicieusement nos **RESSOURCES**
- Accroître la pertinence des soins et services à nos **PATIENTS**

L'UÉTMIS a produit six rapports d'évaluation qui ont soutenu la prise de décision organisationnelle; une vingtaine de projets sont actifs. L'équipe Kaizen a réalisé une trentaine de projets cliniques, clinico-administratifs ou administratifs favorisant l'amélioration continue des processus. Le Bureau de projets s'est consolidé pour développer et systématiser la gestion de projets; une cinquantaine de projets sont en cours.

10.

Améliorer et intensifier nos communications

Outre son soutien quotidien dans tous les projets et dossiers organisationnels, l'équipe des communications a implanté un intranet à l'automne 2009 et a procédé à une refonte complète des sites Web du CHUS, de la Fondation du CHUS et du CRCELB.

Lancées en avril 2011, les nouvelles plateformes connaissent depuis une hausse notable de fréquentation. Une première version d'un extranet pour les médecins référents a été mise en ligne, alors que le CHUS est maintenant présent dans les médias sociaux. Afin d'assurer le meilleur rayonnement mutuel possible, le CHUS et la FMSS sont présentement à élaborer des orientations et des stratégies concertées de communication interne et externe, ainsi que des mécanismes pour en assurer l'application et le suivi.

En collaboration avec l'Université de Sherbrooke, et en associant différents acteurs socio-économiques, le CHUS prépare une campagne majeure de promotion et de publicité pour retenir les étudiants ainsi qu'attirer et recruter en Estrie d'autres ressources qualifiées. Le lancement est prévu à l'automne 2012.

Avec vous, pour la Vie

Le CHUS a adopté un nouvel énoncé de positionnement : *Avec vous, pour la Vie*, qui s'inscrit dans la continuité de la thématique de sa planification stratégique « Partenaires pour innover et servir la vie ».

Les mots *Avec vous* interpellent tous les membres de la communauté hospitalière et illustrent bien la contribution essentielle de chacun. Les mots *Avec vous* traduisent aussi le rôle majeur du patient et de ses proches dans l'épisode de soins et se veulent rassembleurs pour tous les partenaires du réseau de la santé et de l'éducation. Les mots *Pour la Vie*, vie avec un V majuscule, rappellent la raison d'être du CHUS, soit la vie elle-même et tout le respect qu'on lui doit. Ces mots évoquent également l'objectif ultime des activités de recherche, d'enseignement et d'évaluation.

Les mots *Avec vous, pour la Vie* expriment aussi à la population qu'elle peut compter sur le CHUS pour un accompagnement soutenu à toutes les étapes, soit de la naissance à la fin de la vie.

11.

Poursuivre l'amélioration des infrastructures immobilières en intégrant des objectifs de développement durable

Le projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôtel-Dieu, un projet de 116,7 M$, s'est complètement terminé à l'hiver 2012 dans le respect des échéanciers et des budgets. Outre la nouvelle aile bâtie en 2008, le CHUS a rénové plus de 90 % des secteurs de soins, a relocalisé la pharmacie, a ajouté une 10e salle d'opération et des salles de cliniques externes, a agrandi la cafétéria, a ajouté un appareil de résonance magnétique et a aménagé un grand espace académique. Les nouveaux espaces du CHUS – Hôtel-Dieu comptent également de nombreux laboratoires de recherche.

Au CHUS – Hôpital Fleurimont, on a entre autres inauguré la nouvelle cafétéria et modernisé le centre de chimiothérapie. Le CHUS se prépare à réaménager l'unité d'oncologie pédiatrique grâce au don de 1 M$ de la Fondation du Centre de cancérologie Charles-Bruneau. Par ailleurs, le large projet d'agrandissement et de réaménagement a débuté avec l'imagerie, l'échographie et la chirurgie d'un jour. Le projet de construction du Centre femme-jeunesse-famille poursuit son cheminement au MSSS. La Fondation du CHUS et Opération Enfant Soleil sont à compléter l'accumulation de 15 M$ pour contribuer à la réalisation de cet important projet.

Le CRCELB a construit une voûte pour accueillir un 2e cyclotron afin de permettre le développement et la production de radio-isotopes. En 2013, le Centre doublera sa superficie avec la construction d'un nouveau bâtiment de trois étages, un projet de 34 M$ dont 6 M$ proviennent de la Fondation du CHUS.

Afin de répondre à la demande croissante de soins et services, le CHUS a relocalisé certaines activités non cliniques à l'extérieur de l'hôpital, soit les bureaux administratifs, le centre de distribution, la buanderie et l'informatique. Le besoin d'espace demeurant criant, l'hôpital a ciblé les priorités et a créé un comité rassemblant la FMSS, le CRCELB et le CHUS pour trouver des solutions immobilières appropriées à l'ensemble des besoins.

En dehors des projets majeurs mentionnés précédemment, des investissements moyens de 27 M$ se font chaque année pour la rénovation fonctionnelle, le maintien des actifs immobiliers (réfection des toitures, mise à niveau des ascenseurs, travaux dans les salles mécaniques et électriques, etc.) et le renouvellement du parc d'équipements (accélérateurs linéaires, salle d'électrophysiologie, équipements d'imagerie, etc.). La Fondation du CHUS continue aussi de soutenir le CHUS dans ses infrastructures; ainsi, durant cinq ans, les profits du tournoi de golf annuel sont consacrés aux équipements d'oncologie.

Enfin, plusieurs actions en matière de développement durable ont été posées. Un projet d'économie énergétique d'envergure au CHUS – Hôpital Fleurimont permettra, avec un investissement de près de 21 M$ sur trois ans, de réduire la consommation d'énergie de 48 %. La récupération et le recyclage sont de plus en plus présents, tandis que le programme de transport durable est passé de 500 à 900 utilisateurs.

12.

Élaborer et actualiser un plan directeur des ressources informationnelles

Afin de s'assurer des ressources informationnelles adéquates et performantes, le CHUS a adopté un plan directeur des technologies qui se traduira par le déploiement de projets visant l'amélioration des soins et services, la consolidation des processus informatisés et l'intégration harmonieuse des futures innovations. Il a aussi débuté l'implantation d'un cadre de référence des bonnes pratiques des technologies de l'information.

Par ailleurs, pour améliorer la gestion et prolonger la durée de vie de son parc d'équipements, le CHUS a entrepris le remplacement de ses ordinateurs traditionnels par une technologie de type « client léger », soit des ordinateurs dépourvus de disque dur ou de logiciel et qui servent d'interfaces pour d'autres applications.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a mandaté le CHUS afin de déployer le continuum Ariane en région. Ce projet régional d'informatisation (PRIE) permettra la circulation d'informations sociosanitaires dans le réseau. Un autre déploiement, celui du *Picture Archiving and Communication System* (PACS), est maintenant complété partout en Estrie, et le CHUS a été désigné comme site d'hébergement du répertoire d'imagerie diagnostique (RID) du RUIS de Sherbrooke.

Enfin, afin de résoudre les problèmes liés à leurs deux environnements informatiques distincts et exclusifs, le CHUS et la FMSS migreront graduellement leurs clientèles vers une nouvelle infrastructure nommée IS de l'Estrie. Cette interface sécurisée (IS) est une zone informatique commune où l'information est accessible en toute sécurité aux deux partenaires.

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

CHUS – Hôpital Fleurimont
3001, 12e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

CHUS – Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8

CHUS – Bureaux administratifs
500, rue Murray
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

Téléphone : 819 346-1110
chus.qc.ca