



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie



Rapport annuel de gestion



2013-2014



CHUS – Hôpital Fleurimont

Rapport annuel de gestion Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke 2013-2014



CHUS – Hôtel-Dieu

TABLE DES MATIÈRES

1. Mot du président du conseil d'administration et du directeur général.....	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. Notre boussole, la mission du CHUS.....	13
4.2. Covoiturer, quelle bonne idée!.....	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 2013-2014	20
5.1. Les services offerts.....	20
5.2. Les priorités organisationnelles et les réalisations	23
5.3. La gestion des opérations	44
5.4. L'examen des plaintes et à la promotion des droits des usagers.....	57
6. Les conseils et comités de l'établissement : faits saillants des rapports annuels.....	59
6.1. Le conseil d'administration	59
6.2. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	60
6.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	61
6.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)	62
6.5. Le comité des usagers.....	62
6.6. Le comité de gouvernance et d'éthique	63
6.7. Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	64
6.8. Le comité de vigilance et de la qualité.....	65
6.9. Le comité de gestion des risques	67
6.10. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	68
7. Les ressources humaines au 31 mars 2014.....	69
7.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2014	69
8. États financiers au 31 mars 2014 et analyse des résultats des opérations.....	70
8.1. État des résultats de tous les fonds au 31 mars 2014	70
8.2. État des résultats du fonds d'exploitation au 31 mars 2014	71
8.3. État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2014.....	72
8.4. État de la situation financière au 31 mars 2014	73
8.5. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2014.....	74
8.6. État des flux de trésorerie au 31 mars 2014.....	75
8.7. Intérêt économique dans un organisme.....	76
8.8. Rapport de l'auditeur indépendant	77
8.9. Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	78
Annexe 1 – Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	79
Annexe 2 – Tableau de bord du conseil d'administration	101
Annexe 3 – Rapport de l'auditeur indépendant	113
Annexe 4 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	117

1. MOT DU PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GENERAL

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de gestion 2013-2014 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Cette année, nous avons poursuivi notre planification stratégique 2012-2015 sous le thème *Vers un CHUS plus performant et inspirant, à dimension humaine*. Les réalisations que vous trouverez dans ce rapport s'inscrivent dans nos objectifs en termes d'accessibilité, de qualité, de compétence et de performance. L'exercice permet déjà d'apporter d'importants changements bénéfiques pour la clientèle, notamment au regard de la trajectoire patient.

À la suite de la visite d'Agrément Canada en juin 2013, le CHUS a obtenu un taux de conformité moyen aux normes et aux pratiques organisationnelles requises de près de 90 %. Depuis, nos équipes consacrent les efforts nécessaires afin de répondre aux attentes de l'organisme d'accréditation.

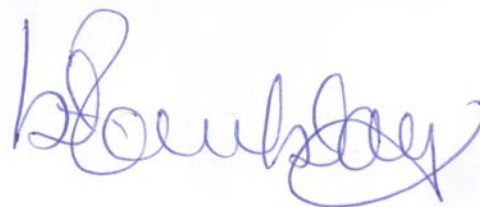
Inspiré par les gens, le CHUS continue de se développer et de rehausser la qualité de ses soins et services. Ainsi, parce que les patients ont beaucoup à nous apprendre de leur expérience, une place accrue leur est faite pour qu'ils assument un rôle dans l'amélioration continue et la prestation sécuritaire des soins. De par leur volonté de faire avancer les choses, les membres de la communauté hospitalière et les partenaires sont également d'autres belles sources d'inspiration. Grâce à tous ces gens, chaque projet, chaque réalisation est un pas de plus vers un CHUS plus performant et inspirant, à dimension humaine. La grandeur des actions humaines se mesure à l'inspiration qui les fait naître – Louis Pasteur.

Nous ne pouvons passer sous silence l'immense apport de Mme Patricia Gauthier qui, après dix ans à la barre du CHUS, a quitté ses fonctions en février 2014 pour aller relever de nouveaux défis. Les réalisations de cette année sont largement le fruit de son remarquable travail. Nous l'en remercions.

Merci aussi aux membres du conseil d'administration de leur dévouement et de leur soutien indéfectible. Voici notre bilan 2013-2014, qui témoigne du dynamisme de nos équipes. Bonne lecture!



Jacques Fortier
Président du conseil d'administration



Stéphane Tremblay
Directeur général

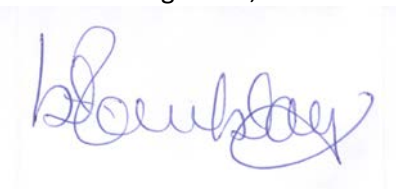
2. DECLARATION DE FIABILITE DES DONNEES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTROLES AFFERENTS

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 2013-2014 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 2014.

Le directeur général,



Stéphane Tremblay

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, rencontrer le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Stéphane Tremblay
Directeur général



Yvon Paris
Directeur des ressources financières et des
services techniques

4. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Notre boussole, la mission du CHUS

L'équipe du CHUS, en misant sur l'enseignement et la recherche et en partenariat avec le milieu, prodigue des soins et services de grande qualité centrés sur les besoins de santé de ses populations. C'est notre boussole, ce qui oriente toutes nos actions.

- Des soins de courte durée à la population de la MRC-de-Coaticook, du Val-St-François, du Haut-St-François et de la ville de Sherbrooke, ainsi qu'à une partie de la clientèle des autres territoires de l'Estrie.
- Des soins spécialisés et surspécialisés à la population de l'Estrie.
- Des soins surspécialisés pour le Centre-du-Québec et une partie de la Montérégie, dans le cadre du RUIS de l'Université de Sherbrooke.

4.2. Covoiturer, quelle bonne idée!

Pour nous rendre à destination, nous gagnerons à faire la route ensemble : patients et leurs proches, personnel et médecins sans oublier nos précieux partenaires des différents réseaux. C'est une bonne idée parce que ...

- les patients ont beaucoup à nous apprendre sur leurs expériences de soins et leurs besoins;
- les meilleures idées viennent souvent des gens sur le terrain;
- le CHUS fait partie de réseaux, et ceux-ci sont un élément des solutions.

En développant cette habitude, nos soins et services seront encore meilleurs. Nous pouvons nous guider les uns les autres. Donc, covoiturons!

4.3. Les valeurs fondamentales

Le respect

Au CHUS, nous entretenons avec les autres des rapports fondés sur l'égard et la considération. Ce respect se traduit chaque jour dans nos paroles, nos comportements et nos actions.

L'écoute

Au CHUS, nous portons attention aux gens qui nous entourent. Nous sommes disponibles, empathiques et ouverts aux autres, car écouter est la base même de toute relation humaine.

L'esprit d'équipe

Au CHUS, nous unissons nos connaissances pour atteindre notre objectif commun, soit offrir les meilleurs soins et services possibles. Nous avons besoin de cet enrichissement mutuel.

Le professionnalisme

Au CHUS, nous accomplissons notre travail avec compétence, intégrité, transparence et rigueur.

La créativité

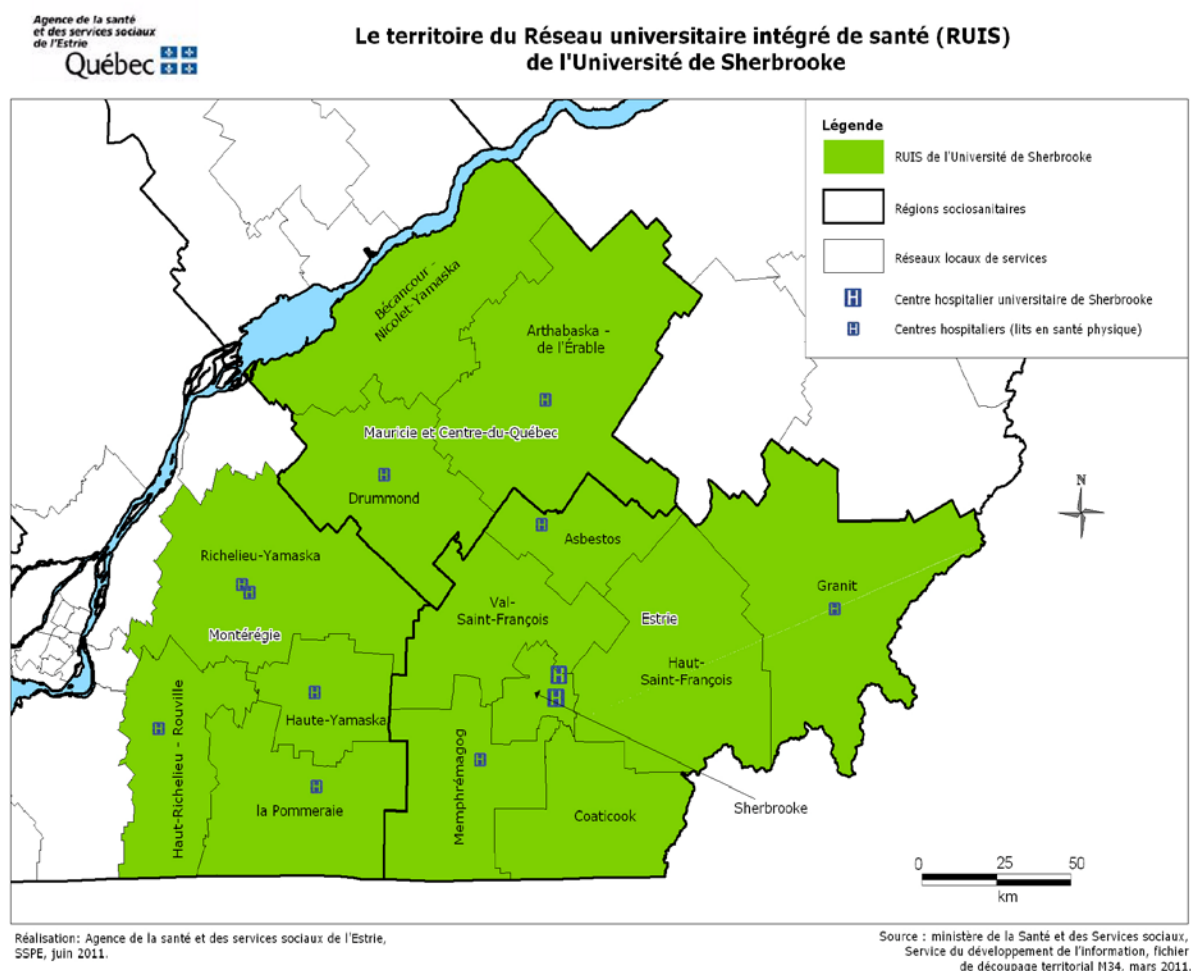
Au CHUS, nous sommes ouverts à explorer de nouvelles avenues pour relever les défis quotidiens et continuer de répondre aux besoins des patients.

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



La population estimée totale de l'Estrie, répartie en 7 MRC, se chiffre en 2011¹ 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 Pommeraiie	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 1^{er} 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 vasculaire cérébral; 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.

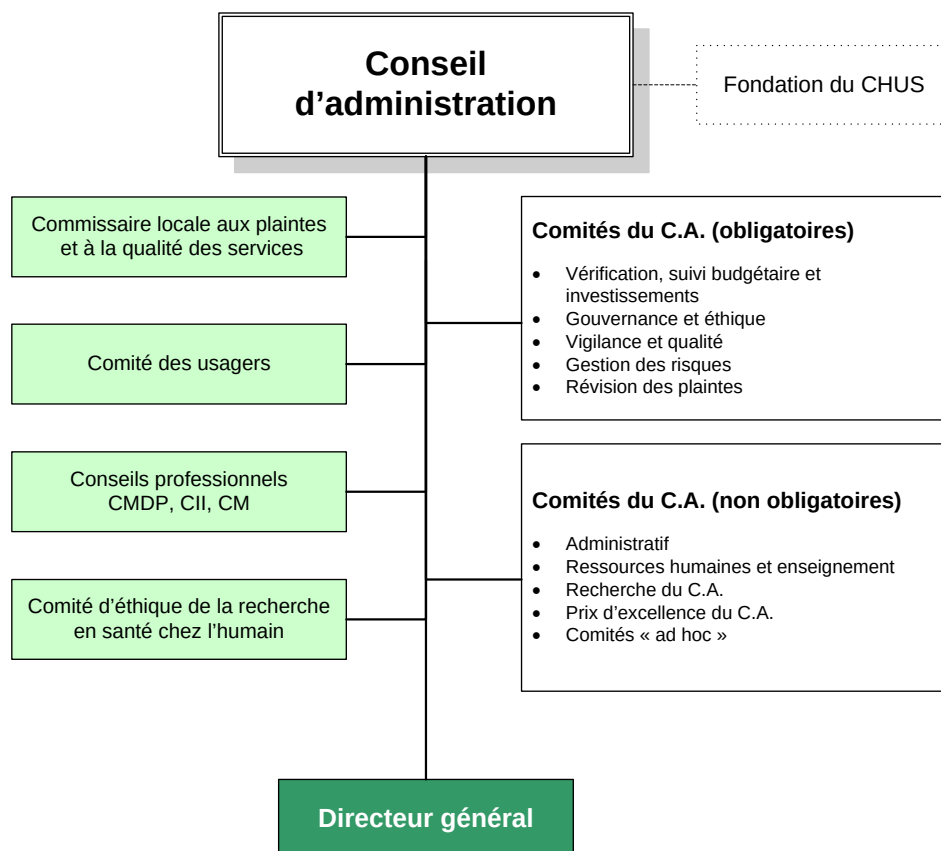
À souligner : l'Estrie se démarque toujours négativement du Québec au chapitre des traumatismes non intentionnels et de l'incidence de certaines maladies infectieuses. De fait, une plus forte proportion d'Estriens sont hospitalisés pour des chutes accidentelles et des accidents de la route. Également, 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 chlamydia.

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



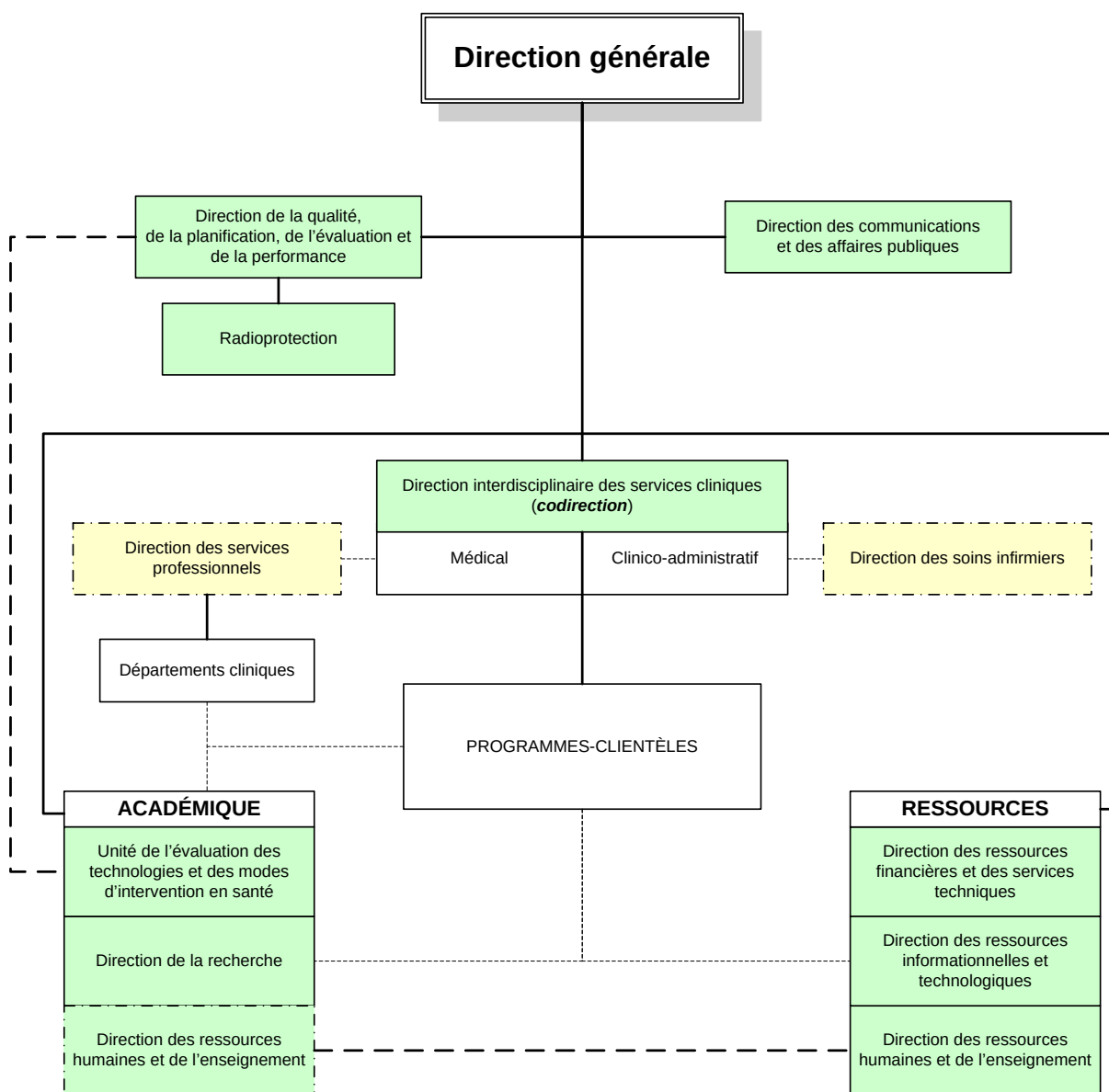
Le conseil d'administration a notamment pour fonctions de :

- 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 2013-2014

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

Quant aux départements cliniques, nous retrouvons :

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

5.1.1. Le nombre de lits

Le nombre de lits au permis au 31 mars 2014 est de 712, incluant 20 incubateurs en néonatalogie. La répartition de ces lits est la suivante :

Secteur	Hôtel-Dieu	Hôpital Fleurimont	Total
Médecine et chirurgie	202	254	457
Soins intensifs et intermédiaires	14	51	65
Pédiatrie	--	30	30
Mères-bébés	--	30	30
Santé mentale	105	6	111
Sous-total	321	371	692
Néonatalogie	--	20	20
TOTAL	321	391	712

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.

Le scalpel gamma : les lésions du cerveau opérées sans opération

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.

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

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. Les priorités organisationnelles et les réalisations

Après dix années à la barre du CHUS, Mme Patricia Gauthier a quitté ses fonctions le 17 février pour relever de nouveaux défis professionnels dans la métropole à titre de Présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Le docteur Stéphane Tremblay, codirecteur des services cliniques et DSP, a assumé l'intérim à compter de cette date.

5.2.1. Le plan stratégique 2012-2015

Notre plan stratégique 2012-2015 est une invitation au voyage vers la vision d'un CHUS plus performant et inspirant à dimension humaine, le long de 4 routes stratégiques : l'accessibilité, la qualité, la compétence et la performance. Véritable changement de paradigmes, ce plan vise à nous centrer sur la trajectoire du patient et à allouer 80 % de nos ressources aux opérations courantes et 20 % aux projets de développement. En ce sens, nous nous sommes dotés de quatre orientations stratégiques avec trois objectifs par orientation, permettant davantage d'accent sur les bonnes priorités.

Après 16 mois de mise en œuvre, voici le bilan de chaque route.

5.2.1.1. La route de l'accessibilité

Améliorer la gestion des rendez-vous pour les patients en externe pour que nos patients attendent moins longtemps.



Les travaux du projet régional d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie amorcés l'an dernier se sont poursuivis. Rappelons qu'en novembre 2012, les délais pour les consultations dans ces deux spécialités excédaient la cible de 13 semaines, avec des délais variant de 16 à 86 semaines. L'objectif du projet était que « le patient soit pris en charge par le bon professionnel, référé au moment opportun en spécialité d'orthopédie et de gastroentérologie et vu dans un délai raisonnable par la spécialité concernée ».

Afin d'atteindre les résultats souhaités, les actions suivantes ont été mises en œuvre. Une épuration des listes d'attente a été réalisée afin de s'assurer de la pertinence des demandes en attente. Des algorithmes ont été rédigés afin d'améliorer la pertinence des nouvelles demandes de consultation et la prise en charge des clientèles par les médecins de famille. Une centaine de ceux-ci ont également été formés à l'utilisation de ces nouveaux outils. En orthopédie, 27 algorithmes pour la clientèle adulte et 6 pour la clientèle pédiatrique sont élaborés et un projet d'organisation du travail est commencé en cliniques externes. En gastroentérologie, ce sont 10 algorithmes de prise en charge qui sont définis. Également, des pathologies dont le suivi peut être pris en charge par la première ligne ont été identifiées, l'organisation du travail en

endoscopie a été revue avec l'ajout d'une infirmière au triage pour soutenir la priorisation des requêtes, des travaux d'épuration de la liste d'attente ont été réalisés (envoi de lettre aux patients éligibles au dépistage du cancer colorectal) et il y a eu fusion des listes d'attente en endoscopie (gastroentérologie et chirurgie).

Comme le démontre le tableau suivant, les différentes mesures ont généré des effets sur le nombre de patients en attente puisqu'ils ont globalement diminué de 16 % en orthopédie et de 39 % en gastroentérologie.

Nombre de patients en attente												
Spécialités	A: urgent			B: semi-urgent			C: électif			Total		
	2012-2013	2013-2014	Écart	2012-2013	2013-2014	Écart	2012-2013	2013-2014	Écart	2012-2013	2013-2014	Écart
Orthopédie	934	1144	22%	2151	1516	-30%	1981	1579	-20%	5066	4239	-16%
Gastroentérologie	99	59	-40%	3160	1876	-41%	1152	777	-33%	4411	2712	-39%

Par contre, en ce qui a trait au délai d'attente, les résultats au 31 mars 2014 démontrent que les cibles ne sont pas atteintes. Ils sont plus probants en gastroentérologie où le pourcentage d'atteinte de la cible de 13 semaines de délai d'attente pour la clientèle élective s'est amélioré, bien qu'il excède encore largement la cible. En orthopédie, la situation s'est détériorée, bien qu'on note une amélioration pour la prise en charge des clientèles urgentes. La principale problématique est que malgré tous les efforts, l'écart entre l'offre et la demande persiste. En orthopédie, on observe que les algorithmes de triage ont eu un effet significatif avec une diminution de 40 % du nombre de requêtes mensuelles reçues, passant de 381 à 230. Par contre, le nombre de nouveaux cas vus a également diminué de 20 %, passant de 254 à 204. En gastroentérologie, le nombre de nouvelles demandes mensuelles est stable (244 vs 250), mais le nombre de nouveaux patients vus, relativement stable lui aussi, est largement inférieur à la demande (159 vs 154 cas par mois). On notera également que la cible d'annulation des activités a été atteinte et s'est maintenue en médecins, alors qu'en chirurgie, le taux d'annulation de 9 % est resté stable et excède la cible.

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Attente moyenne des patients vus en gastro. et en ortho. (semaines)							■
- Gastroentérologie (Urgent / Code A)		14	+ ↓	9	vs		■
- Gastroentérologie (Semi urgent / Code B)		53	+ ↓	48	vs		■
- Gastroentérologie (Électif / Code C)		50	+ ↓	46	vs	13	■
- Orthopédie (Urgent / Code A)		30	+ ↓	23	vs		■
- Orthopédie (Semi urgent / Code B)		25	- ↑	30	vs		■
- Orthopédie (Électif / Code C)		30	- ↑	36	vs	13	■
Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients		6.6%	=	6.6%	vs	6.0%	▲
- Chirurgie 111 000 visites		8.9%	+ ↑	9.0%	vs	6.0%	■
- Médecine 129 000 visites		4.4%	=	4.4%	vs	6.0%	●

Les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année visant un meilleur équilibre entre la demande (poursuite des algorithmes pour la pertinence, épuration continue, codification dès l'arrivée de la demande) et l'offre (organisation du travail, répartition des cas entre médecins).

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de services réalisés dans un délai de 90 j en imagerie médicale* (clientèle élective)		87%	— ↓	84%	vs	100%	▲
- Graphie	17500 exa.	100%	=	100%	vs	100%	●
- Échographie obstétricale	3000 exa.	85%	+ ↑	100%	vs	100%	●
- Tomodensitométrie	2200 exa.	94%	— ↓	84%	vs	100%	▲
- Échographie autre	1900 exa.	51%	+ ↑	54%	vs	100%	■
- Résonance magnétique	1300 exa.	63%	— ↓	31%	vs	100%	■
- Scopie	700 exa.	70%	— ↓	56%	vs	100%	■
- Échographie mammaire	500 exa.	46%	+ ↑	58%	vs	100%	■
- Échographie cardiaque	460 exa.	N/D	■	27%	vs	100%	■

Des travaux ont également été réalisés pour améliorer l'accès en imagerie médicale.

Au niveau de l'échographie, le CHUS a obtenu du MSSS un financement dédié au rehaussement de l'offre de service en échographie. L'allocation d'une somme récurrente de 289 000 \$ par année permettra d'ajouter, en équivalence temps complet, trois technologues et un agent administratif affecté aux services d'échographie. Cette allocation s'ajoute au financement en 2012 de trois appareils d'échographie. À terme, il sera ainsi possible de réaliser, chaque semaine, 110 examens supplémentaires en échographie générale, et une trentaine de plus en échographie vasculaire, ce qui correspond à un volume supplémentaire d'au moins 6 000 examens par année. La mise en œuvre de ce rehaussement a nécessité diverses actions de la part du programme-clientèle en imagerie médicale : consolidation de l'échographie autonome par des technologues, mise en place d'une stratégie pour utiliser tous les plateaux de la région (difficile, car en mode manuel – 86 patients ont été référés au CSSS Memphrémagog), entente pour le transfert de 50 patientes en cliniques privées pour échographie mammaire. Au 31 mars, le nombre de patients qui attendaient depuis plus de 90 jours avait été éliminé pour l'échographie générale et il en restait 95 dans les autres spécialités. Le volume d'examens réalisé avait augmenté de 11 % passant de 45 038 l'an dernier à 50 147 cette année.

Pour la fluoroscopie, des travaux sont en cours avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique afin d'améliorer les processus. En IRM, le CHUS est en processus d'accompagnement par le bureau d'accès du MSSS. En échographie cardiaque, un plan d'action est en cours d'élaboration. Enfin, concernant la proportion des rapports transcrits complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins, la situation est toujours problématique. Au 31 mars, 9 481 examens sur 11 064 en attente excédaient les délais. Une entente de service a été faite pour la lecture à distance d'examens par des radiologistes du CSSS Alphonse Desjardins. Depuis le 26 janvier, 1845 examens ont été interprétés par l'équipe des radiologues de Lévis.

Transférer davantage de chirurgies mineures aux cliniques externes, pour que nos patients qui attendent une chirurgie majeure aient accès plus facilement au bloc opératoire.

Cette nouvelle pratique vise à améliorer la trajectoire patient pour les chirurgies mineures en diminuant les temps d'attente et la durée de séjour à l'hôpital. Cela maximise également l'utilisation du plateau technique des cliniques externes. Nous augmentons ainsi l'accessibilité à d'autres chirurgies électives aux blocs opératoires majeurs. À terme, cinq spécialités (plastie, orthopédie, urologie, ORL, ophtalmologie) utiliseront les plateaux des cliniques externes pour des chirurgies mineures. Chacun de ses transferts constitue un projet en soi qui doit soigneusement être planifié selon ces étapes afin d'assurer des interventions sécuritaires et efficaces :

- définir et déterminer le cadre des interventions à transférer (chef médical et chef du programme);
- déterminer l'ordonnancement des chirurgies qui seront transférées.
- compléter l'aménagement des salles d'intervention;
- acquérir le matériel et les équipements requis pour pratiquer les interventions ciblées;
- cartographier les trajectoires actuelles et les adapter à la réalité ambulatoire de façon sécuritaire;
- évaluer l'intensité de soins requis en post-opératoire;
- définir les rôles, responsabilités et tâches des intervenants dans la trajectoire;
- former les ressources humaines (plan de formation et maintien de l'expertise);
- s'arrimer avec les partenaires : clinique préparatoire à la chirurgie, chirurgie d'un jour, admission, stérilisation, hygiène et salubrité, accueil et centrale de prise de rendez-vous;
- harmoniser et faciliter la gestion de l'information dans le dossier clinique informatisé.

Au 31 mars 2014, 145 chirurgies orthopédiques et 28 chirurgies en ophtalmologie ont été réalisées dans les locaux des cliniques externes, libérant ainsi près d'une dizaine de journées aux blocs majeurs.

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de patients traités dans les délais pour une chirurgie*		88%	=	88%	vs	91%	
- Chirurgies d'un jour (6 mois) (sauf cataractes)	8000 chir.	91%	+ ↑	92%	vs	90%	
- Chirurgies avec hospit. (6 mois)	4100 chir.	89%	+ ↑	93%	vs	90%	
- Chirurgies Cataractes (6 mois)	3500 chir.	97%	- ↓	96%	vs	98%	
- Chirurgies oncologiques (28 jours)	2300 chir.	59%	- ↓	58%	vs	80%	
- Chirurgies cardiaques: Urgent (2 sem.)	270 chir.	84%	- ↓	76%	vs	100%	
- Chirurgies cardiaques: Électif (3 mois)	160 chir.	36%	- ↓	26%	vs	90%	
- Chirurgies hanches (PTH) (6 mois)	200 chir.	96%	- ↓	93%	vs	95%	
- Chirurgies genoux (PTG) (6 mois)	240 chir.	91%	+ ↑	95%	vs	92%	

Cette nouvelle pratique, associée aux autres actions, visant à accroître l'accessibilité en chirurgie aux blocs majeurs mise en place en 2012-2013 et consolidée en cours d'année a permis de rencontrer la majorité des cibles d'accessibilité en chirurgie (voir tableau à la page suivante).

Par contre, pour la chirurgie cardiaque et oncologique les défis demeurent. Suite aux problématiques vécues en 2012-2013 (pénurie de ressources humaines spécialisées), nous avons débuté l'année avec plus de 100 patients en attente. Les cas urgents («catégorie A») ont été

priorisés, ce qui induit un effet défavorable pour ceux électifs. En fin d'années, la liste d'attente avait diminué à 67 patients.

En oncologie, les spécialités d'urologie et de plastie expliquent les écarts en grande partie. Des priorités opératoires supplémentaires ont été attribuées à l'urologie. La plastie est le prochain secteur ciblé pour les chirurgies en cliniques externes ce qui devrait aider à diminuer le délai d'attente pour les lésions de la peau.

Implanter les meilleures pratiques dans nos soins et services externes et améliorer les liens avec nos partenaires, pour que nos patients en externes reçoivent les meilleurs soins qui soient au bon moment et par le bon intervenant.

Dans les nouvelles initiatives visant à implanter les meilleures pratiques, notons la désignation du centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC). En 2010, le MSSS désignait quatre CEGDC, un par RUIS. Celui du RUIS de l'Université de Sherbrooke est géré en consortium entre le CHUS et le Centre de réadaptation de l'Estrie. Avant la création du Centre, la douleur chronique était prise en charge par de multiples spécialités, la coordination était déficiente, les trajectoires de soins et services étaient mal balisées (plusieurs façons de faire), les listes d'attente étaient nombreuses avec des délais de prise en charge variés selon le type de clientèle, etc. La mise en place du CEGDC visait donc à optimiser les façons de faire pour éviter toute référence redondante, à favoriser la synergie entre les équipes des établissements à l'intérieur d'un même processus et l'interdisciplinarité, essentielle pour le traitement de la douleur chronique, à arrimer la recherche et la clinique pour accélérer le transfert des connaissances, à adapter la formation pour répondre aux besoins des intervenants concernés et à faciliter le maintien de la clientèle en première ligne. De nombreuses réalisations ont permis au CEGDC, suite à un audit ministériel en mai 2014, d'obtenir sa désignation officielle. Ces réalisations concernent :

- la gouvernance (ex. : davantage en consortium avec le CRE, désignation de responsables, comités cliniques, formation et recherche);
- les processus (ex. : cartographie du cheminement du patient, rédaction de procédures, algorithme clinique pour la lombalgie et la fibromyalgie);
- la formation (ex. : bonification des notions en douleur chronique dans le curriculum pré doctoral, nouvelle cohorte du microprogramme de 2^e cycle en gestion de la douleur chronique, participation à deux forums en douleur chronique de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie);
- la recherche (ex. : rencontre avec le comité d'éthique, rapprochement avec les secteurs de recherche);
- les ressources (ex. : infirmière clinicienne pivot, anesthésiologistes avec fellow, équipe multidisciplinaire dédiée). Un projet pilote a eu lieu avec la rhumatologie visant à éliminer la liste d'attente dans ce secteur.

Deux cibles sont poursuivies : maintenir la clientèle de première ligne en première ligne avec le soutien pertinent et aiguiller les références vers le bon service/professionnel/spécialiste. Le cheminement d'une demande au CEGDC : pré triage, guichet d'analyse pour un bon référencement (retour si nécessaire en première ligne avec soutien des équipes), évaluation en clinique interdisciplinaire pour les cas complexes, table de discussion surspécialisée pour les soins de troisième ligne.

En septembre 2013, le CHUS a été désigné comme centre tertiaire pour le traitement de l'AVC, jusqu'en 2017, avec un suivi de l'avancement des travaux à l'automne 2015. En juillet 2013, le bureau de projet avait été officiellement mandaté pour soutenir la gestion. La gouvernance du projet a été établie (comité directeur, comité de coordination, responsables de lots, etc.) et un plan d'action a été défini pour les 5 prochaines années. L'unité du 6^eB à l'Hôpital Fleurimont a officiellement été désignée « unité AVC ». Les ambulances pour l'AVC aigu sont maintenant aiguillées vers Fleurimont, un poste d'infirmière clinicienne pour le continuum AVC a été doté en janvier 2014 et un tableau de bord d'indicateurs AVC conformes à la stratégie canadienne a été conçu avec la collaboration de l'Infocentre. De septembre 2013 au 31 mars 2014, différents groupes de travail ont été mis en place pour élaborer deux processus majeurs, soit la gestion des lits pour les patients AVC au CHUS, qui est en vigueur depuis le 22 avril 2014, et l'équipe de code AVC qui sera en vigueur à l'automne 2014. Un guide de pratiques exemplaires sur 7 jours a été élaboré avec l'équipe interdisciplinaire, il y a eu une participation à deux projets de recherche provinciaux soit la Téléthérapie et la Téléthérapie Tai-Chi pour les patients AVC léger, 3 dépliants patients sur l'AVC ont été rédigés, et une première formation sur l'AVC au personnel de l'unité de soins sur l'AVC a été planifiée (donné le 9 avril 2014).

5.2.1.2. La route de la qualité

Implanter les trois volets de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA),

pour que les patients aînés bénéficient d'un programme de marche préventif, d'un environnement adapté à leurs besoins et d'une évaluation adéquate.



Des feuillets d'information, un photoroman, une section réservée dans l'intranet et un flash mob ont permis de sensibiliser notre communauté et de mieux connaître l'AAPA.

Le dépistage du délirium pour la clientèle âgée de plus de 75 ans sera systématique et déployé dans Ariane (le dossier patient informatisé) dès avril 2014. Comme cet état confusionnel aigu peut avoir de graves conséquences sur le déclin fonctionnel des aînés, il doit être traité au même titre que toute autre urgence médicale.

De novembre à janvier, la Direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC) a donné des formations obligatoires au personnel sur la prévention et le traitement du délirium. On comptait quelque 1 000 participations au 31 mars 2014. Afin de mieux soutenir le personnel infirmier dans cette nouvelle pratique, un coaching individuel fait par 135 coachs recrutés parmi les infirmières en développement clinique, les assistantes infirmières-chefs, les conseillères-cadres cliniciennes, les chefs de soins et services et l'équipe de consultation en gériatrie vient soutenir les équipes de soins. Plus de 90% des infirmières ont pu bénéficier de cette nouvelle approche.

En outre, plusieurs équipes médicales ont reçu une formation sur le délirium et les médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée (MPI-PA) et près de 100 résidents en médecine ont également été formés. Un projet de recherche pour réduire la prescription des MPI-PA, financé en partie par le Fonds Brigitte-Perreault, est venu appuyer cette démarche au printemps 2014.

Nous outiller pour améliorer chaque jour la qualité de toutes nos activités, dans tous les secteurs, pour atteindre le niveau de qualité que notre établissement s'est fixé.

Du 17 au 21 juin, huit visiteurs ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services du CHUS par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité des services et de sécurité des patients. Les visiteurs ont évalué plus de 2 500 normes et pratiques organisationnelles requises (POR). Avec un taux de conformité moyen de près de 90 %, le CHUS est désigné établissement agréé pour les quatre prochaines années.

Le CHUS devait transmettre pour le 21 novembre 2013, un rapport de suivi à Agrément Canada démontrant que le CHUS se conformait à l'ensemble des POR. Le CHUS devait notamment rehausser la conformité de 11 POR en particulier. Suite au rapport du CHUS, 2 POR ont été jugées conformes et une partiellement:

- Depuis novembre 2013, un programme de formation continue sur les pompes à perfusion, une POR, a pris son envol au CHUS. Tous les nouveaux utilisateurs bénéficient d'une formation initiale bonifiée pour acquérir les connaissances techniques nécessaires à la programmation des différentes pompes à perfusion. Un second volet, offert de façon continue, se concentre sur une mise à jour et un rafraîchissement annuel de l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion. Cette formation, qui s'adresse à tous les utilisateurs de pompes à perfusion, est dispensée dans les deux établissements du CHUS. Pour démontrer que la formation répond à un critère d'efficacité, chaque participant aura à compléter un posttest qui certifie que les notions de sécurité et de bonnes pratiques avec les différentes pompes à perfusion seront intégrées dans sa pratique clinique au quotidien. En plus du 0,1 UEC, la mention de certification annuelle sera inscrite à son dossier de formation;
- La pharmacie a sécurisé le stockage et l'administration des produits à l'héparine en retirant des inventaires des unités les produits non nécessaires et en ajustant les quotas des réserves. Ces quotas sont contrôlés chaque semaine et complétés au besoin par des livraisons spécifiques. À compter de 2014, la pharmacie reverra chaque année l'utilisation de l'héparine pour en assurer un usage plus sécuritaire;
- Une POR a été jugée partiellement conforme, soit la prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV) (re : 1 test de conformité principale conforme sur 3).

Pour les autres POR jugées non conformes, un plan de sécurité a été adopté. Il s'agit du projet prioritaire n° 1 de la direction jusqu'en novembre 2014, date où le CHUS devra produire son deuxième rapport à Agrément Canada. Un plan de sécurité a été adopté par le Conseil d'administration et la direction. Il s'agit du projet prioritaire n° 1 de la direction jusqu'en novembre 2014, date où le CHUS devra produire son deuxième rapport à Agrément Canada. Des actions sont déjà en bonne voie d'être complétées au 31 mars, soit le transfert d'information lors du changement de quart (jour-soir-nuit) qui a été structuré et est maintenant numérisé au dossier du patient et le bilan comparatif des médicaments en santé mentale. Des assistantes techniques de pharmacie ont été intégrées à l'équipe de soins du lundi au vendredi. Tous les patients hospitalisés en santé mentale ont un BCM complété dans les 24 heures et une ordonnance de départ est préparée par les ATP dans la majorité des cas. Les actions au cours des prochains mois porteront plus particulièrement sur la stratégie de prévention des chutes, le transfert d'information lors de transferts d'unités, l'identification sécuritaire des patients, la prévention de la TEV, le rôle du patient et de ses proches dans sa sécurité, le processus de retraitement en endoscopie. De plus, 37 autres critères de qualité devront être satisfaits, notamment en matière de prévention des infections et pour le contrôle des analyses biomédicales délocalisées.

Mieux intégrer l'enseignement et la recherche clinique dans les soins, pour que les patients profitent davantage des plus récents développements en santé.

Considérant que le Centre de recherche clinique du CHUS est à élaborer son plan stratégique, les efforts ont surtout porté cette année sur les travaux reliés à l'entrepôt de données CIRESSS. Cet entrepôt de données a été créé à des fins de recherche, de gestion et d'évaluation. Il regroupe l'ensemble des informations provenant du DCI- Ariane et les données de Med-écho depuis 1997 pour le CHUS Hôpital Fleurimont et depuis 2002 pour le CHUS Hôtel-Dieu. Cette plateforme distinctive représente un actif important pour la recherche et la gestion cliniques en permettant l'utilisation secondaire de données. Par contre, elle doit être remplacée par un système plus performant afin d'atteindre notre vision d'avoir un système informationnel de classe internationale, conçu selon les meilleures pratiques et les normes et fondé sur des technologies modernes et avancées pour offrir une analyse efficace et bénéfique des données. Au cours de la dernière année, nous avons donc mis en œuvre un plan de maintenance évolutive pour CIRESSS et avons développé la vision et le plan de développement d'un nouveau système, e-PIIRAMIDE (Explorer- Portail informationnel intégré pour la Recherche et l'Analyse multidimensionnelle et intelligente des Données en Estrie). Le plan de maintenance évolutive nous a permis de mettre en place un outil de forage des données pour en faciliter la recherche par les utilisateurs, de réaliser les plans de nouveaux locaux au CRCHUS qui permettront de regrouper dans la prochaine année toutes les ressources de soutien au même endroit et d'avoir un laboratoire pour les utilisateurs, de recruter une nouvelle ressource dédiée plus spécifiquement au soutien des chercheurs et de mettre en place des mesures pour améliorer la performance de traitement des données.

Parallèlement, nous avons commencé la planification d'e-PIIRAMIDE. La structure de gouverne a été révisée afin de tenir compte de la réalité régionale puisque ce développement s'inscrit en continuité des travaux de développement du Plan régional d'informatisation de l'Estrie. Le développement d'e-PIIRAMIDE posera les premiers jalons pour une utilisation secondaire efficace des données dans les domaines cliniques, de recherche, d'enseignement, d'évaluation, de gestion et de planification. Donc, e-PIIRAMIDE permettra aux décideurs, cliniciens, chercheurs, gestionnaires et professionnels d'avoir accès à la bonne information, au bon moment, de façon continue et avec un niveau de performance acceptable. Ils seront équipés d'outils modernes pour des fins d'utilisation secondaire de données d'une façon autonome. Un manuel préliminaire d'organisation de projet a été approuvé par le comité de gouverne et un groupe de travail a été mis en place pour la rédaction du plan d'affaires financier et scientifique.

La première édition du programme d'aide au développement de la recherche et de l'évaluation pour les professionnels de la santé (PADRÉ) a été lancée en mars 2014. Le PADRÉ est un concours tenu annuellement par le CHUS en collaboration avec son Centre de recherche clinique et son Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Il a pour but de stimuler le développement sur le terrain de projets de recherche ou d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) originaux et pertinents liés à des problèmes de santé ou d'organisation des soins. Ces projets doivent avoir le potentiel de se traduire par un impact direct sur la pratique clinique ou sur l'organisation des soins. Ce concours s'adresse aux professionnels de la santé du CHUS non chercheurs membres du CRCHUS. Une somme maximale de 40 000\$ est accordée annuellement au PADRÉ et attribuée en fonction des projets sélectionnés. Malheureusement, cette première édition n'a pas permis de retenir un ou des projets conformes aux critères de sélection du comité scientifique. Le programme sera relancé à l'automne 2014.

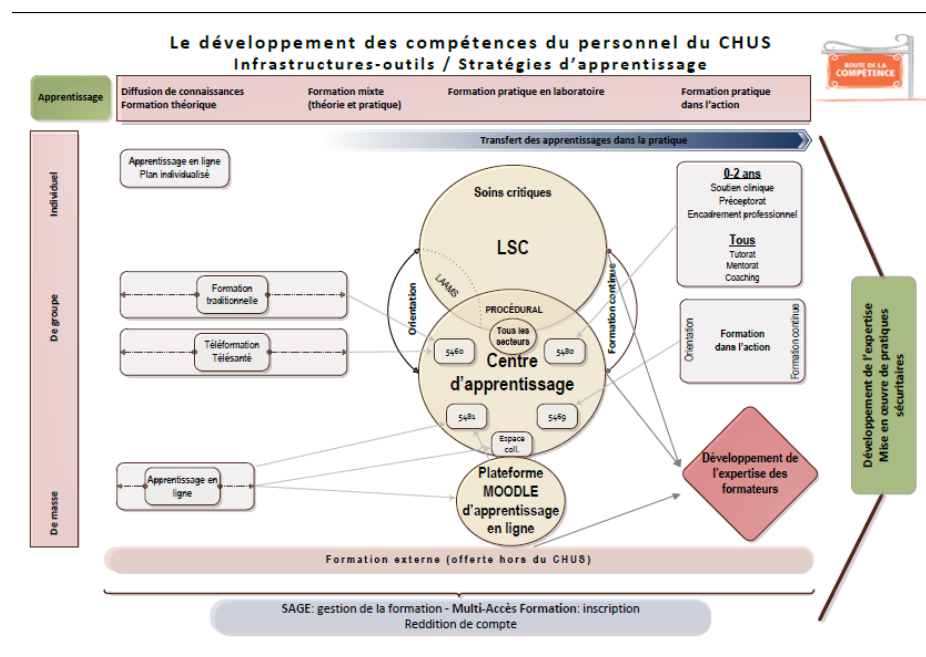
Il existe de plus en plus d'organismes dont le mandat consiste à faciliter les maillages entre l'entreprise privée, les organismes subventionnaires et les établissements publics. Le CHUS est un partenaire reconnu notamment pour le Créneau Accord – SAGE innovation et le consortium MEDTECH et maintient des liens avec Sherbrooke Innopole. Actuellement, nous ne disposons d'aucune structure formelle tant pour recevoir les demandes de partenariat d'innovation que pour en générer. Afin de pouvoir rencontrer pleinement notre mission universitaire dans ce domaine et une d'assurer une gestion cohérente des demandes externes ou des initiatives internes, un groupe de travail, sous la responsabilité du directeur du CRCHUS a été mandaté pour déposer au comité des directeurs une proposition de fonctionnement et une évaluation des impacts d'ici la fin octobre 2014.

5.2.1.3. La route de la compétence

Nous doter des espaces, des infrastructures et des technologies de l'information nécessaires au développement des compétences, pour que les patients évoluent dans un milieu où les intervenants restent à la fine pointe des connaissances en santé.



Les infrastructures viendront soutenir le développement des compétences selon ce modèle :



L'état d'avancement des travaux est le suivant :

Projets	Date début	Réalisé	à venir	Échéancier
LSC	2010	60 % du projet Analyse besoins 2 ans d'opération Plan et devis HF aile 4	Plans et devis finaux Acceptation phase construction Construction Compléter le financement	Sept 2015
Centre d'apprentissage	2010	50 % du projet Centre d'apprentissage HD (ouverture officielle déc. 2013)	Optimisation utilisation CA-HD Centre d'apprentissage HF Présenter projet au PARHF Réaliser projet	Déc 2014 ?
SAGE	2011	75 % du projet 3 modules implantés Création de Multi-accès	Implantation module Synergie (gestion probation et appréciation contribution)	Déc. 2014
Téléformation	2013	15 % du projet Élaboration du projet Modes de fonctionnement généraux	Offrir programmation 2014-2015 (environ 6 formations)	Mars 2015
Apprentissage en ligne	2011	15 % du projet 6 rencontres régionales préparation projet régional (en cours)	Dépôt du DJE au DGTI Dépôt du PT-Pari au DGTI Choix de la plateforme pour pôle Estrie-Montérégie Implantation	Juin 2015

Le projet de développement d'un laboratoire de simulation clinique (LSC) pour lequel la FMSS et le CHUS ont choisi de jumeler leurs efforts pour soutenir le développement des pratiques professionnelles s'est poursuivi. Rappelons qu'actuellement une salle de simulation est disponible dans l'espace académique au CHUS- Hôtel-Dieu et une salle de simulation polyvalente et une salle de « debriefing » à l'aile 1 niveau 0 du CHUS Hôpital Fleurimont. Un vaste projet est en cours pour accroître ces infrastructures. Un ajout de 1 000 m² - 9 salles est planifié pour le printemps 2015 alors que 260 m² - 3 salles s'ajouteront en 2016-2017. Les plans et devis préliminaires ont été complétés.

En décembre 2013 ont eu lieu des portes ouvertes lors de l'inauguration officielle du Centre d'apprentissage du CHUS-Hôtel-Dieu. Le centre regroupe des chambres de soins qui reproduisent l'environnement clinique et servent à l'orientation et à la formation continue du personnel clinique, une salle techno pédagogique (12 postes informatiques), une salle de formation traditionnelle ainsi qu'une dizaine d'ordinateurs libres d'accès pour l'apprentissage en ligne. Des bureaux polyvalents sont à la disposition des formateurs et du personnel dédié au développement professionnel. Un technicien en administration est aussi présent en tout temps.

Le module « Multi-accès » du logiciel SAGE a été déployé le 26 septembre. Il permet au personnel de consulter les formations offertes au CHUS et de s'y inscrire facilement. Également le dossier de formation continue peut être consulté et imprimé à n'importe quel moment via l'intranet ou dans Logibec. Au 10 avril, 3 399 comptes avaient été créés, générant 37 852 connexions au système. Le module BRIO-PLANIF a aussi été implanté afin d'effectuer la collecte et la priorisation des besoins formation pour créer le PDRH.

L'équipe de Télésanté et le Service de développement des compétences planifient l'implantation d'un projet de diffusion de formations via le Centre de coordination de télésanté. On vise une programmation de formation pour le RUIS par téléconférence (6 à 10 formations) pour 2014-2015.

Projet régional d'apprentissage en ligne : Rencontres et discussions avec l'Agence, le CESS et le CSSS-IUGS pour définir le projet et les outils.

Faciliter le transfert des expertises sur le terrain, pour que les patients bénéficient au maximum du riche savoir de notre personnel :

ROUTE DE LA COMPÉTENCE		12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue		75%	+ ↑	83%			●
Nombre d'heures de formation continue par employé		15,5	- ↓	12,7			■
Taux de stabilité sur les postes (infirmières)		61%	+ ↑	66%	vs	75%	▲
Taux de roulement (infirmières) En nombre d'individus		11,8%	+ ↓	11,1%			▲
Taux de rétention (infirmières) 6 mois après l'embauche / En nombre d'individus		86%	- ↓	78%			■
Taux d'employés ayant eu une évaluation		2%	=	2%			■

Bilan général de la formation pour 2013-2014 : 1 987 sessions de formation ont généré 58 524 heures de formation pour un total de 24 925 participants. Nous n'avons toutefois pas atteint la cible prévue du nombre d'heures de formation continue par employé. La raison principale est attribuable au fait que nous avons offert depuis le début de l'année plusieurs activités de formation de masse de courte durée. Ceci a pour impact de faire chuter la moyenne des heures de formation par employé. Voici quelques exemples : AAPA-Délirium, consignes en cas d'urgence, directives- activités de soins, pompes entérales Kangaroo. Par ailleurs, nous constatons une augmentation de la participation aux conférences clinico-académiques et aux midis-cliniques depuis l'arrivée de Multi-Accès qui facilite la diffusion et l'inscription. Encore là, ce sont de courtes activités de 45 minutes. De plus, la diminution d'environ 40 % de formation OMEGA de base (28 heures) a fait diminuer à elle seule 1 200 heures de formation. En contrepartie, si on considère les autres indicateurs reliés, nous avons rejoint 469 employés différents de plus, ce qui constitue une augmentation substantielle. En effet, 4 586 employés différents ont bénéficié de formation, comparativement à 4 127 l'an dernier. Donc, moins d'heures de formation par employé dû à des formations de courte durée, mais 83 % du personnel rejoint comparativement à 75 % l'an dernier. Note: L'historique de cet indicateur demeure encore insuffisant pour permettre de juger ses variations et d'établir une cible réaliste pour le CHUS.

Le « top 5 » des activités et des formations ayant le plus de participants

FORMATIONS 2013-2014	TOTAL DE PARTICIPANTS EN 2013-2014
1. Conférences clinico-académiques	2 257
2. Midis-conférences et midis-cliniques	1 992
3. Procédures des mesures d'urgence	1 643
4. Délirium	940
5. Toutes formations reliées à la RCR	674

Poursuivre les efforts d'attraction d'une main-d'œuvre de talent et lui permettre de donner son plein potentiel, pour que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin, prodigués par du personnel compétent.

Dans un contexte de pénurie de ressources spécialisées, particulièrement pour les infirmières, le CHUS se doit de mettre en œuvre des stratégies d'attraction et de rétention créatives. Un chantier d'attraction - rétention a été mis sur pied et constitue le projet prioritaire n° 2 de l'équipe de direction. Les objectifs du chantier peuvent se résumer en trois axes :

- Augmenter la force de travail et stabiliser nos équipes pour améliorer les conditions et le climat de travail (court terme) 2013-2014 et poursuivre en 2014-2015;
- Réduire le nombre de départs chez les nouveaux employés par une prise en charge en continu pendant les deux premières années (moyen terme) travaux débutés en 2013-2014;
- S'assurer que les projets prioritaires en cours agissent sur des leviers reconnus et efficaces afin d'accroître la rétention et générer de l'engagement (long terme).

Agir sur l'attraction de la main-d'œuvre

- Développer et intégrer une nouvelle image de marque du CHUS comme employeur : la nouvelle marque, déjà utilisée pour le recrutement externe sera lancée officiellement auprès des équipes internes en juin 2014.
- Élaborer de nouvelles stratégies de recrutement au niveau local, provincial, hors Québec, Web 2.0 et médias sociaux, y incluant nos ambassadeurs internes (RESO) : Le programme de recommandation des employés a fait peau neuve avec un nouveau nom (RÉSO), une nouvelle image, mais surtout, des récompenses encore plus généreuses et accessibles. Tirant profit de ses meilleurs ambassadeurs, ce programme vise à favoriser le référencement de candidat potentiel par notre personnel. Pour participer, il suffit de recommander des personnes issues de son réseau personnel ou professionnel aptes à combler l'un des six titres d'emploi admissibles au CHUS (infirmière, CEPI, préposé aux bénéficiaires, secrétaire médical, technicien en électrophysiologie médicale, technologiste médical). Pour chaque candidature admissible, l'employé reçoit un chèque cadeau de 100 \$. Si la candidature est retenue, l'employé est éligible au tirage annuel de 5 grands prix (1 crédit voyage de 2 000\$, 2 chèques cadeaux de 1 000 \$ et 2 de 500\$).
 - o Optimiser les stratégies d'attraction afin d'augmenter le nombre d'embauches;
 - o Optimiser les structures de postes, les mouvements internes et les conditions de travail : les réalisations (terminées ou en cours au 31 mars 2014) de cette portion du chantier sont :
 - l'affichage du temps supplémentaire en continu;
 - l'entente de bonification de poste infirmière;
 - la création de postes hors structure infirmière;
 - l'entente corridor de mobilité pour les infirmières;
 - la révision du registre de postes et mutations pour les infirmières, les préposés aux bénéficiaires et les agentes administratives (réceptionniste d'unité);



- les modalités d'octroi congé sans solde partiel pour études pour les infirmières;
- l'entente-cadre pour les horaires de 12 heures;
- la conversion et le rehaussement des heures travaillées pour les préposés aux bénéficiaires;
- la renégociation des conditions de travail locales CSN articles : 1, 2, 5, 6, 7 et 11.

Les résultats :

- 205 embauches d'infirmières par rapport à 160 en 2013 et 96 externes pour l'été par rapport à 60 en 2013;
- taux de stabilité et de roulement pour les infirmières se sont améliorés, sans toutefois atteindre la cible visée;
- recrutement de 27 infirmières françaises (dont 25 d'expérience) par rapport à 13 en 2013;
- force de travail et temps supplémentaire stables (6,7 %) par rapport à 2013;
- temps supplémentaire imposé en hausse dans des secteurs précis (7,1 %).

Agir sur la rétention et l'engagement du personnel

- Intégrer l'image de marque dans les pratiques RH et la culture;
- Ajuster les programmes d'accueil et d'intégration, le soutien clinique, probation et l'appréciation de la contribution pour créer un continuum au niveau du soutien et l'encadrement clinique (0-2 ans) :
 - o des efforts importants ont été apportés à s'assurer que les nouveaux employés recrutés seront bien accueillis et orientés. En effet, le CHUS attend 350 nouveaux employés de mai à juillet 2014. La façon dont ils seront accueillis dans l'équipe et la perception qu'ils auront de l'organisation en général auront une influence importante sur leur décision d'y demeurer et de s'y investir. Plusieurs bonnes pratiques en matière d'accueil, d'intégration, d'orientation et de probation ont été identifiées et les gestionnaires ont été sensibilisés et mandatés spécifiquement pour en assurer la mise en œuvre, en collaboration avec leurs équipes;
 - o un cadre de référence en soutien et encadrement clinique a été élaboré et sera diffusé et mis en œuvre au cours des prochains mois;
 - o un 5^e poste de préceptrice à temps complet a été créé. Pendant la période estivale, des préceptrices seront disponibles en tout temps et seront visibles sur les unités de soins, en soutien aux recrues;
 - o divers outils ont été élaborés, ou sont en cours d'élaboration, pour offrir du soutien clinique : la standardisation des outils (ex. : implantation de la « note à cocher »), la révision des techniques de soins, la clarification des rôles et responsabilités de chaque intervenant, dans un esprit de complémentarité et de collaboration, des contenus de formation spécifiques. Ces outils sont accessibles dans l'Intranet;
 - o un processus révisé d'appréciation de la contribution a été élaboré et sera mis en œuvre graduellement. Ce processus est différencié selon l'ancienneté et vise notamment le développement des compétences, le cheminement de carrière, le transfert des expertises en fin de carrière, etc. Si de 0 à 3 ans d'ancienneté l'approche est plus traditionnelle, à partir de 4 ans et plus, elle vise une responsabilité partagée entre l'employé et le gestionnaire et une mesure également qualitative. La démarche prévoit également un

bilan axé sur l'échange et le développement de la relation, une collecte de données qui vise un portrait le plus complet et objectif possible de la contribution, des formulaires adaptés selon le groupe cible et une fréquence qui tient compte du ratio gestionnaire-employés.

- Poursuivre le déploiement de projets d'organisation du travail qui visent l'utilisation optimale des compétences et l'élimination des tâches à valeur non ajoutée : des travaux ont eu lieu en santé mentale, dans les soins critiques, en stérilisation et aux urgences;
- Poursuivre les activités de révision des pratiques cliniques;
- S'assurer que les projets organisationnels contribuent et génèrent à l'engagement du personnel : (SPCHUS, amélioration continue, LEADS, appréciation de la contribution, temps de proximité);
- Se doter d'instrument standardisé et validé de mesure « d'engagement » pour mesurer en continu les retombées des actions sur l'engagement des personnes visées;
- Travailler en collaboration avec l'Agence et les établissements de la région pour améliorer l'organisation des services et diminuer la pression sur le personnel du CHUS.

Les résultats :

- Après 6 mois, 78 % des infirmières embauchées sont toujours en poste (2012-2013), 68 % après 12 mois (2012-2013) et 61 % après 24 mois (2010-2011). Le taux de rétention des infirmières cliniciennes, 6 mois après la complétion du DEC-BAC, est de 51 %. Le CHUS obtient le taux de rétention (12 mois) le plus bas selon le balisage provincial chez les infirmières.

5.2.1.4. La route de la performance

Améliorer la trajectoire-patient en utilisant la carte de la performance, pour nous assurer que la trajectoire patient soit de meilleure qualité, avec le moins de délais possible.



Soutenir le gestionnaire dans l'exercice de son rôle, pour que les gestionnaires puissent faciliter les changements qui permettront d'améliorer la trajectoire- patient.

Mieux sélectionner, prioriser et synchroniser les projets, pour que le choix des projets soit fonction des défis de la trajectoire-patient, du temps et des ressources disponibles.

Au cours de l'année 2013-2014, le CHUS a finalisé la conception de son système de performance, le SPCHUS. Rappelons qu'en 2009, le conseil d'administration a demandé à l'équipe de direction de se doter d'un modèle de gestion intégrant les principales préoccupations stratégiques afin :

1. d'augmenter le niveau de mobilisation de l'ensemble des employés et médecins du CHUS envers la mise en œuvre des priorités de l'organisation;
2. d'augmenter l'implication des employés et médecins du CHUS dans la prise de décision;
3. de donner du sens en clarifiant le fil conducteur entre les nombreux projets tels le plan stratégique, l'amélioration continue, la réorganisation du travail, l'évaluation de la satisfaction des usagers, l'évaluation de la performance, l'accréditation d'Agrément Canada, etc.

Après l'analyse de plusieurs modèles et grâce à des partenariats inspirants avec les Hautes Études Commerciales (HEC), Bombardier Produits Récréatifs (BRP) et l'Hôpital de St-Boniface au Manitoba, le CHUS choisit de se doter de son propre modèle adapté à ses besoins : le système de performance CHUS (SPCHUS).



Ce système comporte 3 dimensions : le noyau (mission, vision, valeur), les 4 volets de la performance à considérer dans nos décisions et les trajectoires patients.

1. LE NOYAU

Mission : L'équipe du CHUS, en misant sur l'enseignement et la recherche et en partenariat avec le milieu, prodigue des soins et services de grande qualité centrés sur les besoins de santé de ses populations.

Des soins de courte durée à la population de la MRC Coaticook, du Val-St-François, du Haut-St-François et de la ville de Sherbrooke, ainsi qu'à une partie de la clientèle des autres territoires de l'Estrie. Des soins spécialisés et surspécialisés à la population de l'Estrie. Des soins surspécialisés pour le Centre-du-Québec et une partie de la Montérégie, dans le cadre du RUIS de l'Université de Sherbrooke

Vision : Vers un CHUS plus performant et inspirant à dimension humaine.

Valeurs : Respect, Écoute, Esprit d'équipe, Professionnalisme, Créativité.



2. LES TRAJECTOIRES PATIENTS

Les « trajectoires patients » représentent les processus, les parcours que suivent les patients au cours d'un ensemble successif d'épisodes de soins ou de service. Notre vision est de briser les silos fonctionnels de la structure hiérarchique pour que tous contribuent de façon transversale à l'optimisation des trajectoires en vue d'assurer la réalisation de notre mission.



3. LES 4 VOILETS DE LA PERFORMANCE

Notre système vise l'efficacité des processus, l'utilisation judicieuse des ressources, l'engagement des personnes envers les pratiques et l'accessibilité et la qualité des soins et services aux patients. Chacun de ces volets se subdivise en 4 dimensions à considérer dans chacune de nos décisions :



- Connaissance de nos processus
- Amélioration continue
- Gouvernance et communication
- Planification et évaluation



- Besoins et disponibilité
- Répartition
- Contribution
- Bien-être des personnes et entretien des actifs



- Leadership
- Développement des compétences
- Pratiques professionnelles
- Collaborations et partenariats



- Expérience des patients
- Pertinence de l'offre de soins et services
- Sécurité
- Efficacité

La mise en œuvre de ce système de gestion de la performance a des répercussions sur la gouvernance, les structures, sur les approches et modes de gestion, de même que sur la culture et les paradigmes de l'organisation. Il s'agit d'une véritable transformation pour laquelle le projet

GPS (Gestionnaire-Performance-Sens) terminé en 2012-2013 avait permis d'assurer des bases solides. Dès le mois de mai 2013, le CHUS, souhaitant poursuivre cette transformation, soumettait sa candidature au projet « LEAN Santé » du MSSS. Retenu par le MSSS avec une subvention de 1,1 million \$, le CHUS a donc entrepris la phase 2 du déploiement de son système de performance. Ce projet, débuté dès l'automne 2013, a comme finalité : « De façon transversale à travers toutes les directions, améliorer les trajectoires-patients par des processus efficaces, des ressources utilisées judicieusement, des personnes engagées envers leurs pratiques et des soins et services accessibles et de qualité pour les patients. » Cette amélioration se traduira par une plus grande mobilisation du personnel, des gestionnaires et des médecins envers les patients.

Le projet comporte 5 grands enjeux :

1. implanter l'amélioration continue au quotidien de la performance (soutenu par la gestion de proximité) :
 - le modèle conceptuel a été développé;
 - la présentation aux gestionnaires est prévue pour juin 2014;
 - le scénario de déploiement du modèle conceptuel est en cours d'élaboration;
 - une troisième cohorte de gestionnaires a été formée aux concepts LEAN par l'UQTR.
2. Développer les compétences de leadership transformationnel basé sur le modèle LEADS :
 - le modèle LEADS a été soutenu auprès des directeurs adjoints;
 - le scénario de déploiement pour les cogestionnaires de programmes clinico-administratif et médical est complété (implantation : automne 2014).
3. Habiler les gestionnaires à utiliser les outils de gestion et de mesure de la performance :
 - l'outil d'aide à la décision basé sur les 4 volets de la performance a été révisé et adapté au nouveau concept visuel du SPCHUS;
 - la diffusion de l'outil auprès des utilisateurs s'est poursuivie de même que l'adaptation des outils (ex : charte de projets);
 - une salle exécutive a été mise en œuvre pour permettre le pilotage stratégique de la performance. De nouveaux outils, comme les schémas d'analyse des indicateurs, ont été développés.
4. S'assurer de mettre en place des projets alignés sur la planification stratégique et porteurs de valeurs pour le patient :
 - le comité des directeurs adjoints a finalisé le processus de gestion du portefeuille et implante graduellement les outils requis;
 - cinq projets prioritaires ont été identifiés et font l'objet d'un suivi intensif par l'équipe des directeurs :
 - i. Plan de sécurité;
 - ii. Chantier d'attraction/rétention;
 - iii. Pompes volumétriques;
 - iv. Approche adaptée à la personne âgée;
 - v. Déploiement du SPCHUS.
5. Implanter un modèle de gestion transversal, intégré et systémique des trajectoires - patients stratégiques :
 - une première trajectoire stratégique a été identifiée, l'oncologie. Elle sera suivie de la trajectoire santé mentale;
 - la cartographie de la trajectoire oncologie a débuté.

4. LES STRATEGIES DE COVOITURAGE

Avec le personnel et les médecins :

La réalisation de projet d'amélioration continue s'est poursuivie au cours de la dernière année alors que plusieurs projets ont été réalisés avec le soutien de l'équipe d'amélioration continue, du bureau de projet ou des 10 employés et médecins inscrits à la troisième cohorte du programme de l'UQTR. Voici quelques exemples :



- Révision du processus de réception, de préparation et d'analyse des spécimens au laboratoire du RSOSi - Programme québécois de dépistage du cancer colorectal : cette démarche vise à s'assurer que nous atteignons les objectifs d'analyser plus de 3 000 échantillons par jour, tout en transmettant les résultats aux patients dans un délai maximal de 7 jours, et ce, avec un nombre limité d'assistantes techniques (5). En septembre 2013, l'équipe traitait 720 échantillons par jour, le taux d'utilisation des analyseurs était de 14 % et 26 % des partenaires respectaient les procédures d'envoi des échantillons. Des problématiques ont été identifiées pour améliorer la durée du processus (saisie informatique, environnement, traitement en lot, non-respect des standards d'envois d'échantillons, etc.). Plusieurs solutions ont été implantées : Réduire la taille des lots, réviser des méthodes de travail, standardiser et communiquer la procédure d'emballage standard des colis et des glacières, mettre en place d'un comité de travail avec le ministère pour développer une solution de saisie nationale, etc. En mai 2014, 82 % des partenaires respectent les procédures, les analyseurs sont utilisés à 87 % et l'équipe traite 2 000 échantillons par jour avec un délai de réponse de 4,6 jours.
- Processus de nettoyage et de désinfection des chambres : le projet du service d'hygiène et salubrité visait à diminuer le nombre d'accidents, à diminuer la variation des délais de réponse aux demandes de désinfection et à augmenter la qualité du nettoyage quotidien des chambres. Différentes mesures ont été expérimentées/réalisées, dont la standardisation des chariots de désinfection (5S), l'aménagement d'une chambre standard (5S) et la réalisation d'une vidéo sur la méthode de désinfection et nettoyage standard. Le projet se poursuit pour diffusion et implantation généralisée en 2014-2015.
- Médecine de jour (CHUS – Hôtel-Dieu) : les équipes de l'Hôtel-Dieu en collaboration avec celles de Fleurimont ont travaillé différents projets en photothérapie, en infectiologie et en ERCP afin de diminuer les délais pour les patients, d'équilibrer la charge de travail, améliorer le climat de travail et d'assurer une utilisation optimale des ressources matérielles (chaises et civières). Les résultats sont probants, tant pour le patient (diminution des délais) que pour la charge de travail (meilleur équilibre de l'achalandage) que pour la satisfaction au travail.
- Urgence ambulatoire (CHUS – Hôpital Fleurimont) : l'équipe de l'urgence du CHUS-Hôpital Fleurimont a travaillé à améliorer le système de gestion des flux patients/dossiers. Ce système permet la gestion visuelle des temps d'attente tout au long du processus, des prochains patients à voir/revoir et le motif de la consultation, la localisation des patients et des intervenants, les tâches à réaliser et leur priorité et les résultats des examens prêts à être consultés. L'objectif est d'installer, juste à temps, les patients dans une salle afin de réduire l'attente et améliorer la fluidité.

- Processus de réalisation des examens en angiographie et optimisation de l'utilisation des salles de fluoroscopie spécialisées : Le projet visait à établir un diagnostic sur l'utilisation des salles actuelles et à les utiliser à leur plein potentiel afin d'assurer l'accessibilité des patients, la qualité et la sécurité des soins, le développement et l'enseignement.
- Utilisation sécuritaire des profils pharmaceutiques aux soins intensifs de HD : Le projet visait à diminuer de 30 % les erreurs de médicaments reliées au non-respect des procédures d'utilisation du profil pharmaceutique. Au départ, 25 % des erreurs de l'unité étaient en lien avec ce non-respect. 87 % du plan d'action a été réalisé, notamment la révision du guide d'utilisation du profil, l'implantation de nouvelles procédures de travail et la formation du personnel. Depuis l'activité Kaizen en janvier 2014, seulement 2 erreurs sur 30 ont été occasionnées par le non-respect de la procédure. Des mesures de suivi sont implantées pour assurer la pérennité.
- Optimiser l'accessibilité à la clinique médicale d'obésité pédiatrique du CHUS afin de réduire le délai d'attente des patients : la clinique enregistre des délais trop longs (plus du double que ceux recommandés par INESSS) et une non-efficacité du processus (pas le bon patient vu au bon moment par la bonne ressource). Le projet visait à diminuer de 50 % le délai d'attente de la première consultation des patients sur la liste d'attente. La création d'algorithmes de décision, un formulaire de référence standard, la rencontre des intervenants première ligne pour leur fournir et expliquer la liste des ressources disponibles en région sont parmi les solutions expérimentées à date.
- Confection et gestion des horaires des travailleurs sociaux (CAR) : le processus n'étant pas standard (3 programmes-clientèles sur 8 seulement étant informatisés) nécessitait, pour palier, beaucoup de communications entre les parties. Parmi les solutions implantées : une section réservée à la CAR dans l'intranet, un guide de référence simple, la formation des gestionnaires, une meilleure compréhension de la convention collective. Les résultats démontrent un accroissement de la satisfaction des travailleurs sociaux en regard de la gestion de leurs horaires.

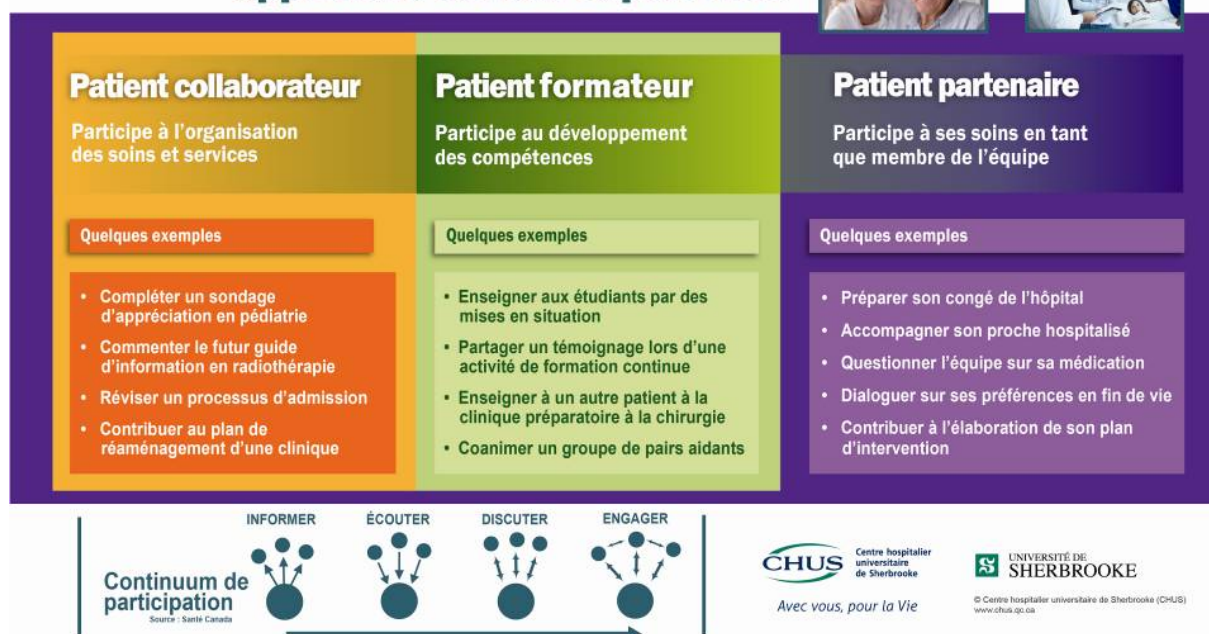
Avec le patient et ses proches :

Le CHUS a consolidé sa démarche d'évaluation de l'expérience patient. Maintenant intégrés au cycle de gestion, deux sondages organisationnels sont réalisés auprès de la clientèle hospitalisée. Une première ronde a eu lieu au printemps et la seconde à l'automne. Chaque unité est évaluée une fois. Au total, ce sont 366 patients hospitalisés qui ont complété le sondage. Globalement, la courtoisie des équipes est soulignée et la satisfaction générale est élevée, de 73 % à 80 % des patients accordant au CHUS une note globale de 9 ou 10. À plus de 90 %, les patients vivent une expérience positive en regard de plusieurs dimensions dont l'écoute attentive, les informations compréhensibles, la propreté, l'évaluation de la douleur. Par contre, à moins de 90 %, les dimensions relatives à l'information sur les médicaments et leurs effets secondaires, la tranquillité, l'écoute et l'information aux proches, les informations sur l'évolution de l'état de santé présentent des possibilités d'amélioration. Chaque équipe est rencontrée afin d'évaluer quelles pistes peuvent être mises en œuvre afin de mieux répondre aux besoins des patients. Au cours de la prochaine année, ces résultats seront intégrés à la démarche SPCHUS. Également, l'évaluation de l'expérience dans les secteurs ambulatoires sera développée en coleadership avec le comité des usagers.

Le CHUS a consolidé sa vision de l'expérience patient en élaborant un cadre de référence qui précise trois grands axes d'implication :

- le patient collaborateur participe à l'organisation des soins et services (réviser un processus d'admission, commenter un guide d'information, remplir un sondage, etc.) ;
- le patient formateur participe au développement des compétences (enseigner aux étudiants par des mises en situation, coanimer un groupe de pairs aidants, partager son vécu lors d'une activité de formation, etc.) ;
- le patient partenaire participe à ses soins en tant que membre de l'équipe (préparer son congé de l'hôpital, questionner l'équipe sur sa médication, accompagner son proche hospitalisé, etc.). Dans un continuum de participation, le patient peut être informé, écouté, impliqué ou engagé.

Les patients ont beaucoup à nous apprendre de leur expérience



Encore cette année, des initiatives et activités ont permis de consolider la collaboration entre le comité des usagers et le CHUS, entre autres :

- En février 2014, le comité des usagers rendait publique son importante étude sur les besoins en soins spirituels pour les usagers hospitalisés au CHUS. Il en ressort que les patients interrogés peuvent avoir des besoins variés et non mutuellement exclusifs qui concernent surtout la relation à soi pouvant être comblés soit par un intervenant en soins spirituels associé ou non à une religion, soit par un médecin, infirmière, membre de la famille ou ami. La satisfaction des personnes ayant eu recours aux services du CHUS a été évaluée ainsi : 78 % satisfaites; 6 % non satisfaites; 16 % inconnu. Les besoins en soins spirituels varient selon l'âge, le sexe et la raison d'hospitalisation. Enfin, le CHUS aurait avantage à mieux faire connaître ses services. Fort de cette étude, le comité des usagers a fait sept recommandations basées sur l'importance des besoins en soins spirituels des patients, incluant les besoins religieux. Ces recommandations seront analysées et prises en compte au cours de la prochaine

année pour la réorganisation de l'offre de services du CHUS en soins spirituels, tenant compte des règles syndicales, de la rareté des prêtres, des contraintes budgétaires et des orientations ministérielles pour l'organisation des services d'animation spirituelle dans les établissements de santé.

- Parce qu'ils n'ont pas tous accès aux soins palliatifs, plus de 80 % des patients décèdent dans les unités de soins aigus, lesquelles ne sont pas nécessairement conçues pour leurs besoins. Le Comité des usagers a développé une « trousse de fin de vie » dédiée à soutenir les équipes afin qu'elles puissent accompagner les patients et leurs proches dans cette ultime étape. Cette trousse disponible à chaque poste d'unités de soins comprend notamment un lecteur de musique, une lampe pour tamiser l'éclairage, un guide d'accompagnement, une carte de sympathie pour les proches, une carte permettant d'identifier la chambre en toute dignité. Présenté à la journée annuelle Qualité du CHUS, cette trousse a obtenu le prix « coup de cœur » du conseil d'administration.
- Le comité des usagers du CHUS a étroitement travaillé avec le Service expérience patient, soins spirituels et ressources bénévoles afin de créer une liste de patients, de tous âges et de toutes provenances, désirant collaborer avec le CHUS. Cette liste compte actuellement une soixantaine de personnes. Près d'une vingtaine d'entre elles ont déjà été sollicitées par le CHUS afin de les impliquer dans l'organisation des services, le développement des compétences ou la prestation des soins.
- Un membre du comité des usagers et une patiente, deux personnes âgées, contribuent à l'implantation de l'approche à la personne âgée (AAPA) au CHUS. La représentante du comité des usagers participe aux grandes orientations alors que notre patiente figure dans les photoromans, outil de sensibilisation destiné au personnel.
- Lors de l'assemblée générale du comité des usagers en octobre, notre directrice générale a présenté une conférence intitulée : « Faire ÉQUIPE avec les patients! ». Elle était accompagnée d'une patiente, atteinte de la maladie de Parkinson, qui a partagé son opinion sur faire ÉQUIPE avec le CHUS.
- L'équipe en soins oncologiques a reçu en novembre 2013 le *Prix de la Direction québécoise de cancérologie*, catégorie Évolution de la pratique, pour son projet « Implication des patients dans l'organisation des soins et l'aménagement des lieux physiques ». L'équipe a sollicité et tenu compte des commentaires et suggestions des patients à de nombreuses reprises au cours des dernières années dans plusieurs projets. Ainsi, des entrevues ont été réalisées auprès des patients lors du réaménagement des salles d'accueil en radio-oncologie. Les patients consultés ont identifié trois grands besoins qu'ils avaient durant leur période d'attente : se divertir, se reposer et échanger avec d'autres personnes atteintes de cancer. À partir de ces informations, trois ambiances distinctes ont été créées : un espace avec télévision, un espace propice à la détente et un espace plus convivial favorisant la prise de contact. Également, un nouveau guide d'information sur le scalpel gamma, la réorganisation du travail dans le centre de chimiothérapie, l'installation d'écrans destinés aux personnes dans les salles d'accueil en radiothérapie ont tous nécessité la participation des patients, que ce soit à travers des sondages, des questionnaires de satisfaction ou des entrevues.

Avec nos partenaires : (voir aussi Implanter les meilleures pratiques dans nos soins et services externes et améliorer les liens avec nos partenaires)

Le CHUS a participé à l'automne 2013, au processus de réflexion stratégique du RUIS de l'Université de Sherbrooke. À la suite de cette réflexion, la gouvernance a été revue et deux nouveaux comités ont été créés, soit une Table interrégionale DRAMU – DSP et un comité RUIS CHUS – CSSS Champlain Charles-LeMoine sur lesquels des représentants du CHUS siégeront. Le CHUS sera aussi interpellé dans les objectifs des prochaines années, notamment, dans l'exploration et le développement de la complémentarité CHUS – CCLM dans les corridors de soins et services et dans l'examen plus approfondi de la contribution potentielle du RUIS dans quatre dossiers : formation continue, transfert de connaissances, télésanté, ÉTMIS.

5.3. La gestion des opérations

Outre les réalisations de la première année de notre plan stratégique, nos équipes ont à leur actif de nombreuses réalisations visant à maintenir ou améliorer la performance de l'organisation. Ces réalisations seront présentées en fonction de notre carte de performance.

5.3.1. Efficience des PROCESSUS

En plus des projets d'améliorations continues que nous avons présentés dans les stratégies de covoiturage, les actions suivantes ont permis d'améliorer l'efficience nos processus :

Le Bureau de projets du CHUS, en plus de poursuivre l'accompagnement des promoteurs de projets au CHUS, a offert un soutien en gestion de projets au MSSS ainsi qu'aux établissements dans le cadre de projets d'organisation du travail. Le rôle du Bureau de projets consistait à soutenir tous les chargés de projet du MSSS et des établissements du Québec, ce qui se traduisait par une offre de services présente à toutes les étapes du projet : ateliers de définition et de planification des projets, soutien à distance aux établissements, participation aux évaluations et à l'acceptation des projets proposés, participation au suivi des projets en cours de réalisation et lors de la clôture;

La logistique hospitalière s'implante graduellement en soutien aux activités cliniques. Un projet en angiographie est en cours et d'autres secteurs cliniques seront identifiés au cours de prochains mois;

En termes de gouvernance, quelques changements ont été effectués au plan d'organisation. Depuis le 5 novembre 2013, le Service des soins spirituels et des ressources bénévoles est transféré de la DISC à la DQPEP. Ce transfert vise à mieux intégrer l'offre de soins et services de ces secteurs à l'ensemble des actions qui permettent d'améliorer la qualité de l'expérience du patient et ses proches au cours d'un épisode de soins. Le service de l'amélioration continue des processus (« Kaizen ») est également transféré à la DQPEP. Rattaché depuis quelques années à la DRFST qui a assuré le déploiement de l'approche Kaizen, le transfert à la DQPEP vise à faciliter davantage les synergies entre les différentes expertises, particulièrement dans le cadre du déploiement de notre Système performance CHUS. Le soutien à l'enseignement est dorénavant sous la responsabilité de la DRHE. Cette modification de la structure constitue un choix logique et souhaité par tous dans la foulée de la création de la DRHE en avril 2011. L'ajout de l'équipe du soutien à l'enseignement au sein de la DRHE procurera un second souffle à cette direction et lui permettra de poursuivre les efforts visant à établir et à maintenir des liens de communication et de concertation étroits avec la FMSS.

5.3.2. *Engagement des personnes envers nos PRATIQUES*

5.3.2.1. Leadership : voir route de la Performance

5.3.2.2. Compétences (en plus de la route de la compétence) :

- Lors de son gala en novembre dernier, la Société de formation et d'éducation continues (SOFEDUC) a remis un prix au CHUS, dans la catégorie Fidélité, pour souligner son engagement comme membre durant ces vingt dernières années. La SOFEDUC est l'organisme officiel qui accrédite les organisations et les entreprises pour l'émission des unités d'éducation continue (UEC). Elle s'assure, par divers moyens, que ses membres respectent les critères de qualité, tant pédagogiques qu'administratifs.

5.3.2.3. Pratiques professionnelles (en plus de la route de la qualité) :

- L'unité de recherche en pharmacie du CHUS a organisé la première journée de formation sur l'utilisation sécuritaire des médicaments le 19 avril à Orford. Cette activité a connu un franc succès avec un nombre de participants plus élevé que prévu, la qualité de ses conférenciers, les thèmes traités et par l'organisation programmée au quart de tour. Une deuxième édition aura lieu en 2014.

5.3.2.4. Enseignement, recherche et évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMIS)

- Le CHUS a accueilli 1 397 stagiaires de 37 établissements d'enseignement en 2013-2014, une diminution de 13 % par rapport à l'an dernier. Ces étudiants ont généré 35 128 jours de stages dans 52 disciplines différentes;
- Avec le soutien financier de la Fondation du CHUS et de la Banque Nationale, le programme d'aide au financement interne (PAFI) a offert aux chercheurs du CRCHUS, 15 bourses de 15 000 \$ chacune pour le démarrage de programmes de recherche. Le PAFI vise à stimuler le développement de projets originaux pertinents aux problèmes de santé qui pourraient être ensuite soutenus par des sources externes de financement. Cette année, une somme globale de 225 000 \$ a été accordée dans les axes Inflammation-Douleur, Imagerie médicale, Cancer: biologie, diagnostic, pronostic, Mère-enfant et Diabète, obésité et complications cardiovasculaires;
- L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS) a publié huit rapports d'évaluation dans le but de soutenir et conseiller les gestionnaires du CHUS dans la prise de décision et a rendu disponible un outil pour évaluer l'interdisciplinarité :
 - o Système de perfusion cœur-poumon, avril 2013, note de synthèse : Il s'agit d'une analyse comparative de l'efficacité et de la sécurité des systèmes de perfusion cœur-poumon disponible sur le marché canadien et tout particulièrement de la composante des pompes extracorporelles. La littérature scientifique ne permet pas de conclure à la supériorité d'un système de perfusion cœur-poumon par rapport à un autre en ce qui a trait à l'efficacité et la sécurité.

- o Évaluation d'un incubateur «Time-Lapse» pour la procréation médicalement assistée au CHUS, juin 2013 : Selon les critères de l'analyse, L'UETMIS recommande l'acquisition de cette technologie sous certaines conditions : un programme de recherche et de développement devra être initié, les images générées avec l'imagerie « time-lapse » devront être utilisées pour la formation du nouveau personnel et les images générées devront s'intégrer au système informatique du CHUS afin de faciliter leur gestion. Soulignons que ce rapport a été retenu par le comité scientifique de l'INESSS en réponse à une demande du MSSS sur cette technologie.
- o Le CHUS devrait-il se doter d'une troisième salle d'angiographie? Août 2013 : L'UETMIS n'a pas été en mesure d'émettre une recommandation claire quant à l'aménagement ou non d'une nouvelle salle d'angiographie. Deux recommandations ont été émises, soit mettre en place une procédure de révision des processus en angiographie et réaliser une étude rétrospective sur la relation entre le délai d'attente et l'évolution de l'état de santé du patient.
- o Rapport d'évaluation oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO), septembre 2013 : Il s'agit d'un bref rapport d'évaluation sur l'oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO). L'analyse conduit l'UETMIS à recommander, sous certaines conditions, l'acquisition de cette technologie pour le traitement de la détresse respiratoire aiguë (ARDS) aux soins intensifs.
- o Évaluation de la radiofréquence et de la sclérothérapie à la mousse comme alternatives à la chirurgie pour l'ablation des varices, Novembre 2013 : L'analyse des données additionnée d'éléments du contexte au CHUS permet de recommander l'introduction de la radiofréquence au CHUS et l'utilisation de la sclérothérapie à la mousse dans les cas où la chirurgie ouverte et la radiofréquence ne sont pas possibles.
- o Hémolyse par réchauffe-liquide : revue systématique de la littérature avec méta-analyse Novembre 2013 : Le rapport dévoile que le réchauffement à 42°C ne compromet pas la sécurité transfusionnelle et recommande, lorsque les conditions cliniques l'exigent, l'utilisation d'un réchauffe-liquide à 42°C par la Banque de sang du CHUS pour réchauffer le sang avant une transfusion. Ces résultats ont été présentés à la conférence annuelle de la Société canadienne de médecine transfusionnelle. Ce travail a été réalisé en collaboration avec la Banque de sang, le GBM, les soins infirmiers et Héma-Québec.
- o Évaluation de l'interdisciplinarité en pratique clinique (Questionnaire IPC65), Décembre 2013 : Ce questionnaire anonyme est à compléter par tout intervenant travaillant dans une équipe interdisciplinaire en santé, soit en CH, CHU, CSSS et autres. Son objet est de mesurer le degré d'intégration d'une équipe interdisciplinaire par rapport aux standards établis dans la littérature scientifique.
- o Système de numérisation au Service des archives, Janvier 2014, note de synthèse : En l'absence de correction apportée au système de transfert des données numérisées, il apparaît nécessaire de procéder à une vérification humaine de 100 % des documents numérisés et de s'assurer que ceux-ci soient complets et disponibles dans Ariane. Cette vérification devra durer aussi longtemps qu'aucune correction, dont la fiabilité aura été démontrée, ne sera apportée.
- o Dysfonctionnement de l'équipement des salles d'hémodynamie, février 2014 : note de synthèse : Le rapport conclut que le mauvais fonctionnement de l'équipement observé en 2013 a eu des impacts négatifs chez les patients, n'est pas un événement isolé et que les risques de récurrence sont élevés. De plus, à ce jour, l'examen des données n'a pas

permis d'identifier les causes précises de ces bris, ce qui limite leur prédiction. Par conséquent, il sera primordial d'assurer un suivi rigoureux de l'équipement par l'intermédiaire du Service de génie biomédical.

- Tous les rapports sont disponibles au <http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/>

5.3.3. *Utilisation judicieuse des RESSOURCES*

5.3.3.1. Les ressources financières

- Malgré des compressions de 3,2 M\$ qui s'ajoutaient à celles de 10,3 M\$ des trois dernières années, le CHUS a terminé l'année en équilibre budgétaire. La contribution de tous à la gestion optimale des ressources, des événements d'opération extraordinaires, l'utilisation des revenus de stationnement et certaines transactions non récurrentes ont notamment permis ce résultat :
 - o les revenus ont augmenté de 2,4 %, passant de 464 M\$ à 475 M\$, les heures travaillées sont demeurées stables pour les infirmières et les infirmières auxiliaires alors que les heures travaillées totales ont augmenté de 1,3 %. Le nombre d'employés équivalent à temps complet s'est accru de 0,8 % alors que le nombre de médecins actifs est passé de 539 à 550, soit 2 % de plus;
 - o le secteur de l'imagerie médicale (22,6 %), les laboratoires (17,3 %) et le fonctionnement des installations matérielles (17,8 %) ont connus les hausses de coûts les plus importantes.
- Au total, 45 495 M\$ ont été investis dans les infrastructures du CHUS :
 - o 31 148 M\$ pour les bâtiments (agrandissement du CRC, mise à niveau des génératrices, efficacité énergétique, réaménagement de l'unité de pédiatrie oncologique);
 - o 9 326 M\$ pour les équipements (accélérateur linéaire, moniteurs cardiaques, radiographie numérique, ventilateurs, spectromètre de masse, etc.);
 - o 2 538 M\$ pour les équipements informatiques;
 - o 2 483 M\$ pour les mobiliers et autres équipements.
- Optimisation régionale : depuis un an, le Service paie, rémunération, avantages sociaux de l'Estrie (PRASE) du CSSS-IUGS assure la gestion des assurances collectives, régimes de retraite et congés parentaux des employés du CHUS et de douze autres organisations en santé et services sociaux de l'Estrie. La phase II (et la dernière) de la mise en place du Service PRASE a débuté le 24 février 2014 avec l'intégration des activités de paie et de rémunération des employés du CHUS. Tous les congés autres que parentaux sont toujours assumés par le CHUS.

5.3.3.2. Les ressources matérielles

- Le projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôpital Fleurimont (PARHF) se divise en cinq volets. Le volet 1 consistait à réaménager, entre autres, les espaces laissés vacants par le déménagement de la cafétéria. Il s'est réalisé entre juillet 2012 et juillet 2013 : inauguration des bureaux administratifs de l'imagerie médicale, des services de l'échographie générale et de la chirurgie d'un jour, regroupement de l'échographie de grossesse et de

l'obstétrique spécialisée, création des lits de transition spécialisée en pédiatrie, etc. Le 27 avril 2013, le MSSS autorisait le CHUS à franchir une autre étape dans le volet 2, soit la réalisation du Centre Femme-Jeunesse-Famille (rebaptisé «Pavillon enfant-soleil»). Le Dossier de présentation stratégique, document qui regroupe la description de la programmation clinique souhaitée, les options envisageables, les coûts, les enjeux sociopolitiques et la gestion des communications ont été approuvés par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 16 décembre 2013. Toutefois, en juin 2014, le CHUS apprenait que la construction n'était pas inscrite au plan québécois des immobilisations 2014-2024. Les discussions se poursuivent avec le ministre et le ministère sur ce projet d'agrandissement du CHUS – Hôpital Fleurimont et le CHUS demeure optimiste que le PARHF s'inscrira dans les projets à venir. L'Estrie réclame et défend cet important projet immobilier pour les familles de notre territoire.

- La salle de radiologie X2 près de l'urgence du CHUS – Hôpital Fleurimont a été rénovée et adaptée au nouvel appareil de radiographie numérique de dernière génération récemment acquis.
- Le projet écoénergétique au CHUS – Hôpital Fleurimont : En branle depuis janvier 2012, le projet d'efficacité énergétique au CHUS se poursuit. Bien que les travaux de grande envergure soient terminés à la centrale thermique, plusieurs autres actions se continuent. À cet effet, un mur solaire de 100 m de long sur 3,6 m de haut a été installé sur le mur extérieur du 11^e étage de l'aile 5 du CHUS – Hôpital Fleurimont. Le fonctionnement d'un mur solaire est simple : il est composé d'une tôle dont la couleur foncée absorbe la chaleur du soleil et la transfère à l'air frais aspiré par les systèmes de ventilation. Dans les meilleures conditions, le gain de température peut même atteindre près de 10°C! Grâce à l'énergie durable captée par ce mur solaire, le CHUS économisera en électricité et en gaz naturel, puisque la chaleur produite à partir du soleil contribuera à chauffer les unités de soins de l'aile 5. Également, plutôt que de faire chauffer son eau par l'entremise du réseau de vapeur, le CHUS se sert maintenant de son réseau de chauffage du bâtiment qui, lui, puise une portion de son énergie dans la chaleur récupérée dans le bâtiment et dans les puits de géothermie. Le système de vapeur a été conservé afin de maintenir une redondance de capacité de production d'eau chaude domestique. Grâce à ce nouveau système, le chauffage de l'eau est instantané. C'est-à-dire que l'eau n'est plus emmagasinée comme avant dans des réservoirs. Les mesures entreprises par le CHUS sont en lien avec la Stratégie québécoise d'économie d'eau potable qui vise à diminuer de 20 % les besoins de distribution d'eau aux Québécois d'ici 2018. Enfin, la formation des employés sur l'exploitation et l'entretien des nouveaux systèmes est un aspect essentiel du projet d'efficacité énergétique, puisque des systèmes performants qui fonctionnent mal ne valent pas mieux que de vieux systèmes inefficaces. C'est pourquoi un programme de formation élaboré par notre partenaire Ecosystem est dispensé à nos employés. Chaque nouvel équipement installé fait l'objet d'une formation sur le terrain. Maintenant que le projet achève, des formations spécifiques sur les principes de fonctionnement de tous nos nouveaux réseaux de chauffage, de récupération de chaleur et de climatisation seront données au personnel concerné des services techniques. Suivront des apprentissages sur les contrôles centralisés nous permettant de suivre et d'ajuster à distance la performance des systèmes;
- L'agrandissement du Centre de recherche clinique : l'agrandissement du Centre de recherche du CHUS a permis de doubler l'espace dédié à la recherche. D'une superficie de près de 7 000 m² et dotée de trois étages, la nouvelle construction est rattachée à l'aile 8, elle aussi dédiée à la recherche, par une passerelle à chaque étage. Cette nouvelle aile, inaugurée

le 28 février, accueille la recherche en imagerie préclinique, une aire de travail regroupée pour le personnel de recherche clinique, les bureaux et laboratoires des chercheurs de l'axe Diabète, obésité et complications cardiovasculaires (DOCC) ainsi que les locaux de l'administration du Centre et du comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS. La dernière phase de ce projet consiste à réaménager les anciens locaux de l'aile 8, principalement pour ajouter des espaces de recherche clinique, et sera complétée à l'été 2014. Soulignons également qu'à l'instar des centres de recherche québécois et de l'Europe francophone qui associent la recherche au milieu hospitalier, les activités s'effectueront désormais sous la signature « Centre de recherche du CHUS » (CRCHUS) afin d'assurer une visibilité et une vision englobantes de la recherche au cœur même des activités de l'hôpital. La nouvelle dénomination permettra de valoriser l'approche intégrée de la recherche scientifique au CRCHUS, qui regroupe la recherche fondamentale, clinique, épidémiologique et évaluative. En l'honneur du Dr Étienne Le Bel, un fondateur du Centre de recherche, une des deux ailes du CRCHUS portera l'appellation Pavillon Étienne-Le Bel en accord avec sa famille. Le CRCHUS désigne l'ensemble des installations de recherche au CHUS;

- Le CHUS a inauguré, le 19 mars dernier, sa toute nouvelle unité d'oncologie pédiatrique. Agrandie et modernisée, l'unité située au 7^e étage au CHUS – Hôpital Fleurimont occupe maintenant une superficie de 400 m², soit le triple des espaces de travail initiaux. L'environnement de soins, éclairé, aux couleurs vivantes et au design moderne, est donc maintenant mieux adapté et favorise le bien-être, la quiétude, la confidentialité et l'intimité. On y retrouve :
 - o six places de traitement pour les enfants;
 - o une salle de procédure adaptée;
 - o trois salles d'examen dont l'une est munie d'une fenêtre miroir pour les besoins d'enseignement;
 - o deux chambres à pression contrôlée pour favoriser la prévention des infections;
 - o une salle d'attente pour les enfants avec un coin cuisinette;
 - o une salle d'attente pour les adolescents;
 - o une aire d'art-thérapie;
 - o des salles polyvalentes pour des soins de massothérapie et des rencontres avec les familles.

La nouvelle aire pédiatrique permettra aux jeunes patients suivis au CHUS de recevoir l'ensemble de leurs soins « chez eux », en Estrie, plutôt que de se voir transférés à Montréal. Rappelons que ce projet d'envergure a été mis de l'avant en 2011 grâce au généreux don de 1 M\$ de la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau et à celui de 2 M\$ cumulés par la Fondation du CHUS et le Centre hospitalier. Ce projet se terminera au cours du mois d'avril au terme des travaux réalisés dans l'aire de consultation en oncologie au 7^e étage de l'aile 5.

5.3.3.3. Les ressources humaines (voir aussi la route de compétence)

- Un milieu de travail sain :
 - o À l'instar de plusieurs autres institutions de Sherbrooke, le CHUS a signé en janvier une entente de partenariat avec Hydro-Québec pour faire partie de son programme Circuit électrique. Une borne de recharge de 240 volts a ainsi été installée en mai 2013 à chacun des établissements. Elles sont accessibles 24 h sur 24, 7 jours sur 7, sont compatibles avec tous les types de véhicules électriques et sont simples à utiliser. Un mode d'emploi en quatre étapes, affiché à même leur structure, indique aux conducteurs comment faire le plein d'énergie. Le coût du service de recharge est fixé par Hydro-Québec à un prix forfaitaire de 2,50 \$, et ce, peu importe la durée de la recharge. Cette nouveauté s'inscrit dans les efforts de l'établissement à enrichir l'offre en transport durable proposée aux employés;
 - o Des travaux d'aménagement de trois nouvelles salles de bain mixtes destinées aux employés du CHUS – Hôpital Fleurimont ont été complétés. Pratiques et plus intimes, ces installations répondront mieux aux besoins des utilisateurs et sont libres d'accès 24 h/24. CHUS-Énergique a profité de ce nouvel atout pour encourager la pratique d'activités physiques sur l'heure des repas ou avant de retourner à la maison;
 - o La campagne de vaccination contre l'influenza a permis d'atteindre les cibles souhaitées. En plus de favoriser l'auto vaccination comme par les années passées, une tournée avec chariot mobile dans des services et unités a remporté un vif succès. 3 665 membres de la communauté hospitalière se sont fait vacciner, soit 40 %, un taux qui ne s'était pas vu depuis cinq ans! Comparativement à l'an dernier, le taux de vaccination est en hausse de 28 %.

Campagne de vaccination 2013-2014

Titres d'emplois au CHUS	Total du personnel et des médecins	Personnes vaccinées	% ¹
Personnel soignant	4 142	1 617	39,04 %
Médecins	633	332	52,45 %
Total du personnel soignant et des médecins	4 775	1 949	40,82 %
Personnel non soignant	2 125	849	39,95 %
Total des employés (sans les médecins)	6 267	2 466	39,35 %
Total personnel et médecins	6 900	2 798	40,55 %
Autres (stagiaires, bénévoles, fournisseurs internes, etc.)	NA	216	NA
Personnel et étudiants FMSS		651	
Total des personnes vaccinées		3 665	

5.3.3.4. Les ressources informationnelles

- Le réseau sans fil du CHUS est maintenant disponible dans tous les édifices : CHUS – Hôpital Fleurimont, CHUS – Hôtel-Dieu, le Centre de logistique, la buanderie ainsi que les édifices de la rue Murray et de la rue Olivier. Identifié comme l'une des priorités organisationnelles, ce réseau sans fil constitue un levier technologique pour plusieurs applications et services en milieu hospitalier. La Direction des ressources informationnelles et technologiques (DRIT), en collaboration avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), a développé un réseau sans fil offrant un accès aux principaux services administratifs du CHUS et de la FMSS.

Depuis la fin février, les détenteurs d'ordinateurs portables du CHUS profitent du réseau sans fil hospitalo-facultaire RHÉSUS. Ce service facilite la mobilité des utilisateurs en leur fournissant l'accès aux systèmes d'information où qu'ils soient à l'intérieur des édifices du CHUS. Un portail d'accès permet d'offrir aux fournisseurs du CHUS un accès sécurisé sans fil temporaire à l'Internet. Le réseau sans fil du CHUS supporte aussi la téléphonie WI-FI (appareils Ascom ou Spectralink) et les pompes à perfusion;

- Le déploiement du réseau IS Estrie est complété à +/- 65 % et le sera complètement dans les prochains mois;
- La régionalisation du DCI-CAE et le déploiement du DSQ se sont poursuivis :
 - o la phase 1 – lien avec les pharmacies communautaires pour le DSQ;
 - o la phase 1 du déploiement des différents cadres de gestion ministériels (SIGDU, SIMASS, RQC, PQDCCR)²;
 - o un plan d'affaires régional pour le dossier de numérisation et les travaux de stabilisation et de correction du système actuel pour assurer la transition;
 - o les travaux pour la gestion du consentement et la gestion des données dans le mode condo;
 - o les travaux de planification pour le déploiement du système de radiologie (SIR).
- L'architecture globale du processus d'informatisation clinique, le PIC, est complétée. L'architecture détaillée des processus suivants l'est également : triage à l'urgence, continuum AVC, Approche adaptée à la personne âgée, la procréation médicalement assistée, la gestion du bloc opératoire post et pré opératoire (OPERA), le programme québécois de dépistage du cancer colorectal, l'endoscopie, l'arrimage entre les soins à domicile (SAD) et les télésoins à domicile, la gestion des rendez-vous et le bilan comparatif des médicaments;
- La DRIT a mis en place un nouveau processus « gestion des problèmes » découlant du cadre de gestion des opérations ITIL (meilleures pratiques organisationnelles de l'industrie des technologies). Celui-ci permet d'identifier la cause fondamentale des incidents et de déterminer l'approche la plus appropriée pour la résoudre. La gestion des problèmes assure aussi que la solution est implantée en accord avec les processus en place, plus particulièrement la gestion des changements. Ce processus permet de diminuer les incidents récurrents par un meilleur encadrement de l'investigation des problèmes et une priorisation de leur prise en charge.

5.3.4. *Pertinence des soins et services à nos PATIENTS*

En matière d'accessibilité, le tableau suivant présente les principaux résultats. Le nombre de lits dressés a augmenté légèrement, bien que les 29 lits au CHUS Hôtel-Dieu soient maintenus fermés depuis février 2013, puisque des lits doivent être ouverts à l'occasion pour répondre aux besoins des patients. Même avec une légère baisse du nombre de jours présences, l'accessibilité à l'hospitalisation s'est maintenue grâce aux efforts soutenus de tous pour améliorer la gestion des lits. La durée d'hospitalisation a diminué, permettant de hausser le nombre de patients hospitalisés, tout en réduisant les taux de réadmission. Le nombre de chirurgies et le nombre de visites en cliniques externes ont augmenté (voir aussi la route de l'accessibilité). La collaboration de nos

² Gestion des urgences, accès aux soins, registre québécois du cancer, programme québécois de dépistage du cancer colorectal

partenaires a permis de diminuer de 15 % le nombre de patients en attente de transfert en santé physique. La principale préoccupation est la détérioration des indicateurs à l'urgence où la durée moyenne de séjour sur civières est à la hausse, particulièrement en santé physique et pour les personnes de 75 ans et plus. En santé mentale, la durée est stable, mais largement supérieure à la cible de 18 heures. Ces indicateurs feront l'objet d'un pilotage plus serré de la part de l'équipe de direction au cours de la prochaine année.

	2012-2013	2013-2014	Écart
# lits dressés	677	690	1.92%
# hospitalisations	31 537	31 976	1.39%
Courte durée	21 603	21 833	1.06%
Mères enfants	8 201	8 350	1.82%
Santé mentale	1 733	1 793	3.46%
# jours présences	226 680	222 940	-1.65%
Séjour moyen global - adultes	7.28	7.02	-3.57%
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique et santé mentale)	13.3	13.8	3.76%
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	12.1	12.6	4.13%
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé mentale)	26	26.2	0.77%
Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans et plus)	14.9	15.2	2.01%
Consultations externes (visites)	232 454	240 897	3.63%
Bloc opératoire (# usagers)	27 135	27 893	2.79%
# visites à l'urgence	89 289	90 040	0.84%
# patients sur civières - urgence	47 878	47 402	-0.99%
# patients en attente de transfert - prêts en santé physique	20	17	-15.00%
Taux de réadmission	9.8%	9.3%	-5.10%

Dans le cadre des plans d'action issus de l'inspection professionnelle de l'OIIQ, une collaboration de la Direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC) avec la Direction des ressources informationnelles et technologiques (DRIT) a permis la création de modules dans le dossier clinique informatisé Continuum Ariane Estrie (DCI-CAE). Ces modules permettent de documenter le risque de développer une plaie de pression, d'évaluer une plaie ainsi que d'améliorer la documentation de la douleur et la surveillance des opiacés. En plus de bonifier le processus d'évaluation des plaies et de la gestion de la douleur, l'outil informatisé permet à l'équipe interdisciplinaire d'avoir une vision plus rapide de l'évolution clinique du patient. Ce changement de pratique contribue assurément à améliorer la qualité et la sécurité des soins, puisque l'outil émet des rappels et des alertes en cas de résultats anormaux, contient des outils d'aide à la décision et élimine le dédoublement dans la documentation qui existait auparavant;

La compagnie Hospira qui produit les pompes Symbic et GemStar a annoncé un arrêt de production de ces pompes ainsi que des fournitures d'ici juin 2015. Nous sommes donc dans l'obligation de remplacer ces pompes. Des groupes de travail interdisciplinaires ont été mis en place pour faire un état de la situation, évaluer les besoins, connaître et questionner les pratiques, élaborer des mises en situation cliniques et des critères afin de tester les pompes, mettre à niveau la bibliothèque de médicaments et planifier l'implantation et la formation de tout le personnel. Le processus de sélection de la future pompe volumétrique et de la prochaine pompe PCA devrait être terminé d'ici

août 2014. Considérant l'importance de ce dossier pour la sécurité des soins, ce dossier est la priorité n° 3 du CHUS pour 2014-2015;

Au courant du mois de mai, La CHUS a connu une importante éclosion d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) à l'Hôpital Fleurimont. Au total, il y a eu 35 patients colonisés. Cette éclosion a nécessité de multiples interventions, dont une suspension des visites dans les unités affectées. Pour limiter la propagation par contact direct ou indirect via ces environnements contaminés, le Service de prévention et contrôle des infections a instauré des mesures à respecter par les équipes soignantes, les patients et les visiteurs. Les patients dépistés positifs ont été cohortés (regroupés) et mis en isolement dans une unité fermée, avec du personnel et du matériel dédiés. Nous avons procédé au dépistage bihebdomadaire des unités où des cas contact étaient identifiés jusqu'à l'obtention de résultats négatifs pour tous les patients des unités touchées. De grandes désinfections ont eu lieu dans les unités touchées. Une conseillère en prévention et contrôle des infections était sur place pour conseiller le personnel soignant et s'assurer du respect des mesures. Cette expérience a permis de tester nos méthodes et de mettre en place un système efficace. Aussi, maintenant le système Ariane est doté d'une alerte de contact ERV. De plus, le programme de dépistage à l'admission sera élargi pour inclure notamment les patients qui ont été hospitalisés au CHUS dans la dernière année;

Toujours en matière de prévention des infections, en vue d'offrir un environnement et des soins sécuritaires, plusieurs affiches de précautions additionnelles qui résument les lignes directrices les plus récentes du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été mises à jour ou bonifiées. Elles sont facilement disponibles via l'Intranet de même que d'autres outils en matière de prévention des infections;

Depuis décembre 2013, le retraitement des endoscopes digestifs et bronchiques relève du Service de stérilisation du programme-clientèle en soins chirurgicaux. Ce transfert de responsabilité vise à standardiser le processus de retraitement et à améliorer la qualité et la sécurité des soins 24 h sur 24, en plus de contribuer à contrôler les risques d'infections nosocomiales. Au CHUS, le nombre d'examen par endoscopie digestive et bronchique est en hausse (13 500 endoscopes à retraiter par année). L'enjeu majeur de ce transfert d'expertise reposait sur la formation et la cadence de l'intégration. Une consultante externe a révisé les procédures en vue de les rendre conformes aux normes et exigences des fabricants, d'Agrément Canada et du MSSS. Puis, une quarantaine de préposés en stérilisation ont été formés, car ce type d'instrument et les étapes de retraitement constituaient une nouveauté complexe avec laquelle ils n'étaient pas familiers. Malgré une période de rodage nécessaire, l'intégration des employés devait se faire au quotidien tout en respectant une certaine cadence. Les effectifs du Service de stérilisation ont été ajustés en conséquence. Le retraitement des endoscopes de certaines autres spécialités (ex. : urologie, ORL) s'effectue ailleurs dans l'hôpital par des préposés formés (bloc mineur, cliniques externes de HF et HD). Afin d'assurer un meilleur contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, le CHUS prévoit centraliser le plus possible cette expertise vers le service de stérilisation;

Une conseillère en éthique a joint l'équipe du CHUS et une Table de concertation en éthique a vu le jour, regroupant des gens de tous les horizons du CHUS (CMDP, CII, CM, conseil d'administration,



comité de direction, programmes-clientèles, comité des usagers, usager, recherche). Les membres de la Table de concertation ont rédigé un Cadre de référence en éthique et, à leurs rencontres, discutent de sujets de préoccupation éthique ou de dilemmes vécus. Ils s'habilitent ainsi à résoudre des problèmes éthiques complexes pour, ensuite, retourner dans leur milieu respectif et agir comme des ambassadeurs en éthique avec la participation des professionnels, des usagers et de leurs proches. La vision du CHUS est que l'éthique se vive au quotidien au CHUS. Nous souhaitons susciter un engagement personnel, professionnel et organisationnel envers le dialogue et la réflexion éthique. La Table de concertation et la conseillère en éthique travailleront au cours des prochains mois à mettre en œuvre et à soutenir cette vision;

Depuis le 7 février, le CHUS est officiellement désigné centre affilié pour le traitement du cancer du poumon et de l'œsophage. Les centres affiliés traitent un volume de patients significatif. Ils doivent établir une entente de collaboration avec un centre de référence, afin notamment de participer au comité de diagnostic et des thérapies du cancer, d'utiliser ses algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi, et d'y transférer les cas plus complexes, au besoin. Ils possèdent une équipe interdisciplinaire désignée pour assurer une complémentarité et une continuité dans les soins et les services offerts aux patients. Le CHUS fait partie des 17 centres hospitaliers nouvellement désignés comme centres affiliés ou centres de référence pour le traitement du cancer du poumon et/ou de l'œsophage. Ces établissements sont répartis dans 13 régions du Québec;

Encore cette année, le Fonds Brigitte Perreault de la Fondation du CHUS a financé neuf projets, pour un total de 73 115 \$, qui ont tous pour objectif d'améliorer la qualité, la sécurité ou l'humanisation des soins et services :

1. rendre disponible aux patients et leurs proches, l'information sur le fonctionnement de l'unité et de l'hôpital lors d'une hospitalisation;
2. développer et évaluer des interventions visant à diminuer la prescription de médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée;
3. mettre sur pied un Atelier Jardin pour des patients en santé mentale;
4. concevoir une application informatique pour la surveillance des interventions en oncologie digestive afin de suivre l'efficacité et la sécurité des traitements chez les patients atteints de cancer colorectal;
5. développer un protocole d'identification et de soins adaptés aux diabétiques de type 1 (DT1);
6. développer un programme de soins et enseignement aux patients trachéotomisés renforcés par l'empowerment (S.E.P.T.R.E);
7. réaliser un outil visuel pour soutenir la clientèle lors d'enseignement de technique d'auto cathétérisme vésical en période pré ou postopératoire;
8. produire une vidéo pour favoriser l'intégration au quotidien de l'expérience patient dans les soins et services au CHUS;
9. valoriser l'intégration du patient et de ses proches au sein de l'équipe en contexte de collaboration interprofessionnelle.

Le comité d'accessibilité en langue anglaise a tenu 3 rencontres. Il s'est doté des 6 objectifs suivants :

- sensibiliser le personnel à l'importance des services en langue anglaise via notamment des articles dans l'Entre-Nous;

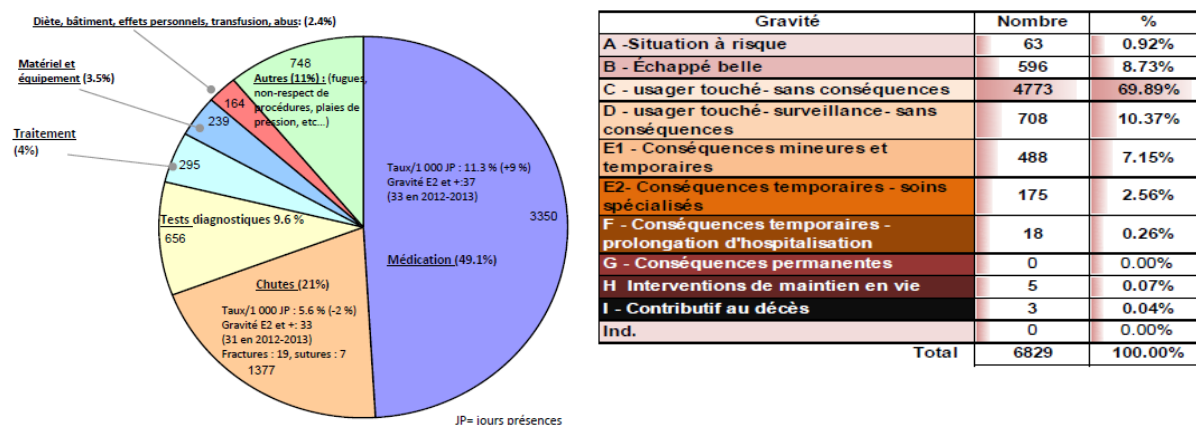
- informer la communauté d'expression anglaise des services du CHUS : Le CHUS a tenu un kiosque avec des représentants de la Direction de la qualité, de la Direction des ressources humaines et de l'enseignement ainsi que des membres du comité des usagers lors du Townshippier's Day le 14 septembre au Bishop's College School. Ensemble, ils ont renseigné la population sur les divers services offerts par le comité des usagers, les services du CHUS ainsi que les opportunités d'emploi. Les nombreuses personnes rencontrées se disent très reconnaissantes envers le CHUS. Beaucoup ont fait part de leur appréciation face au professionnalisme et à la compétence du personnel;
- faciliter l'accès aux documents nécessaires et pertinents en langue anglaise : on constate que sur près de 600 documents destinés aux patients, 280 ont été traduits vers l'anglais. Les documents aux patients versions française et anglaise sont répertoriés dans le système de classement « SYGED » du CHUS. Présentement, le lien avec les documents traduits ne se fait pas directement sur le site WEB du CHUS;
- améliorer l'accessibilité en langue anglaise des services : Un plan d'action a été élaboré par le Programme Santé mentale du CHUS pour améliorer l'accessibilité de ses services en langue anglaise. Dans ce cadre, l'organisme Mental Health Estrie viendra présenter ses services et visiter les lieux de soins du Programme de santé mentale à l'automne 2014. Également, dans le cadre du Projet adaptation des services de santé et services sociaux en langue anglaise 2014-2018 soutenu par Santé Canada, le CHUS a déposé le projet « Favoriser l'intégration des patients et de leurs proches dans leurs soins », visant spécifiquement à soutenir le déploiement de l'approche adaptée pour personnes âgées. Il est convenu que ce projet sera soutenu pour 2014-2015 pour un montant de 10 400 \$. Des démarches conjointes devront également être menées par le CHUS et le CSSS-IUGS afin de tenir compte de la réalité des deux établissements afin de répondre aux besoins de la population d'expression anglaise de Sherbrooke;
- renforcer l'attraction et la rétention de candidats d'expression anglaise;
- évaluer les écarts entre l'offre de service et les besoins : dans les sondages effectués auprès de la clientèle hospitalisée, 32 répondants étaient anglophones (langue parlée à la maison : anglais) sur un total de 350 répondants au sondage. 86 % ont répondu qu'il donnerait sur une échelle de 1 à 10, la cote « 9 et 10 ». Parmi les éléments les moins forts, les résultats sont semblables pour les francophones et les anglophones (ex. infos sur médicaments, tranquillité).

Le centre de coordination en télésanté du RUIS de l'Université de Sherbrooke (le CeCoT) maintient la pérennité des services de téléassistance en soins de plaies et de réservation et soutien dans l'utilisation d'appareil de visioconférence. Cette année, 703 cliniques virtuelles ont été effectuées une baisse de 20 % par rapport à l'an dernier attribuable à la pénurie d'effectifs d'infirmières expertes en Estrie et à un départ au CSSS de la Haute-Yamaska. 7 759 visioconférences ont été effectuées avec les 89 appareils gérés par le CeCoT, pour des besoins de téléformation clinique, des téléconsultations avec ou sans patients et des besoins administratifs. En mars dernier, notre calendrier web de formations et conférences par visioconférence a été lancé. Depuis, 106 conférences et formations ont été rendues disponibles auprès des partenaires du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Le CeCoT a contribué à 18 projets de télésanté, actuellement à diverses phases de déploiement. Parmi ces derniers, la téléthrombolyse, la télépathologie, les télésoins à domicile – MPOC, la télécomparution, la téléoncologie, la téléadaptation. Le dossier du continuum AVC a également donné lieu à plusieurs réflexions quant à la possibilité d'utiliser la Télésanté à travers de la trajectoire patient. Pour la première fois, la télésanté a participé au processus d'Agrément Canada du CHUS du 16 au 21 juin 2013 concernant la norme de la Télésanté. Le taux de

conformité aux critères est de 86,7 % et les recommandations nous permettront d'améliorer la qualité des services de la Télésanté. Inspiré par l'approche du patient partenaire, le CeCoT a mis en place un groupe de discussion (focus group) de patients atteints de la MPOC pour le Projet de télésoins à domicile;

Le comité de gestion des risques a publié son rapport annuel disponible au <http://www.chus.qc.ca/soins-services/qualite-accessibilite/>. Les principaux événements déclarés :

	2013-2014
# incidents	659
# accidents	6 170
Total d'événements déclarés	6 829



• Les faits saillants :

- o les incidents/accidents reliés à la médication représentent près de 50 % des déclarations et ont augmenté de 10 %. Ce sont principalement les erreurs interceptées avant l'administration qui sont à la hausse. Les omissions, la dose et la nature du médicament demeurent les erreurs les plus fréquentes;
- o les chutes sont à la baisse de 3 %. La majorité des chutes surviennent sans témoin (« trouvé par terre »). 88 patients ont chuté 3 fois et plus, représentant 25 % des chutes;
- o le taux global de déclaration des unités de soins par 1 000 jours-présences a été de 21,98 %, en hausse de 4 % par rapport à 2011-2012 (21,12). 72 % des déclarations proviennent des unités de soins;
- o les accidents (patients touchés) sans conséquence (gravité C et D) constituent encore le plus grand nombre d'événements déclarés (80 %) et sont relativement stables (+ 1 %);
- o le nombre d'accidents avec conséquences plus graves, allant du besoin de soins spécialisés (E2) à la contribution au décès (I) se chiffre à 201 (3 %) et est à la hausse de 17,5 %;
- o c'est de jour que le plus grand nombre d'événements survient, le volume des interventions cliniques est plus grand durant ce quart de travail. Par contre, c'est la nuit que le nombre de chutes est le plus élevé;
- o les événements indésirables sont plus fréquents et à la hausse chez la clientèle de 75 ans et plus, notamment les chutes, alors que 33 % des événements déclarés le sont pour cette clientèle. C'est aussi pour cette clientèle que les gravités sont les plus élevées, 42 % des événements plus graves (E2 et+) survenant chez cette clientèle;

- o le taux de divulgation, obligatoire pour les gravités E1 et plus, s'est amélioré passant de 44 % à 69 %. La documentation est également à la hausse, 76 % des divulgations faites ont été documentées.
- Depuis le 1^{er} avril 2014 tous les événements indésirables évitables survenus durant la prestation des soins et des services doivent être déclarés sur les nouveaux formulaires AH-223-1. En préparation à ce changement, 180 chefs de service et assistants ont été formés durant le mois de mars pour bien saisir les enjeux du nouveau formulaire. Ces personnes ressources pourront guider les déclarants dans leur appropriation du formulaire.
- Des activités continues ont lieu pour sensibiliser le personnel et les médecins à la déclaration et à la divulgation des incidents et accidents :
 - o 4 nouveaux cadres;
 - o 1 conseillère cadre;
 - o 12 coordonnateurs;
 - o 7 chefs de soins et services;
 - o 6 assistants-chefs;
 - o 1 infirmière en développement clinique;
 - o 6 infirmières;
 - o 38 technologues;
 - o 5 autres professionnels;
 - o 165 nouvelles embauches (infirmières, infirmières auxiliaires, CÉPI).
- Le CHUS a formé cette année 33 % de son personnel sur les pratiques pour réduire le recours à la contention et à l'isolement (38 % des infirmières et ergothérapeutes et 55 % des physiothérapeutes). Ce ratio est inférieur à la cible de 66 %. Considérant la pénurie de main-d'œuvre et les besoins importants en matière de formation, nous évaluerons la possibilité d'introduire les principes concernant l'utilisation des mesures de contrôle dans les formations déjà prévues (mobilisation précoce, programme de prévention des chutes).

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

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) a présenté son rapport annuel 2013-2014. Entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014, 668 dossiers ont été traités, dont 313 plaintes. Il s'agit d'une légère diminution de 6,5 % comparativement à l'an dernier. Le Bureau de la CLPQS traite des dossiers de plaintes, d'assistance, d'intervention et de consultation. Le médecin examinateur a reçu 93 dossiers de plaintes médicales. Les principaux motifs de plaintes qui reviennent dans les dossiers d'insatisfaction sont :

- les relations interpersonnelles (ex. : manque de politesse ou d'empathie);
- l'accessibilité (ex. : le délai pour obtenir un rendez-vous et le temps d'attente à l'urgence);
- les soins et services dispensés (ex. : compétences techniques ou habiletés professionnelles).

Au cours de l'année, 233 mesures correctives ont été réalisées et 10 recommandations ont été émises permettant ainsi l'amélioration de la qualité des soins et services. Le rapport de la Commissaire est disponible sur le site Internet du CHUS au http://www.chus.qc.ca/fileadmin/doc_chus/Patients_visiteurs/Remerciement_et_plaintes/Rapport_annuel_CLPQS_CHUS_2013-2014.pdf;

Le CHUS a reçu cette année deux rapports de coroners le concernant directement. Dans les deux cas, les analyses des recommandations émises ont été complétées et, s'il y a lieu, des actions d'amélioration ont été mises en œuvre. Les réponses ont dûment été acheminées au coroner;

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

6.1. Le conseil d'administration

Au cours de l'année 2013-2014, le conseil d'administration a participé à la visite d'Agrément Canada en juin 2013, à laquelle il a obtenu la note de 100 % pour la conformité à la norme de gouvernance. Il a poursuivi ses efforts pour s'assurer de l'accessibilité aux soins et services à la population, et ce, à travers le pilotage de la planification stratégique 2012-2015. Le conseil s'est penché sur les grands dossiers pour lesquels il a été interpellé comme la charte des valeurs et la gouvernance.

En terminant, la directrice générale, madame Patricia Gauthier, a quitté ses fonctions en février 2014 après huit années à la direction du CHUS et le conseil d'administration a tenu à souligner l'excellent travail de madame Gauthier durant ses mandats. Le docteur Stéphane Tremblay assume l'intérim du poste de directeur général, et ce, jusqu'à la nomination du futur directeur général du CHUS.

Composition au 31 mars 2014 :

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

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Docteur Charles Orfali

Conseil des infirmières et infirmiers

Madame Brigitte Pinsonneault

Conseil multidisciplinaire

Madame Julie Bélanger

Directeur général

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général par intérim et secrétaire
Madame Patricia Gauthier (départ le 16 février 2014)

Personnel non clinique

Madame Jocelyne Frenette

Agence (Estrie)

Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Richard Royer

Cooptation

Monsieur Michael Goldbloom
Monsieur Daniel Leblanc
Monsieur Richard Millette, vice-président

Madame Louise Ostiguy
 Madame Lucie Pelletier
 Madame Paulina Lidia Grant

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

À la suite de l'autoévaluation d'Agrément Canada, la norme et pratique de gestion concernant l'autoévaluation du conseil d'administration et de ses comités a été revue en février 2013 et a été améliorée afin de prendre en considération le rendement individuel des administrateurs.

	Nombre de réunions	Taux de participation
Conseil d'administration	9	80 %
Comité administratif	8	88 %
Comité de gouvernance et d'éthique	7	86 %
Comité de vigilance et de la qualité	7	85 %
Comité de gestion des risques	6	100 %
Comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	8	88 %
Comité des ressources humaines et de l'enseignement	6	88 %

6.1.3. Prix et mention honorifique :

- Monsieur Gilles Castonguay, Prix d'excellence du C.A. 2013, catégorie Bénévole
- Monsieur Michael Goldbloom, reconduction de son mandat de Principal et chancelier de l'Université Bishop's et membre de l'Ordre du Canada
- Madame Luce Samoisette, reconduction de son mandat de rectrice de l'Université de Sherbrooke

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

Membres du comité exécutif au 31 mars 2014

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, conseillère
 Docteur Patrick Lapierre, conseiller

Membres d'office :

Madame Patricia Gauthier, directrice générale, jusqu'en février 2014
 Docteur Stéphane Tremblay, directeur général par intérim, de février à juin 2014

Docteur Stéphane Tremblay, directeur des services professionnels, jusqu'en février 2014
Docteure Colette Bellavance, directrice des services professionnels par intérim, de février à juin 2014

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 renouvellement des privilèges de tous les membres du CMDP pour la période du 20 juin 2014 au 19 juin 2017. Le renouvellement des privilèges sera pour deux et trois ans pour la présente année et par la suite en alternance, ce qui permettra de renouveler les privilèges que d'une partie des membres à chaque année plutôt que tous les membres en une seule fois.

De plus, il a approuvé plusieurs ordonnances collectives dans les secteurs de la radiologie, de la médecine hospitalière, de l'hématologie, de la néonatalogie, de l'inféctiologie et de l'urgence.

6.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2014

Monsieur Frédéric Grondin, président
Madame Francesca Nadeau, vice-présidente
Monsieur François-Michel Paré, secrétaire (par intérim)
Madame Adriana Elias, agente de communication

Membres d'office:

Madame Patricia Gauthier, directrice générale, jusqu'en février 2014
Docteur Stéphane Tremblay, directeur général par intérim, à compter de février 2014
Madame Céline E. Gervais, codirectrice des services cliniques et directrice des soins infirmiers
Madame Robin Marie Coleman, directrice adjointe des soins infirmiers

L'exécutif du CII s'est réuni à cinq reprises au cours de l'exercice. Une assemblée générale a eu lieu à l'automne 2013. Il a créé trois sous-comités qui sont responsables de la formation, de la reconnaissance et de la relève infirmière.

Le CII a formulé un avis au conseil d'administration concernant le profil du futur directeur général du CHUS.

Il a également émis une recommandation à la Direction interdisciplinaire des services cliniques sur la nécessité d'impliquer davantage la partie médicale dans le projet organisationnel de l'approche à la personne âgée et plus spécifiquement pour le dépistage du délirium. De plus, le CII a participé à la validation du cadre de référence sur la vision du soutien et de l'encadrement clinique proposé au CHUS.

De plus, le CII a participé à l'élaboration de sept ordonnances collectives et à la révision de six autres ordonnances.

Le CII a également organisé la journée de l'infirmière le 15 mai 2014.

Il est à noter que les membres du CII, en collaboration avec le CMDP, sont très actifs au sein de l'établissement.

6.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2014

Madame Suzanne K. Bédard, présidente
Madame Kathleen Lavigne, vice-président
Madame Lise Reid, secrétaire-trésorière
Madame Julie Bélanger, représentante au conseil d'administration
Madame Francine Adam
Madame Janie Belhumeur
Madame Sonia Blouin
Madame Julie Caya
Madame Isabelle Émond
Madame Caroline Fortin

Membres d'office:

Madame Patricia Gauthier, directrice générale, jusqu'en février 2014
Docteur Stéphane Tremblay, directeur général par intérim, à compter de février 2014
Madame Sylvie Gatien, directrice adjointe des services cliniques, jusqu'en décembre 2013
Monsieur Jean Delisle, directeur adjoint des services cliniques, à compter de février 2014

Au cours de l'exercice, l'exécutif du CM s'est réuni à six reprises. Il a formulé un avis favorable au conseil d'administration concernant l'élaboration du profil du futur directeur général du CHUS et a émis ses réflexions sur les défis pour lesquels l'exécutif souhaite qu'une attention particulière soit portée.

Aussi, le conseil multidisciplinaire a émis ses commentaires et ses suggestions sur le cadre de référence s'appliquant à la vision du soutien et de l'encadrement clinique auprès de la Direction interdisciplinaire des services cliniques.

Les 26 mars et 3 avril 2014, s'est tenu l'assemblée générale annuelle du CM dans les deux établissements du CHUS, à laquelle les membres ont adopté la révision des règlements du CM. 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 2014

Monsieur Denis Marceau, président
Madame Louise Gagnon Hotte, vice-présidente
Monsieur Yoland Chalifoux, secrétaire-trésorier
Madame Ruth Atto

Monsieur André Normandeau
Madame Josée M. Rourke
Madame Pierrette Dupont
Monsieur Gaétan Duquette
Monsieur Jaime Borja

Au cours de l'exercice 2013-2014, le comité des usagers s'est réuni à dix reprises. De plus, il a tenu une assemblée générale à laquelle la population est invitée. L'exécutif du comité, composé du président, de la vice-présidente et du secrétaire-trésorier, s'est réuni à huit reprises.

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

- l'adoption du plan d'action 2013-2016, en juin 2013, bâti autour des fonctions du comité des usagers et énonçant un principe de partenariat avec le CHUS;
- l'embauche d'une personne ressource, madame Sabrina Marois-Gagnon, dans un poste de quatre jours par semaine et l'accueil d'une stagiaire, madame Hélène Forest;
- la tenue d'une assemblée générale, le 29 octobre 2013, intégrant une conférence donnée par la directrice générale, madame Patricia Gauthier, avec la collaboration de madame Sandra Conway sur « Faire équipe avec les patients »;
- l'implication humaine et financière dans plusieurs projets financés, en partie, par le Fonds Brigitte-Perreault.

Quelque 142 demandes ont été répondues auprès des usagers (assistance, plaintes et commentaires) comparativement à 154 l'an dernier.

En conclusion, le comité des usagers se considère mieux outiller pour aider les usagers du CHUS relativement à leurs droits et obligations dans le domaine de la santé et des services sociaux.

6.6. Le comité de gouvernance et d'éthique

Membres du comité au 31 mars 2014

Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Gilles Castonguay, vice-président
Madame Patricia Gauthier, secrétaire, jusqu'au 16 février 2014
Docteur Stéphane Tremblay, secrétaire, à compter du 17 février 2014
Monsieur Richard Millette, administrateur
Monsieur Richard Royer, administrateur

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à 7 reprises.

Au cours de l'année 2013-2014, le comité de gouvernance et d'éthique a poursuivi ses travaux entamés pour la visite d'Agrément 2013. Il a également été à l'affût des discussions et consultations concernant la charte des valeurs, autant auprès de l'AQESSS que du conseil d'administration, que souhaitait mettre en place le gouvernement. Le comité s'est également positionné à la suite des recommandations du Vérificateur général du Québec à l'intention du CHUM concernant la gouvernance.

Le comité de gouvernance et d'éthique a poursuivi son rôle de vigie auprès du conseil d'administration et de ses comités, entre autres, en présentant une proposition d'amélioration à la gouvernance stratégique, prévoyant :

- la mise en place de deux nouveaux comités;
- la mise en place de séance plénière avant la séance publique du C.A.;
- la révision du plan d'organisation;
- la standardisation des ordres du jour et des comptes rendus des comités.

De plus, le comité a procédé au bilan du plan d'action de l'autoévaluation et du plan de formation 2013-2014 et a élaboré son nouveau plan d'action et plan de formation 2014-2015.

Le comité a été impliqué dans la signature d'une entente de visibilité avec Opération Enfant Soleil ainsi que pour l'appellation du nouveau pavillon à construire avec le projet d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôpital Fleurimont. Il a également été consulté pour la nouvelle désignation du Centre de recherche du CHUS.

Outre ses grands dossiers, il a recommandé plusieurs normes et pratiques de gestion nouvellement créées ou révisées de l'établissement.

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

Membres du comité au 31 mars 2014

Monsieur Daniel Leblanc, président

Monsieur Richard Millette, vice-président

Madame Lucie Pelletier, membre

Personne-ressource : Monsieur Yvon Paris, directeur des ressources financières et techniques

Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements s'est réuni à huit reprises.

Dans le cadre de son mandat et de ses obligations, le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements du CA a procédé à la révision du Règlement no 1 du conseil d'administration afin de se conformer aux nouvelles dispositions de la LSSSS. En 2012-2013, il a révisé son mandat, a établi de nouveaux objectifs et a élaboré de nouvelles règles de fonctionnement.

Ses objectifs étaient :

1. **L'équilibre budgétaire** : réalisé.
2. **Gouvernance des projets** (revoir les paliers d'autorisation – les niveaux d'approbation – les projets de maintien d'actifs – etc.) : transfert des projets sous la responsabilité du directeur adjoint des ressources financières et du comité des directeurs adjoints.
3. **Processus de logistique hospitalière** : ce processus débutera avec l'évaluation des dossiers étudiés par le GIF en 2014-2015.
4. **Mandat d'audit sur le processus d'acquisition relié à l'attribution des contrats au CHUS** : visite d'une équipe du Secrétariat du Conseil du trésor qui a procédé à un audit au service des achats. Le CHUS est conforme aux pratiques, nous demeurons vigilant pour les contrats de gré à gré.

Le comité s'est également assuré de l'utilisation optimale et du suivi de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières du CHUS, et de la mise en place d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires du CHUS. De plus, les dossiers suivants ont été suivis de façon rigoureuse et sur une base régulière :

Toutes les affaires financières à chaque période (<i>rapport en bref – rapport de gestion – écarts périodiques par direction - tableau de bord – budgets - etc.</i>)
États financiers à la fin de l'exercice financier avec les auditeurs externes
Respect des documents et des processus d'approbation des projets
Mécanismes de contrôles internes

Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements du CA en plus d'assurer le suivi budgétaire périodique et en faire rapport au conseil d'administration, il assure le suivi des règles dans la politique générale d'approvisionnement (NPG-1501) et s'assure de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière du CHUS, portée à sa connaissance.

Le comité a également été saisi des dossiers suivants :

Suivi des budgets des projets du CHUS ayant des coûts supérieurs à 750 K\$ ou qui doivent être recommandés au CA - <i>Projet initial jusqu'à sa clôture</i>
Suivi des principaux projets en cours : • CRC • PARHF – Volets 1 et 2 • Laboratoire de simulation clinique • Remplacement d'un accélérateur linéaire à l'Hôpital Fleurimont • Remplacement des chambres froides à la cuisine de l'Hôpital Fleurimont • Suivi du projet Écoénergétique (projet en partenariat et autofinancé)
Ententes de partenariat (PATI)
Suivi des dossiers d'assurance-salaire et de santé et sécurité au travail
Suivi des programmes de la logistique hospitalière
Suivi de toutes les recommandations faites au CA
Révision annuelle des plans triennaux sur les équipements, immobilisations
Mise en place d'un suivi des projets sur les coûts récurrents ainsi qu'une évaluation qualitative sur cesdits projets (<i>sera finalisé au cours de la prochaine année</i>)

6.8. Le comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité au 31 mars 2014

Monsieur Gilles Castonguay, président et membre du conseil d'administration

Madame Isabelle Duclos, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Madame Patricia Gauthier, directrice générale, jusqu'au 16 février 2014

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général par intérim, à compter du 17 février 2014

Monsieur Denis Marceau, membre du conseil d'administration

Madame Paulina Lidia Grant, membre du conseil d'administration

Personne-ressource : Madame Linda Hubert, directrice de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à 7 reprises.

Le comité de vigilance s'est doté de trois priorités :

- Assurer les suivis aux rapports d'Agrément Canada : novembre 2013 et 2014;
- Analyser les rapports qui sont faits par les différentes instances et assurer le suivi des recommandations d'améliorations, en lien avec les dimensions du modèle de qualité;
- Se doter d'un tableau de bord qualité et assurer un suivi des indicateurs en collaboration avec les instances responsables.

Les membres ont assuré le suivi des dossiers suivants :

- Les recommandations de la commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHUS;
- Les pratiques organisationnelles requises, les normes, les sondages et le plan de sécurité dans le cadre de la visite d'Agrément Canada en juin 2013;
- Les enquêtes menées par le Protecteur du citoyen dans notre établissement (2 dossiers);
- Les recommandations du comité de gestion des risques aux différentes instances du CHUS.

Les membres se sont assurés du suivi de ces dossiers :

- Les contrôles de qualité aux laboratoires;
- Les rapports d'inspection de l'ordre des pharmaciens du Québec, de l'ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et de la Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN);
- Un rapport de coroner (1 dossier).

Les membres ont reçu et analysé :

- Les rapports trimestriels et le rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHUS;
- Les rapports annuels du comité de gestion des risques, du comité d'accessibilité aux services en langue anglaise ainsi que celui de la sécurité des actifs informationnels.

Les membres ont été consultés ou informés sur ces dossiers :

- La création de la Table de concertation en éthique;
- Le processus de divulgation des infections nosocomiales;
- Le nouveau système téléphonique ventilé de la centrale de rendez-vous;
- Les processus de la Direction des ressources informationnelles et technologiques pour assurer la sécurité de la file de révisions des résultats dans le dossier clinique informatisé;
- Les besoins en soins spirituels des patients.

Les membres ont également :

- préparé une session de réflexion sur la qualité au CHUS à l'intention du conseil d'administration;
- soutenu une entente de partenariat avec d'autres CSSS pour la création d'un poste conjoint de commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

Recommandations du comité de vigilance et de la qualité :

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

Du commissaire local aux plaintes :

- L'approbation du rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Du comité d'accessibilité aux services en langue anglaise :

- De prendre acte du rapport annuel 2012-2013;
- L'approbation du plan d'action.

Du comité de gestion des risques :

- L'approbation du rapport annuel du comité de gestion des risques;
- L'approbation du plan de sécurité des usagers 2013-2014.

De la Direction de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance

- L'inclusion au tableau de bord du CA du taux d'expérience positive des patients hospitalisés avec une cible de 70 % (cotes 9 et 10 attribuées au CHUS dans le sondage).

6.9. Le comité de gestion des risques

Membres du comité au 31 mars 2014

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 André Normandeau, usager
Docteur Claude Cyr, Faculté de médecine et des sciences de la santé
Monsieur Miguel Esmeral, Service de génie biomédical
Monsieur Jean Delisle, 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 Sylvain Bernier, responsable de l'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 Ann Villeneuve, conseil multidisciplinaire
Madame Christiane Pomerleau, conseil d'administration
Madame Josée Maurice, chef de sécurité civile et planification des mesures d'urgence

Le comité de gestion des risques s'est réuni à 6 reprises.

Le comité s'est doté de trois priorités annuelles :

- Accroître la divulgation des accidents, dans les meilleurs délais;
- Accélérer les suivis des accidents graves et les suivis des recommandations des équipes de travail;
- Obtenir une vision globale des causes et pistes de solutions pour les erreurs de médicaments.

Les membres ont assuré le suivi :

- Des recommandations du groupe de travail sur la divulgation des accidents ayant pour mandat de recenser et comprendre les obstacles à la divulgation et trouver des solutions pour son application au CHUS.

Les membres ont reçu et analysé les rapports suivants et émis des recommandations aux instances concernées lorsque nécessaires :

- Les événements sentinelles – soutien aux recommandations de la gestionnaire de risques;
- Les risques d'incendie à la filmothèque – recommandations au directeur des ressources financières et techniques;
- Les résultats de l'audit sur le port du bracelet, dans le cadre de la pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada « double identification du patient » - recommandations à la DQPEP;
- Le plan d'action du comité de planification des mesures d'urgence et de sécurité civile visant à accroître la sécurité en cas d'interruption électrique au bloc opératoire de l'hôpital Fleurimont – recommandations au directeur des ressources financières et techniques;
- Le processus de divulgation lors d'infections nosocomiales;
- Le plan d'action du comité de planification des mesures d'urgence et de sécurité civile suite à des pannes du réseau informatique;
- Les événements indésirables impliquant le dossier clinique informatisé – soutien aux recommandations de la gestionnaire de risques.

Les membres ont été consultés ou informés sur ces dossiers :

- Les pratiques organisationnelles requises et le plan de sécurité découlant de la visite d'Agrément Canada en juin 2013;
- L'étude de vulnérabilité en matière de sinistre au CHUS;
- Les visites de Santé Canada et de la Food and Drug Administration au Centre de recherche clinique;
- Les statistiques des infections nosocomiales;
- L'entretien préventif et les mesures correctives pour les chambres à pression négative;
- La norme de pratique et gestion concernant la violence au travail par les patients;
- la norme de pratique et gestion portant sur le code mauve visant à définir les modalités d'interventions pour porter secours à toute personne victime d'un malaise dans les installations du CHUS, incluant les terrains et les stationnements;
- La gestion des risques dans le cadre de la régionalisation du Dossier clinique informatisé Continuum Ariane Estrie;
- Le nouveau formulaire AH-223 et ses impacts.

Recommandations du comité de gestion des risques au comité de vigilance et qualité du CA :

- L'approbation du rapport annuel de gestion des risques (registre local des incidents et accidents);
- L'approbation du plan de sécurité des usagers 2013-2014.

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

6.10. 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 2013-2014, aucun cas de manquement n'a été constaté par les instances disciplinaires.

7. LES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2014

	Exercice Courant 1	Exercice précédent 2
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre		
Temps complet, nombre de personnes	149	144
Temps partiel		
Nombre de personnes		2
Équivalents temps complet		1
Personnel régulier		
Temps complet, nombre de personnes	2 856	2 700
Temps partiel		
Nombre de personnes	1 022	1 199
Équivalents temps complet	578	660
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 411 766	2 452 174
Équivalents temps complet	1 320	1 347

7.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2014

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 :

	2013-2014	2012-2013
Spécialistes	467	459
Omnipraticiens	126	122
Pharmaciens	56	60
Total :	649	641

8. ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2014 ET ANALYSE DES RESULTATS DES OPERATIONS

8.1. État des résultats de tous les fonds au 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	TOTAL
	\$	\$	\$	\$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	391 429 907	26 516 708	417 946 615	406 644 119
Subventions Gouvernement du Canada	857		857	27 029
Contributions des usagers	8 090 111		8 090 111	9 278 351
Ventes de services et recouvrements	12 081 842		12 081 842	11 862 373
Donations	3 059 137	1 306 472	4 365 609	3 567 957
Revenus de placement		75 328	75 328	106 273
Revenus de type commercial	751 350		751 350	744 577
Gain sur disposition		12 540	12 540	1 000
Autres revenus	59 879 742	2 066 108	61 945 850	59 700 353
TOTAL DES REVENUS	475 292 946	29 977 156	505 270 102	491 932 032
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	333 886 239		333 886 239	324 262 307
Médicaments	22 939 918		22 939 918	21 509 432
Produits sanguins	11 403 172		11 403 172	11 965 197
Fournitures médicales et chirurgicales	44 700 160		44 700 160	42 028 670
Denrées alimentaires	3 077 181		3 077 181	3 182 433
Rétributions - RI	16 675		16 675	16 372
Frais financiers	652 951	8 283 337	8 936 288	8 957 839
Entretien et réparations	5 410 176	174 258	5 584 434	5 513 872
Créances douteuses	319 610		319 610	914 232
Loyer	536 592		536 592	562 799
Amortissement des immobilisations		20 750 820	20 750 820	19 673 776
Perte sur disposition		142 745	142 745	49 147
Autres charges	52 673 800	424 273	53 098 073	51 357 063
TOTAL DES CHARGES	475 616 474	29 775 433	505 391 907	489 993 139
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE				
réf. AS-471	(323 528)	201 723	(121 805)	1 938 893

8.2. État des résultats du fonds d'exploitation au 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Activités principales	Activités accessoires	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	388 903 242	2 526 665	391 429 907	381 607 329
Subventions Gouvernement du Canada		857	857	27 029
Contributions des usagers	8 090 111		8 090 111	9 278 351
Ventes de services et recouvrements	12 081 842		12 081 842	11 862 373
Donations	425 017	2 634 120	3 059 137	2 650 265
Revenus de type commercial		751 350	751 350	744 577
Autres revenus	2 210 039	57 669 703	59 879 742	57 531 605
TOTAL DES REVENUS	411 710 251	63 582 695	475 292 946	463 701 529
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	281 023 757	52 862 482	333 886 239	324 262 307
Médicaments	22 939 918		22 939 918	21 509 432
Produits sanguins	11 403 172		11 403 172	11 965 197
Fournitures médicales et chirurgicales	44 700 160		44 700 160	42 028 670
Denrées alimentaires	3 077 181		3 077 181	3 182 433
Rétributions - RI	16 675		16 675	16 372
Frais financiers	652 951		652 951	731 058
Entretien et réparations	5 410 176		5 410 176	5 381 818
Créances douteuses	319 610		319 610	914 232
Loyer	536 592		536 592	562 799
Autres charges	43 205 181	9 468 619	52 673 800	51 286 163
TOTAL DES CHARGES	413 285 373	62 331 101	475 616 474	461 840 481
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE				
réf. AS-471	(1 575 122)	1 251 594	(323 528)	1 861 048

8.3. État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT	(21 557 976)	5 655 140	(15 902 836)	(17 841 729)
Surplus (déficits) de l'exercice	<u>(323 528)</u>	<u>201 723</u>	<u>(121 805)</u>	<u>1 938 893</u>
SURPLUS (DÉFICITS) À LA FIN (1)	<u><u>(21 881 504)</u></u>	<u><u>5 856 863</u></u>	<u><u>(16 024 641)</u></u>	<u><u>(15 902 836)</u></u>
(1) Constitués des éléments suivants :				
Affectation d'origine interne - recherche			1 466 844	1 791 003
Solde non affecté			<u>(17 491 485)</u>	<u>(17 693 839)</u>
			<u>(16 024 641)</u>	<u>(15 902 836)</u>

8.4. État de la situation financière au 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	5 577 161	6 647 270	12 224 431	14 377 660
Débiteurs - Agence et MSSS	34 926 679	2 681 379	37 608 058	44 572 968
Autres débiteurs	12 000 598	1 498 763	13 499 361	17 662 383
Créances interfonds (dettes interfonds)	(464 243)	464 243		
Subv. à rec. - réforme comptable	31 833 189	64 049 698	95 882 887	91 327 799
Frais reportés liés aux dettes		668 888	668 888	622 532
Autres éléments	843 524		843 524	1 083 490
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	84 716 908	76 010 241	160 727 149	169 646 832
PASSIFS				
Emprunts temporaires	20 700 000	33 746 702	54 446 702	69 813 682
Autres créditeurs	44 652 648	4 985 832	49 638 480	51 914 303
Avance de fonds agence - env. déc		11 516 270	11 516 270	13 137 543
Intérêts courus à payer	18 314	2 503 477	2 521 791	2 337 652
Revenus reportés	15 091 755	38 046 915	53 138 670	48 209 675
Dettes à long terme		269 544 415	269 544 415	241 553 574
Passif au titre des avantages sociaux futurs	37 810 675		37 810 675	36 885 023
Autres éléments	695 654		695 654	637 252
TOTAL DES PASSIFS	118 969 046	360 343 611	479 312 657	464 488 704
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(34 252 138)	(284 333 370)	(318 585 508)	(294 841 872)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		290 190 233	290 190 233	265 588 769
Stocks de fournitures	10 242 298		10 242 298	11 185 589
Frais payés d'avance	2 128 336		2 128 336	2 164 678
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	12 370 634	290 190 233	302 560 867	278 939 036
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(21 881 504)	5 856 863	(16 024 641)	(15 902 836)

8.5. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(34 908 243)	(259 933 629)	(294 841 872)	(272 453 455)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>(323 528)</u>	<u>201 723</u>	<u>(121 805)</u>	<u>1 938 893</u>
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisition		(45 495 029)	(45 495 029)	(42 662 452)
Amortissement de l'exercice		20 750 820	20 750 820	19 673 776
(Gain) / Perte sur dispositions		130 205	130 205	48 147
Produits sur dispositions		<u>12 540</u>	<u>12 540</u>	<u>1 000</u>
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		<u>(24 601 464)</u>	<u>(24 601 464)</u>	<u>(22 939 529)</u>
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	943 291		943 291	(901 408)
Acquisition de frais payés d'avance	<u>36 342</u>		<u>36 342</u>	<u>(486 373)</u>
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	<u>979 633</u>		<u>979 633</u>	<u>(1 387 781)</u>
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	<u>656 105</u>	<u>(24 399 741)</u>	<u>(23 743 636)</u>	<u>(22 388 417)</u>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	<u>(34 252 138)</u>	<u>(284 333 370)</u>	<u>(318 585 508)</u>	<u>(294 841 872)</u>

8.6. État des flux de trésorerie au 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT \$	EXERCICE PRÉCÉDENT \$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	(121 805)	1 938 893
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses	319 610	914 232
Stocks et frais payés d'avance	979 633	(1 387 781)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	130 205	48 147
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations - autres	5 753 904	917 692
Amortissement des immobilisations	20 750 820	19 673 776
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	214 683	194 596
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	28 148 855	20 360 662
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	6 443 908	668 475
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	34 470 958	22 968 030
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations		
Acquisitions	(45 495 029)	(42 662 452)
Produits de disposition	12 540	1 000
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(45 482 489)	(42 661 452)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(4 555 088)	(7 141 275)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	(4 555 088)	(7 141 275)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	0	22 436 942
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	60 611 081	2 322 192
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(13 433 729)	(12 711 303)
Emprunts remboursés- Refinancement de dettes à long terme	(19 186 511)	(2 322 192)
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	(13 800 000)	8 500 000
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	59 341 588	39 153 464
Emprunts temporaires effectués - refinancement fonds d'immobilisations		(24 759 134)
Emprunts temporaires remboursés- fonds d'immobilisations	(297 487)	(917 827)
Emprunts temporaires remboursés - refinancement fonds d'immobilisations	(60 611 081)	
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	12 623 861	31 702 142

	EXERCICE COURANT \$	EXERCICE PRÉCÉDENT \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	<u>(2 942 758)</u>	<u>4 867 445</u>
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	<u>14 517 617</u>	<u>9 650 172</u>
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN		
Encaisse	<u>11 574 859</u>	<u>14 517 617</u>
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations	4 985 832	5 859 405
Intérêts		
Intérêts créditeurs (revenus)	7 002	7 404
Intérêts encaissés (revenus)	237 064	259 463
Intérêts débiteurs (dépendances)	2 521 791	2 337 652
Intérêts déboursés (dépendances)	8 537 466	8 643 519
Avoirs financiers		
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	(1 084 493)	275 327
Débiteurs Agence-MSSS	6 964 910	856 966
Autres débiteurs	4 163 022	(4 051 691)
Créances interfonds et interétablissements	4 220 387	8 641 822
Frais reportés liés aux dettes	(46 356)	70 801
Autres éléments d'actifs	239 966	199 034
Provision pour créances douteuse	(319 610)	(914 232)
Escompte ou prime	(214 683)	(194 596)
Chèques en circulation	294 964	865 234
Autres créditeurs et frais à payer	(2 275 823)	527 824
Intérêts courus à payer sur emprunts	184 139	314 320
Dettes interfonds et interétablissements	(4 220 387)	(8 641 822)
Revenus reportés à court terme	(824 909)	4 825 740
Avance en provenance des agences - enveloppes décentralisées	(1 621 273)	(2 077 535)
Autres éléments de passifs	<u>984 054</u>	<u>(28 717)</u>
Excédent des éléments de passifs sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement	<u>6 443 908</u>	<u>668 475</u>

8.7. 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 10 680 855 \$ (équipements : 7 727 858 \$, recherche : 953 828 \$, soins médicaux : 1 999 169 \$). Au 31 mars 2014, on retrouve un montant de 1 212 723 \$ à recevoir de la Fondation au niveau du fonds d'immobilisations.

De même, l'établissement a facturé à la Fondation un montant total de 1 149 496 \$ (fonds d'exploitation – location : 580 740 \$ et vente de services : 568 756 \$). Au 31 mars 2014, on retrouve un montant de 70 939 \$ à recevoir.

La Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, constitué selon la partie III de la Loi sur les compagnies (Québec), a pour objet de soutenir le développement d'un savoir pratique en santé, d'optimiser la capacité d'exporter ce savoir et de proposer des stratégies d'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux par la mise en application concrète des connaissances en santé. Un montant de 41 132 \$ est à recevoir au 31 mars 2014.

En plus des opérations en apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

8.8. Rapport de l'auditeur indépendant

Le rapport de l'auditeur indépendant Raymond Chabot Grant Thornton est disponible à l'annexe 4.

8.9. Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonne 5, 6 et 7 : R : pour réglé PR : pour pratiquement réglé NR : pour non réglé			
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant Les analyses des rapports financiers annuels pour les exercices terminés le 31 mars 2008, le 31 mars 2009, le 31 mars 2010 et le 31 mars 2011 n'ont pas été reçues.	2007-2008	C	L'établissement a reçu toutes les analyses des rapports financiers annuels des années financières.	X		
Rapport à la gouvernance						
Avec l'implantation du nouveau système d'inventaire en novembre 2011, des problèmes relatifs à la réception de marchandises sont survenus (ex. : marchandises réceptionnées en double et erreur dans les quantités incluses dans les emballages). Des erreurs quant aux quantités en inventaire et aux achats directs sont donc présentes. Certains volets reliés au processus de réception doivent être revus afin de s'assurer que les quantités en inventaire et les dépenses sont adéquates.	2011-2012	O	En 2013-2014, pour le processus de réception, le pourcentage d'erreur se situe autour de 0,38%, donc ceci documente et prouve hors de tout doute la pertinence et l'efficacité du processus d'amélioration continue mis en place dans le cadre de la révision des processus de la logistique hospitalière. Les résultats des trois dernières années démontrent que le processus sous contrôle est largement à l'intérieur des attentes en termes de résultats obtenus. Une cible de zéro % d'erreur est utopique. Même chose pour la qualité du contrôle des inventaires, alors que nous avions indiqué l'exactitude des décomptes cycliques à 91% en 2012, nous atteignons 98% pour l'exercice 2013-2014, et ce, pour les deux entrepôts sous gestion (produits médicaux ou médicaments).	X		
Lorsqu'un contrat comportant une dépense supérieure au seuil d'appel d'offres public ou sur invitation est plutôt conclu de gré à gré dans l'un ou l'autre des cas énumérés à l'alinéa 13 de la Loi sur les contrats des organismes publics, l'établissement doit s'assurer d'obtenir l'autorisation du dirigeant de l'organisme public et doit en informer le ministre responsable annuellement. À la suite de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la notion «dans l'intérêt public» était utilisée dans plusieurs cas pour justifier le fait de ne pas aller en appel d'offres sur invitation ou public. Cette notion devrait être utilisée de façon limitée et donc des appels d'offres devraient être appliqués presque à l'ensemble des achats et des projets. L'établissement s'assurera ainsi de profiter des meilleurs prix possibles.	2011-2012	O	Un nouveau concept de gestion d'appel d'offres et de fournitures est mis en marche en 2013-2014. Il est accompagné par une activité Kaizen en participation de l'équipe d'amélioration continue du CHUS et corroboré à l'intérieur du programme UQTR. En terminant, il faut mentionner que le CHUS a fait l'objet d'un audit de la part du Conseil du Trésor portant sur le processus de gestion contractuelle du CHUS. Le rapport préliminaire est attendu pour juin 2014. Toutefois, nous avons été informés de façon verbale qu'aucune non-conformité majeure n'a été trouvée. Au contraire, le Conseil du Trésor nous a indiqué que les notions de transparence et d'intégrité font le cœur de notre processus d'acquisition de biens et de services tout en étant accompagnés par une excellente gestion documentaire.		X	

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

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

REDDITION DE COMPTES

2013-2014

11 juin 2014

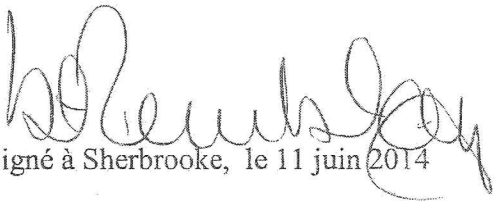
**DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES
DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

Les renseignements contenus 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 2013-2014 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

- présentent les indicateurs, les engagements 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 2013-2014.



Signé à Sherbrooke, le 11 juin 2014

Nom : Dr Stéphane Tremblay

Titre : Directeur général par intérim

Chapitre III

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Direction générale :	Coordination, financement, immobilisations et budget
-----------------------------	---

<i>Priorité</i>	<i>Résultats 2013-2014</i>	<i>État d'avancement des travaux</i>
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Entente de gestion et d'imputabilité signée.	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Nous n'avons pas à répondre à cet indicateur au 31 mars 2014

Nom : Carole Larose

Date : 11 juin 2014

Chapitre IV

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	<i>Services médicaux et infirmiers</i>
-----------------------------	--

Objectifs de résultats	• 100 % des établissements de soins généraux et spécialisés doivent avoir un comité fonctionnel. Seuil fixé à 100 %. • 100 % des CHSGS ont adopté le programme de PCI. Seuil fixé à 100 %.
-------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
1.01.17 - Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	En place	En place	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
1.01.18 - Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Adopté	Adopté	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires

Noms : Josée Vachon

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	<i>Contrôle des infections nosocomiales</i>
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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
1.01.19.01 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	Fleurimont : 2,50 Hôtel-Dieu : 3,00	Fleurimont : 6,60 Hôtel-Dieu : 9,00	Fleurimont : 3,30 Hôtel-Dieu : 4,50
1.01.19.02 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Fleurimont : 0,17 Hôtel-Dieu : 0,14	Fleurimont : 1,30 Hôtel-Dieu : 0,96	Fleurimont : 0,18 Hôtel-Dieu : 0,15
1.01.19.03 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Fleurimont : Chirurgicale : 0,41 Médicale : 0,00 Néonatal : 0,00 Hôtel-Dieu : Mixte : 0,85	Fleurimont : Chirurgicale : 3,15 Médicale : 3,15 Néonatal : 6,62 Hôtel-Dieu : Mixte : 3,15	Fleurimont : Chirurgicale : 0,41 Médicale : 0,62 Néonatal : 4,06 Hôtel-Dieu : Mixte : 1,18

Commentaires

1.01.19.01 :

Fleurimont : Nos taux de C-difficile sont parmi les meilleurs de la province et en deçà des cibles que nous devons atteindre! Rigueur accrue dans la surveillance que nous faisons sur les unités de soins, information au personnel et mise à niveau des procédures.

Hôtel-Dieu : Nous avons eu une éclosion avec 4 cas d'infections nosocomiales en période 4 à Hôtel-Dieu qui a fait monter notre taux à 6.0. Il y a eu rétablissement de la situation par la suite. Nous demeurons tout de même à des taux inférieurs à ceux de la province.

1.01.19.02 : Excellents taux avec cibles atteintes! Interventions faites en temps réel sur les unités de soins lors de nos surveillances = bonnes pratiques et taux en deçà de ceux de l'an passé!

Fleurimont : Nous avons un taux plus élevé, car nous avons eu 1 cas d'infections nosocomiales à l'unité des soins intensifs chirurgicaux.

Hôtel-Dieu : Idem: Taux plus élevé, 1 cas d'infections nosocomiales à l'unité des soins intensifs médicaux.

1.01.19.03 : Nous sommes « tolérance zéro » en ce qui concerne les bactériémies, nous avons donc fait des interventions très ciblées afin que le respect des mesures applicables à ce type d'intervention soit rigoureusement respecté. Ce qui explique les excellents taux.

Nom : Josée Vachon

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :

Hygiène et salubrité

Objectif de résultats

À la fin de l'année 2012-2013, un résultat de 75 % doit être obtenu pour l'indicateur (trois premières étapes) au niveau provincial. Un résultat de 80 % doit être obtenu à la fin de 2013-2014 (quatre étapes), et 100 % à la fin de 2014-2015 (quatre étapes).

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2012-2013</i>	<i>Engagement 2013-2014</i>	<i>Résultat** 2013-2014</i>
2.02.02 - Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	0 %	75 %	5,9 %

Commentaires

2.02.02 : En 2013-2014, Nous avons mis en place un registre des équipements qui se retrouvent sur les unités de soins et avons déterminé les responsabilités de chacun. Nous avons débuté les travaux d'évaluation sur deux unités pilotes. Nous sommes à évaluer le temps nécessaire en ressources humaines pour effectuer les tâches demandées. Un registre des tâches est aussi développé. Il est prévu de déployer progressivement à l'automne 2014, le processus des zones grises dans les autres unités de soins.

Nom : André Lortie

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	<i>Adaptation des services</i>
-----------------------------	--------------------------------

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

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2012-2013</i>	<i>Engagement 2013-2014</i>	<i>Résultat** 2013-2014</i>
1.03.09 - Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	50 %	100 %
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.d.	75 %	43,7 %

Commentaires

1.03.09 : Hôpital Fleurimont: Pour l'ensemble des 6 composantes, 99.4% sont planifiées, 57.7% sont en cours d'implantation, 42.9% sont implantées et 12.5% sont pérennisées. Pour l'Hôtel-Dieu, 99.4% sont planifiées, 64.6% sont en cours d'implantation, 44.5% sont implantées et 12.5% sont pérennisées

1.03.07 : Le programme de marche a été élaboré et testé lors du projet expérimentiel. Le plan de mise en oeuvre est intégré au plan général d'implantation de l'AAPA. Celui-ci a été revu et sera implanté simultanément avec le programme de prévention des chutes à l'hiver 2015

Nom : Hélène Loiselle

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	<i>Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance</i>
-----------------------------	--

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
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	38,1	70,0	49,2
1.08.05 - Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	0,0	0,0	0,0

Commentaires

1.08.06 : Au 31 mars, nous avons eu un résultat de 73 usagers ayant eu 2 rencontres et plus, et ce avec l'ajout de différents types de professionnels afin d'effectuer la prise en charge de cette clientèle. La mise en place est progressive depuis juillet

1.08.05 : Transféré à la première ligne

Nom : Johanne Simard

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention : Urgences

Objectifs de résultats 3.1.6 - Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence¹ pour les personnes sur civière

¹ Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.31.01 - Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	15,6 %	< 15 %	17,1 %
1.09.03 - Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	2,8 %	< 1 %	2,8 %
1.09.01 - Séjour moyen sur civière (durée, en heures)	13,3	< 11	13,8

Commentaires

Nous avons ajouté une travailleuse sociale 7 jours semaine sur les deux sites afin favoriser le retour à domicile du patient ou le diriger vers une autre ressource et ainsi, éviter de l'hospitalisation.

1.09.01 : En 2013-2014, nous avons connu une légère hausse du délai des patients sur civière. Il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin, dans le but de désengorger les urgences. De plus, nous continuons toujours de réorienter des patients vers une "clinique-réseau-CMU

Nom : Luc Lizotte

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	<i>Médecine et chirurgie</i>
-----------------------------	------------------------------

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
1.09.20.01 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	96 %	95 %	93 %
1.09.20.02 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	91 %	92 %	95 %
1.09.20.03 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	98 %	96 %
1.09.20.04 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	91 %	90 %	92 %
1.09.20.05 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	89 %	90 %	93 %
1.09.08A - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	93 %	100 %	92 %
1.09.08B - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	80 %	90 %	69 %
1.09.09A - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	84 %	100 %	76 %
1.09.09B - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	36 %	90 %	26 %
1.09.10A - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	100 %	100 %	100 %
1.09.10B - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	39 %	60 %	32 %
1.09.07 - Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98,6 %	98 %	99,5 % (P12)
1.09.33.01 - Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	59,4 %	80 %	58,4 %

Commentaires

1.09.20 : Globalement, on réussit à maintenir les délais de priorisation des personnes inscrites au mécanisme central d'accès aux chirurgies dans les délais prescrits.

1.09.08 et 1.09.10 : Pour l'électrophysiologie et l'hémodynamie, avec les ressources en place, nous réussissons à prioriser la clientèle de la catégorie A. Notre capacité limitée à réaliser les demandes à l'intérieur des délais à un impact défavorable sur la clientèle de la catégorie B.

Un bris de salle récurrent en P-1 et P-2 a diminué la disponibilité de salle, augmentation de la liste d'attente, donc priorité accordée aux patients de la catégorie A.

1.09.09 : Début d'année difficile, liste d'attente de plus de 100 patients. Ajout de priorités opératoires, 28 patients de plus opérés dans l'année. Priorité accordée aux patients de la Catégorie A, ce qui induit un effet défavorable pour la Catégorie B. Liste d'attente de 67 patients à P-13

1.09.07 : Pour la proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie, en 2013-2014, le suivi des délais s'est poursuivi de façon rigoureuse. La réorganisation constante du service de radio-oncologie fait partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir l'accessibilité

1.09.33.01 :

Fleurimont : Plusieurs efforts mis en place pour le secteur de l'urologie. Des priorités supplémentaires ont été attribuées pour augmenter l'accès à la clientèle. Un de nos chirurgiens prête main-forte à son collègue pour diminuer la liste d'attente.

Hôtel-Dieu : La majorité des cas en attente sont des lésions de la peau. Le transfert d'activités du bloc opératoire vers les cliniques externes, devrait nous aider à atteindre nos cibles. Le début des activités pour la plastie prévu fin mai 2014.

Nom : Bruno Lavoie/ Linda Cormier/ Josée Dion **Date : 11 juin 2014**

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention : *Chirurgie*

Objectifs de résultats : La cible est : 0 chirurgie en attente depuis plus de 1 an.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
1.09.32 - Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de 1 an			
1.09.32.01 - Arthroplastie de la hanche	1	0	0
1.09.32.02 - Arthroplastie du genou	0	0	0
1.09.32.03 - Chirurgie de la cataracte	2	0	0
1.09.32.04 - Chirurgie d'un jour (excluant cataractes)	280	0	120
1.09.32.05 - Chirurgie avec hospitalisation (excluant PTH, PTG et cataractes)	95	0	44

Commentaires

1.09.32.04 : Nous effectuons un suivi rigoureux des différentes listes d'attente afin de gérer l'accessibilité. Nous avons éliminé les patients en attente de 2 à 3 ans, développé un corridor de service avec le CSSS du Granit pour les ligatures des veines des membres inférieurs. Diminution de plus de 50% du nombre de patients en attente depuis plus de 1 an

1.09.32.05 : Diminution de plus de 40% du nombre de patients en attente depuis plus de 1 an

Noms : Bruno Lavoie

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :

Imagerie médicale

Objectifs de résultats

EGI MSSS-Agence 2013-2014, Chapitre 3 priorités régionales, page 11

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.34 - Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale.	39,1 %	100 %	32,9 %
1.09.35 - Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins.	83,6 %	100 %	80 %
1.09.36 - Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie.	88,6 %	100 %	86,9 %
1.09.37 - Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins.	74,9 %	100 %	65,3 %

Commentaires

1.09.34 et 1.09.36 : Nette amélioration dans la majorité des secteurs. Ajout de budget en échographie suite à un processus d'accompagnement du bureau d'accès du MSSS. Début des travaux d'arrimage avec le CEGDC pour les interventions en fluoroscopie. En processus d'accompagnement avec le bureau d'accès pour l'IRM.

1.09.35 : Sensiblement les mêmes délais que l'an passé. La graphie est le secteur le plus problématique. Des radiologues de l'extérieur du CHUS apportent leur aide en interprétant des examens de graphie.

1.09.37 : Le délai de transcription est en moyenne de 95%. La différence de % se situe au niveau du délai d'acceptation des rapports

Nom : Maryse Lachance

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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
	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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
3.08 - Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.09 - Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.05.01 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6,87 % (P12)	< 5,00 %	6,85 % (P12)
3.05.02 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	4,12 % (P12)	< 5,44 %	3,97 % (P12)
3.06.01 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)
3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)
3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)
3.06.04 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)

Commentaires

3.08 : Réalisé au 31 mars 2014

3.05.01 : Priorisation par la direction d'un dossier majeur en matière d'attraction, rétention et engagement visant notamment le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire ciblant : l'amélioration des conditions de travail, des structures de postes et des mouvements internes.

L'augmentation des embauches.

Une mobilisation importante de la DISC et de la DRHE pour soutenir et améliorer les programmes d'accueil, l'intégration, l'orientation et le soutien clinique. Cible : Réduire à 5 % le temps supplémentaire incluant le temps supplémentaire imposé.

3.05.02 : Amélioration des conditions de travail, des structures de postes et des mouvements internes. Augmentation des embauches dans le but de diminuer le temps supplémentaire.

Nous n'avons pas de main d'oeuvre indépendante pour le personnel ciblé aux ententes de gestion

Nom : Sasha Cardinal

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013, sauf si indiqué autrement

** Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	<i>Rétention et mieux-être au travail</i>
-----------------------------	---

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
-------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
3.13 - Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	☐ Réalisé ☒ Non réalisé
3.01 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,56 % (P12)	< 5,00 %	5,26 % (P12)
3.10 - Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires

3.13 : Le CHUS a choisi de s'investir dans une démarche d'amélioration et de gestion intégrée des risques par le biais du système de management en SST basé sur la norme CSA Z 1000 et une adhésion à la communauté de pratique de l'AQESSS. Des démarches de climat de travail sont intégrées dans les pratiques RH des gestionnaires. Des sondages climat sont faits au besoin dans les équipes avec le soutien de la DRHE.

3.01 : Suivi mensuel fait par un agent de la gestion du personnel, suivi fait par un médecin-conseil aux six semaines, expertises supports par des spécialistes et en physiothérapie, 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.

Nom : Sasha Cardinal

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013, sauf si indiqué autrement

** Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	Désencombrement des urgences
-----------------------------	-------------------------------------

Objectifs de résultats	S'assurer que, quotidiennement, trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS soient : • en processus ou en attente d'évaluation et d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers (unité transitoire de réadaptation fonctionnelle); • en attente d'une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée (excluant la santé mentale); • en attente de réadaptation; • en attente d'une RNI (excluant la santé mentale); • en attente d'une place de convalescence; • en attente de services de soins palliatifs; • en attente d'une place d'hébergement de longue durée en santé mentale.
-------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2012-2013</i>	<i>Engagements 2013-2014</i>	<i>Résultats** 2013-2014</i>
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 : 0,3 Hôtel-Dieu : 1,1	< 3,0	Fleurimont : 2,9 Hôtel-Dieu : 4,0
4.01.02 - Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont : 0,7 Hôtel-Dieu : 0,0	< 3,0	Fleurimont : 3,3 Hôtel-Dieu : 1,1
4.01.03 - Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont : 4,5 Hôtel-Dieu : 2,2	< 3,0	Fleurimont : 2,9 Hôtel-Dieu : 1,5
4.01.04 - Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont : 4,9 Hôtel-Dieu : 1,3	< 3,0	Fleurimont : 5,2 Hôtel-Dieu : 2,1
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 : 1,7 Hôtel-Dieu : 3,3	< 3,0	Fleurimont : 2,6 Hôtel-Dieu : 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 : 0,7 Hôtel-Dieu : 4,6	< 3,0	Fleurimont : 0,2 Hôtel-Dieu : 2,6
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 Hôtel-Dieu : 3,8	< 3,0	Fleurimont : 0,0 Hôtel-Dieu : 4,1

Commentaires

Nous respectons la démarche convenue avec la région. Nos patients sont inscrits aux guichets d'accès

Noms : Céline E. Gervais

Date : 11 juin 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

** Résultats en date du 31 mars 2014

ANNEXE 2 – TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



TABLEAU DE BORD

2013-2014

PÉRIODE 13

Du 1 avril 2013 au 31 mars 2014

*Direction des ressources financières et des services techniques
Les 24 et 25 mars 2014*

—TABLEAU DE BORD DU C.A.—
PERFORMANCE OPÉRATIONNELLE
ANNÉE 2013-14, P1 À P13



PROCESSUS



RESSOURCES



PRATIQUES



PATIENT

Efficiencia de nos PROCESUS

Indicateurs	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Durée moyenne de séjour globale (jours)	7,1	=	7,1			
- Hôpital Fleurimont	5,4	+↓	5,3			
- Hôtel-Dieu	10,5	-↑	10,6			
Séjour moyen sur civière à l'urgence (heures)	13,3	-↑	13,8	vs	11,0	■
Santé physique et mentale						
- Santé physique (HD+ HF)	12,1	-↑	12,6	vs	11,0	▲
- Santé mentale (HD)	26,0	-↑	26,2	vs	18,0	■
- 75 ans et + (HD et HF)	14,9	-↑	15,2	vs	11,0	■
- Hôtel-Dieu	14,4	-↑	15,4	vs	11,0	■
- Hôpital Fleurimont	12,2	-↑	12,3	vs	11,0	▲

ANNEXE 1

Engagement des personnes envers nos PRATIQUES

Indicateurs	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Taux de conformité aux POR's (Pratiques Organisationnelles Requises par Agrément Canada)					46%	vs 100% ■
- Tests principaux			52%	vs	100%	■
- Tests secondaires			33%	vs	100%	■
- Plan de sécurité (BCM, chutes, TEV, transfert de l'info...)			29%	vs	100%	■

ANNEXE 4

● Cible atteinte	↑ Augmentation vs an passé	↓ Diminution vs an passé
▲ Cible non atteinte - écart < à 20%	+↑ Augm. <u>favorable</u> vs an passé	+↓ Dimin. <u>favorable</u> vs an passé
■ Cible non atteinte - écart > à 20%	-↑ Augm. <u>défavorable</u> vs an passé	-↓ Dimin. <u>défavorable</u> vs an passé

Utilisation judicieuse de nos RESSOURCES

Indicateurs	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Dépenses vs budget (Millions de \$)	402,0	-↑	413,3	vs	413,3	●
- Salaires	273,5	-↑	281,0	vs	281,0	●
- Autres dépenses	128,4	-↑	132,3	vs	132,3	●
Ratio temps supplémentaire (infirmières)	6,7%	=	6,7%	vs	5,4%	■
- Infirmières auxiliaires	5,0%	+↓	4,3%	vs	3,1%	■
- Préposés aux bénéficiaires	7,2%	+↓	5,7%	vs	3,1%	■
- Agentes administratives (cl. 3)	4,9%	-↑	7,3%	vs	3,1%	■
Heures supplémentaire imposées (infirmières)	6 674	-↑	8 297	vs	2 900	■
- Infirmières auxiliaires	1 239	+↓	1 155			
- Préposés aux bénéficiaires	409	+↓	292			
- Agentes administratives (cl. 3)	33	-↑	110			
Taux d'absentéisme global (infirmières)	29,7%	-↑	29,9%			
- Absentéisme <u>avec</u> marge de manœuvre (inf.)	5,6%	+↓	5,1%			
- Absentéisme <u>sans</u> marge de manœuvre (inf.)	24,1%	-↑	24,8%			

ANNEXE 2

ANNEXE 3

Qualité et accessibilité des soins et services à nos PATIENTS

Indicateurs	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Nombre de patients en attente de transfert (Patients "prêts" en santé physique)	20	+↓	17	vs	15	▲
- UCDG (Gériatrie de courte durée)	4	+↓	3			
- UTRF (Unité transitoire de récupération fonctionnelle)	3	+↓	2			
- URFI (Réadaptation fonctionnelle intensive)	5	+↓	3			
- Hébergement (CHSLD + RI)	8	-↑	9			
Délai moyen de traitement des plaintes (jours)	30	+↓	29	vs	45	●
- Commissaire local aux plaintes	25	-↑	27	vs	45	●
- Médecin examinateur	53	+↓	37	vs	45	●
Infections nosocomiales (Nombre de cas / 10 000 jours-présence)	6,7	-↑	9,9	vs	10,5	●
- SARM	3,3	=	3,3	vs	4,0	●
- C Difficile	3,4	-↑	4,3	vs	5,5	●
- ERV	0,0	-↑	2,4	vs	1,0	■
Erreurs de médicaments et de chutes (taux de déclaration / 1000 jours-présence)	16,1	↑	16,9			
- Erreurs de médicaments	10,4	↑	11,3			
- Chutes	5,7	↓	5,6			

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ

	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Attente moyenne des patients vus en gastro. et en ortho. (semaines)						■
- Gastroentérologie (Urgent / Code A)	14	+↓	9	vs		■
- Gastroentérologie (Semi urgent / Code B)	53	+↓	48	vs		■
- Gastroentérologie (Électif / Code C)	50	+↓	46	vs	13	■
- Orthopédie (Urgent / Code A)	30	+↓	23	vs		■
- Orthopédie (Semi urgent / Code B)	25	-↑	30	vs		■
- Orthopédie (Électif / Code C)	30	-↑	36	vs	13	■
Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients	6,6%	=	6,6%	vs	6,0%	▲
- Chirurgie 111 000 visites	8,9%	+↑	9,0%	vs	6,0%	■
- Médecine 129 000 visites	4,4%	=	4,4%	vs	6,0%	●
Taux de patients traités dans les délais pour une chirurgie*	88%	=	88%	vs	91%	▲
- Chirurgies d'un jour (6 mois) (sauf cataractes) 8000 chir.	91%	+↑	92%	vs	90%	●
- Chirurgies avec hospit. (6 mois) 4100 chir.	89%	+↑	93%	vs	90%	●
- Chirurgies Cataractes (6 mois) 3500 chir.	97%	-↓	96%	vs	98%	▲
- Chirurgies oncologiques (28 jours) 2300 chir.	59%	-↓	58%	vs	80%	■
- Chirurgies cardiaques: Urgent (2 sem.) 270 chir.	84%	-↓	76%	vs	100%	■
- Chirurgies cardiaques: Électif (3 mois) 160 chir.	36%	-↓	26%	vs	90%	■
- Chirurgies hanches (PTH) (6 mois) 200 chir.	96%	-↓	93%	vs	95%	▲
- Chirurgies genoux (PTG) (6 mois) 240 chir.	91%	+↑	95%	vs	92%	●
Durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire (heures)	4,4	-↑	4,7			
- Hôpital Fleurimont	4,3	-↑	4,7			
- Hôtel-Dieu	4,6	-↑	4,8			
Taux de services réalisés dans un délai de 90 j en imagerie médicale* (clientèle élective)	87%	-↓	84%	vs	100%	▲
- Graphie 17500 exa.	100%	=	100%	vs	100%	●
- Échographie obstétricale 3000 exa.	85%	+↑	100%	vs	100%	●
- Tomodensitométrie 2200 exa.	94%	-↓	84%	vs	100%	▲
- Échographie autre 1900 exa.	51%	+↑	54%	vs	100%	■
- Résonance magnétique 1300 exa.	63%	-↓	31%	vs	100%	■
- Scopie 700 exa.	70%	-↓	56%	vs	100%	■
- Échographie mammaire 500 exa.	46%	+↑	58%	vs	100%	■
- Échographie cardiaque 460 exa.	N/D		27%	vs	100%	■

ANNEXE 5

ROUTE DE LA QUALITÉ

	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Durée moyenne de séjour en hospitalisation pour les patients de 75 ans et + (jours) (P7)	9,3	+↓	9,2	vs	8,0	▲
Nombre de pratiques cliniques basées sur les résultats de la recherche du CRCELB	À DÉVELOPPER					
Nombre de patients enrôlés dans les projets de recherche dès l'admission	À DÉVELOPPER					
Taux de réadmission à 30 jours pour toutes les clientèles (P7)	9,8%	+↓	9,3%	vs	7,9%	▲
Taux d'expériences positives des patients	64%	+↑	75%	vs	70%	●

ROUTE DE LA COMPÉTENCE

	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue	75%	+↑	83%			●
Nombre d'heures de formation continue par employé	15,5	-↓	12,7			■
Taux de stabilité sur les postes (infirmières)	61%	+↑	66%	vs	75%	▲
Taux de roulement (infirmières) En nombre d'individus	11,8%	+↓	11,1%			▲
Taux de rétention (infirmières) 6 mois après l'embauche / En nombre d'individus	86%	-↓	78%			■
Taux d'employés ayant eu une évaluation	2%	=	2%			■

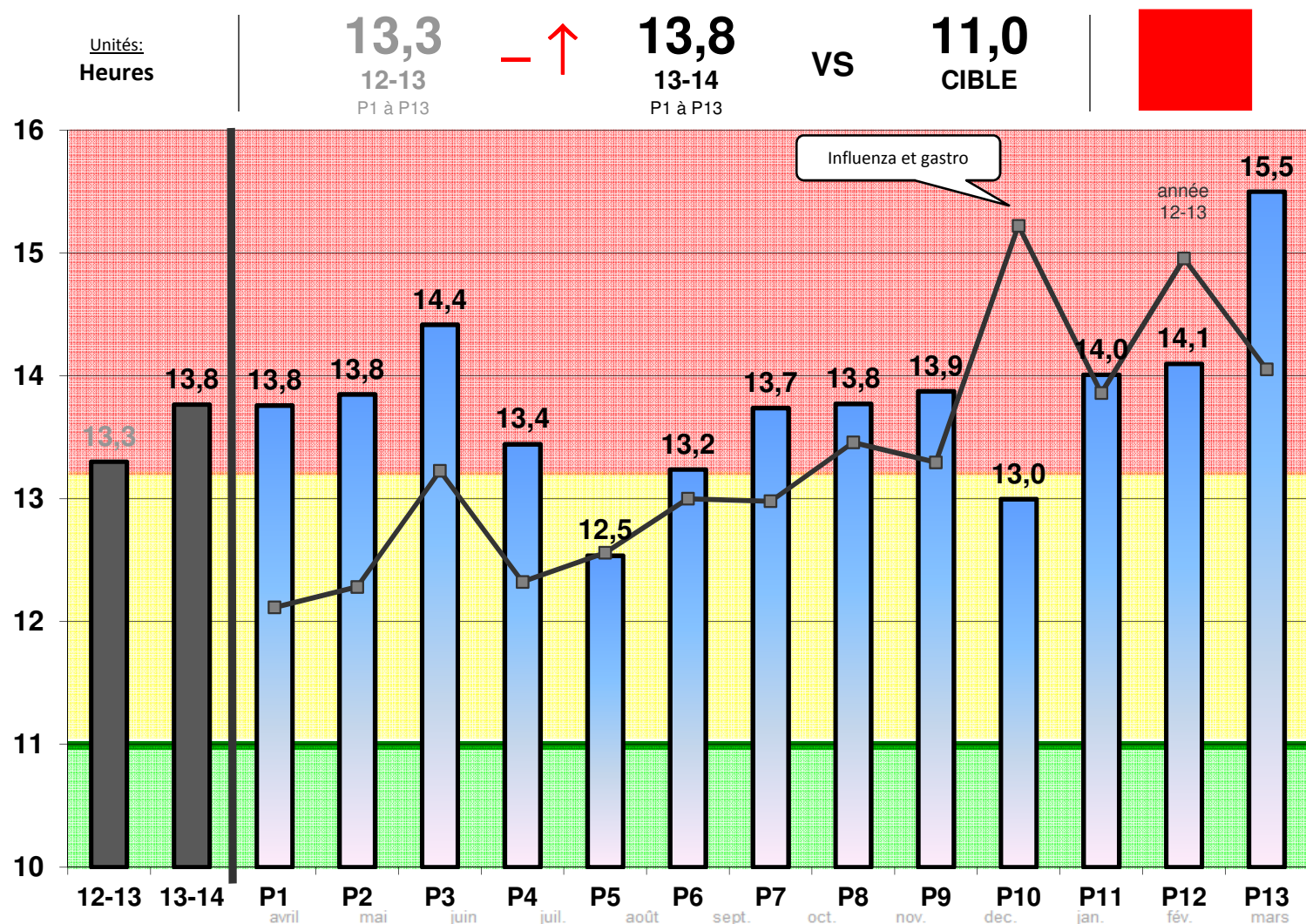
ANNEXE 6

ANNEXE 7

ROUTE DE LA PERFORMANCE

	12-13 P1 à P13	→	13-14 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de gestion de proximité	40%	+↑	43%	vs	43%	●
Évaluation du climat de travail						
Taux de projets respectant les budgets Projets du bureau de projet	85%	+↑	100%	vs	100%	●
Taux de projets respectant les délais Projets du bureau de projet	62%	+↑	100%	vs	100%	●

Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique et mentale)



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 12-13	→	Cumul 13-14	vs	Cible 13-14	Statut
Santé physique (HD + HF)						
Nombre de séjours sur civière	43 077	↓	42 720	-1%		
Séjour moyen sur civière (heures)	12,1	— ↑	12,6	vs	11,0	▲
Santé mentale (HD)						
Nombre de séjours sur civière	4 212	↓	4 041	-4%		
Séjour moyen sur civière (heures)	26,0	— ↑	26,2	vs	18,0	■

COMMENTAIRE (N. Marteau - 19 mai 2014)

Santé Physique:

Sur le total de l'année, nos patients ont attendu 0,5 heure de plus que l'année passée sur les civières de santé physique pour atteindre une attente moyenne de 12,6 heures (+ haut en 5 ans). Cette augmentation globale découle de la dégradation de l'indicateur à l'urgence de l'Hôtel Dieu (+1,2h en 1 an : De 11,9h à 13,1h) alors que l'indicateur à l'Hôpital Fleurimont reste inchangé (+0,0h à 12,3h).

Note: À l'HD, entre P7 et à P9 l'attente dépassait les chiffres de l'an passé de 2,5 heures, alors que dans le même temps, l'urgence HD enregistrait 12% de séjours sur civière de moins que l'an passé.

Santé Mentale (HD):

Sur le total de l'année, nos patients ont attendu à peu près la même durée que l'année passée sur les civières de santé mentale de l'HD (+0,2h) pour atteindre une attente moyenne de 26,2 heures (stable au + bas en 5 ans). Malgré les baisses cumulées des dernières années, le niveau d'attente demeure donc encore très loin de la cible de 11h d'attente fixée dans nos ententes de gestion.

Note: Le nombre de patient sur civière a diminué de 4% par rapports à l'année 2012-13

Taux de temps supplémentaire (infirmières)

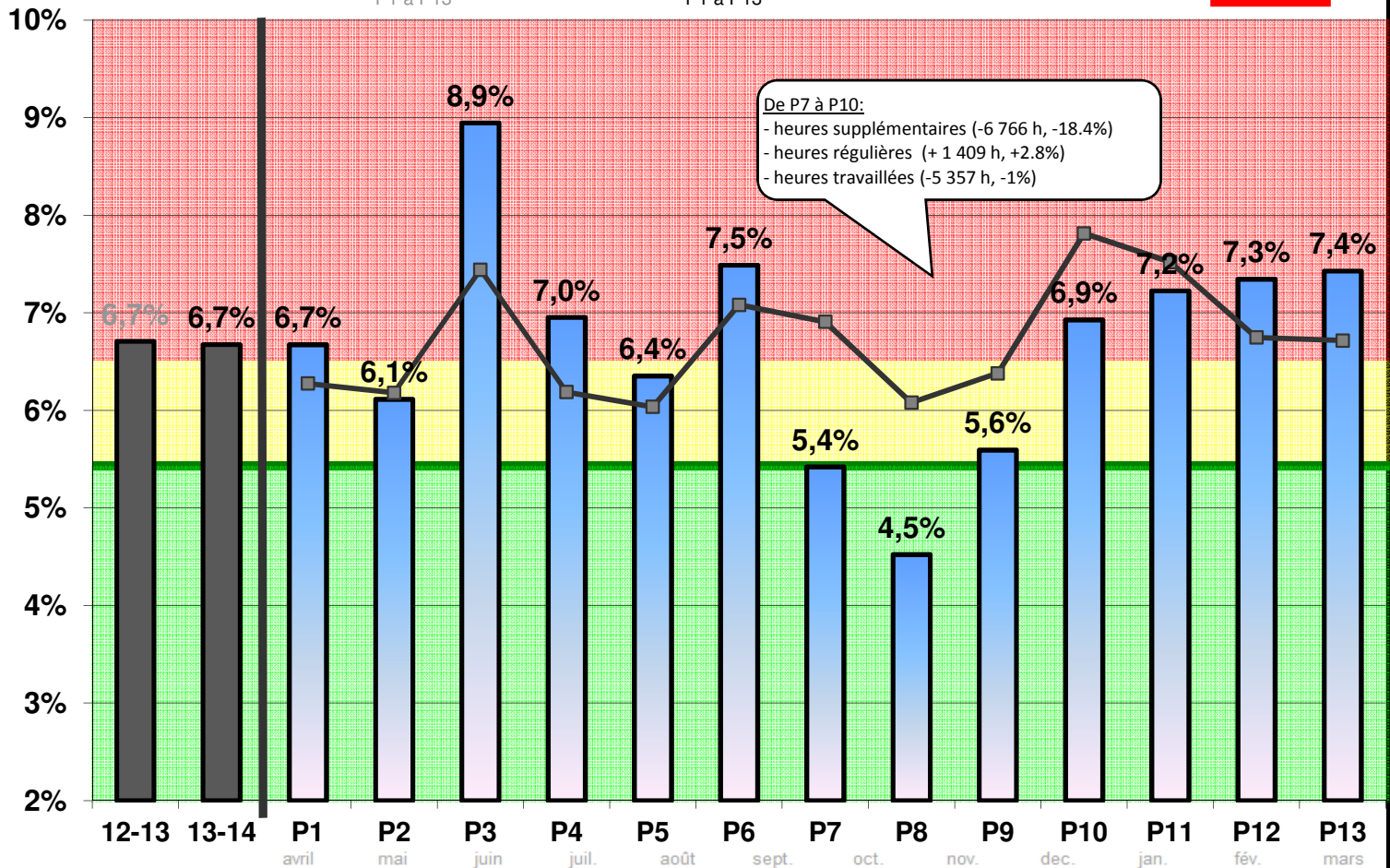
6,7%
12-13
P1 à P13

=

6,7%
13-14
P1 à P13

vs

5,4%
CIBLE



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 12-13	→	Cumul 13-14	vs	Cible 13-14	Statut
Infirmières	6,7%	=	6,7%	vs	5,4%	■
Infirmières auxiliaires	5,0%	+ ↓	4,3%	vs	3,1%	■
Préposés aux bénéficiaires	7,2%	+ ↓	5,7%	vs	3,1%	■
Agentes administratives (classe 3)	4,9%	- ↑	7,3%	vs	3,1%	■

ANALYSE (DRHE, P13)

En 2013-2014, on constate que malgré la rareté des ressources, le ratio de temps supplémentaire pour les infirmières a été maintenu par rapport à l'année précédente (+ haut en 5 ans). La fermeture de l'unité 3A a permis de récupérer des effectifs afin de diminuer le temps supplémentaire. Par contre, le débit variable des unités et l'ouverture ponctuelle de 12 lits surnuméraires en (P12-P13), ont fait augmenter les besoins de ressources en temps supplémentaire. De P7 à P11, le ratio de temps supplémentaire a considérablement diminué par rapport à l'année précédente. En fait, la baisse des heures supplémentaires (de l'ordre de -5357h) a été plus importante que l'augmentation des heures régulières (+1409h). Aussi, il y a eu plus de besoins exprimés qui ont été comblés pendant cette période qu'en moyenne pendant l'année.

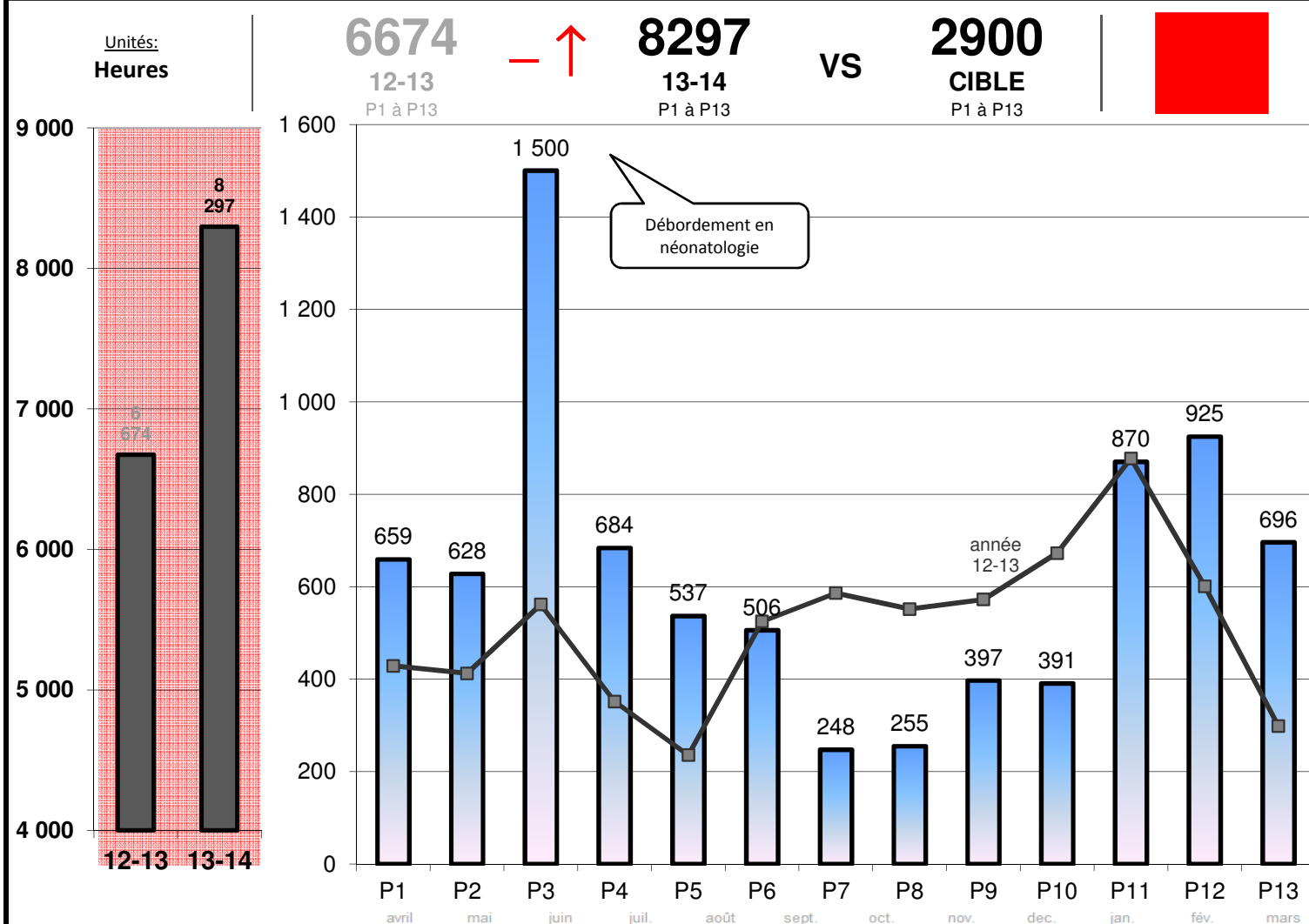
Présentement, les titres d'emploi de préposés aux bénéficiaires et infirmières auxiliaires ont amélioré leur taux de temps supplémentaire comparé à l'année dernière. Cependant, le taux de supplémentaire des réceptionnistes d'unités a augmenté. Il y a eu des départs et des permutations d'agentes cl-3 qui ont amené une diminution de la disponibilité de +/- 10 ETC. Également, le retour aux congés pour études des AA3 a fait en sorte de diminuer la disponibilité pour les périodes 12 et 13.

PLAN D'ACTION (DRHE, P13)

Chantier attraction, rétention et engagement:

- Infirmières: Augmenter le nombre d'embauches et augmentant la visibilité et le nombre d'actions en attraction et dotation de la main-d'oeuvre. Poursuivre l'affichage du temps supplémentaire en confection d'horaire et les procédures d'affichage en continu du temps supplémentaire.
- Travailler sur les mouvements internes, les structures de poste et les conditions de travail pour les infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et réceptionnistes d'unités.

Heures supplémentaires imposées (infirmières)



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 12-13	→	Cumul 13-14	vs	Cible 13-14	Statut
Infirmières	6674	- ↑	8297	vs	2900	■
Infirmières du prog. FJF	1453	- ↑	3295			
Infirmières auxiliaires	1239	+ ↓	1155	vs	1239	●
Préposés aux bénéficiaires	409	+ ↓	292	vs	409	●

ANALYSE (DRHE, mise à jour P13)

Les heures supplémentaires imposées chez les infirmières ont augmenté de 24% par rapport à l'année passée. Il est à noter que le nombre d'individus ayant eu de l'imposition est passé de 626 à 659. De plus, en moyenne, elles ont fait 12.6h au lieu de 10.7h au cours de l'année. L'augmentation des heures imposées s'est fait sentir surtout en début d'année, et ce jusqu'à la fin de la période estivale. Par après, de P6 à P10, la demande d'imposition a chuté de 38% par rapport à l'année 2012-2013. Certains secteurs ont été plus touchés comme le programme clientèle Mère-enfant avec 3295h (40% des heures imposées du CHUS) et le programme clientèle de médecine générale et urgences (1542h), soit à l'Urgence FL et au 5A-5C HD. En maternité et en néonatalogie, les heures imposées ont doublé et les infirmières imposées en font plus en moyenne. En néonatalogie, la moyenne est passée de 9.4h à 17.6h et en maternité, la moyenne est passée de 11.9h à 22.9h.

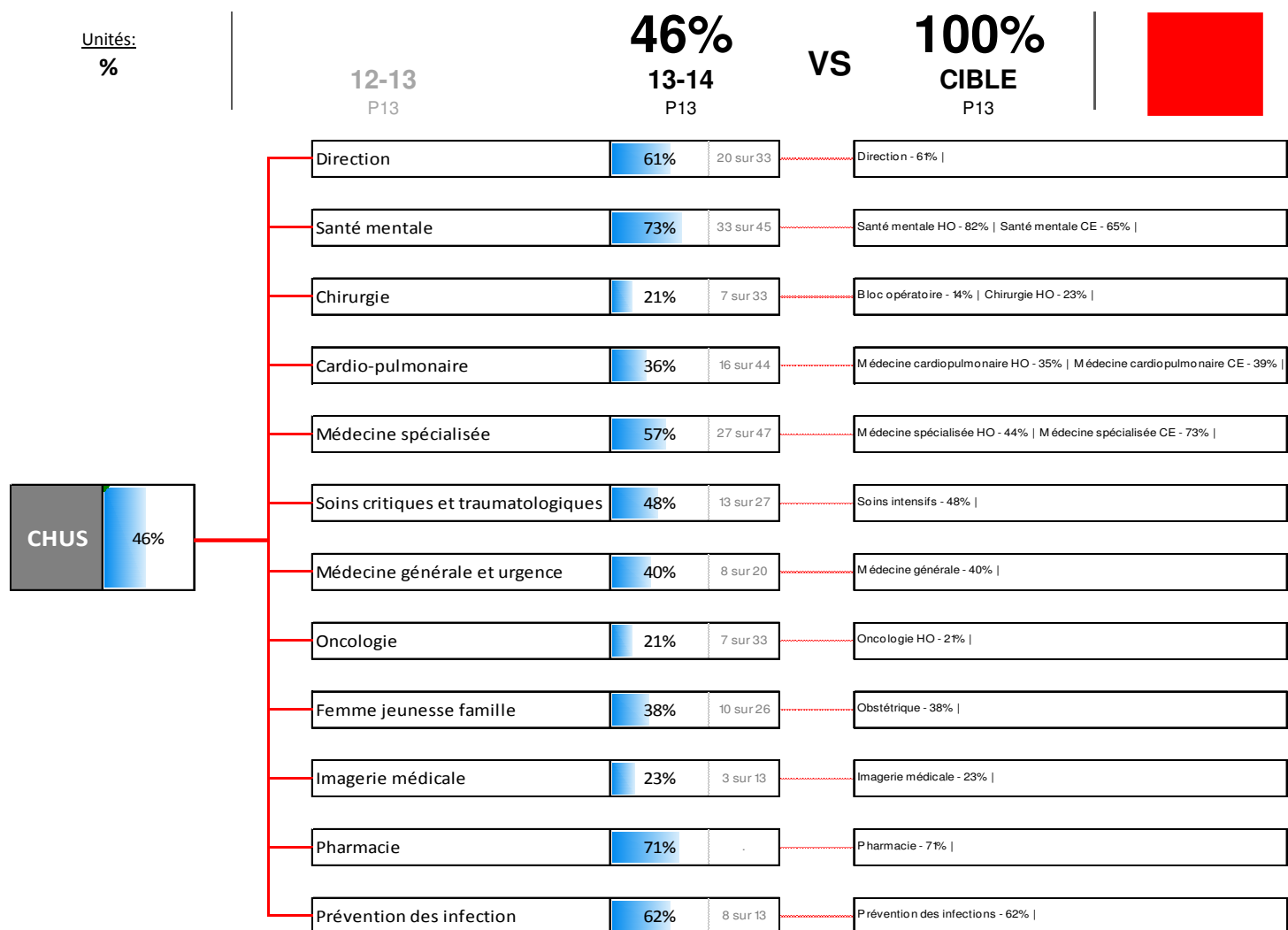
Il y a eu des baisses d'heures imposées chez les infirmières auxiliaires où il y a eu 1155h en 2013-14, soit une baisse de 7% (-85h) et chez les préposées aux bénéficiaires avec une baisse de 29% (-292h). Chez les réceptionnistes d'unité, il y a eu une hausse de 75h passant de 40h à 115h, majoritairement dans les Urgences.

PLAN D'ACTION (DRHE, mise à jour en P13)

Chantier attraction, rétention et engagement (pour les infirmières) :

- Augmenter le nombre d'embauches et augmentant la visibilité et le nombre d'actions en attraction et dotation de la main-d'oeuvre.
- Poursuivre l'affichage du temps supplémentaire en confection d'horaire et les procédures d'affichage en continu du temps supplémentaire.
- Travailler sur les conditions de travail, des structures de postes et des mouvements internes.
- Plan d'action spécifique pour le programme clientèle Mère-enfant

Taux de conformité aux POR's



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 12-13	→	Cumul 13-14	vs	Cible 13-14	Statut
Taux de conformité aux POR's			46%	vs	100%	■
- Tests principaux			52%	vs	100%	■
- Tests secondaires			33%	vs	100%	■
- 7 POR's du plan de sécurité (BCM, transfert de l'info...)			29%	vs	100%	■

ANALYSE (J. Frenette, mise à jour P13)

L'ensemble des 32 Pratiques Organisationnelles Requises (POR) représente pour Agrément Canada les éléments essentiels pour assurer la sécurité des patients à l'hôpital. Les tests de conformité principaux s'appliquent à la mise en place des pratiques elles-mêmes et les tests de conformité secondaires s'appliquent à l'évaluation et à l'amélioration de ces pratiques. Bien que la cible de 100% de conformité soit visée, l'atteinte ne pourra se réaliser qu'à moyen terme. Notre principal objectif pour l'année en cours est la conformité des 7 PORs du Plan de sécurité 2014. Leur taux particulièrement bas mesuré en P13 est le reflet de la complexité et de la portée transversale de la majorité d'entre elles.

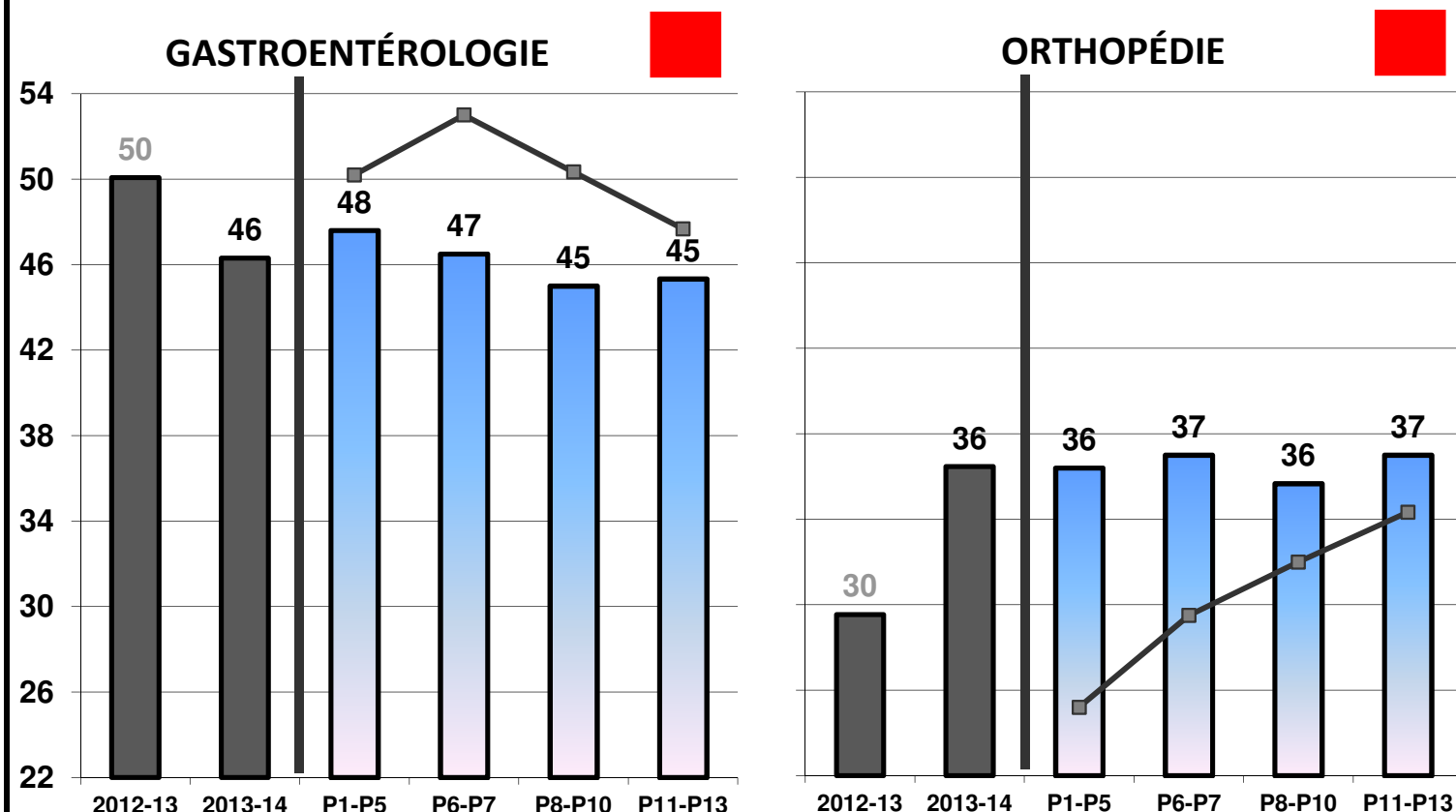
La stratégie de déploiement séquencé des 7 PORs démontrera ses effets dans les prochaines périodes et plus spécifiquement après P5. L'arrivée du nouveau personnel et les vacances estivales ainsi que l'impact des autres projets prioritaires par l'organisation agissent sur la capacité des équipes de soins à intégrer les nombreux changements que le plan de sécurité impose.

Il s'agit d'une première présentation de cet indicateur qui devrait aider l'organisation à mieux suivre sa performance en matière de pratiques sécuritaires dans les prochaines années.

PLAN D'ACTION (J. Frenette, mise à jour P13)

Le développement d'un Plan de sécurité des patients annuel est une des 7 POR du Plan de sécurité actuel. Un Plan de sécurité des patients 2015 sera élaboré au courant de l'été en fonction de l'évaluation des risques pour les patients et de la performance du Plan de sécurité 2014. Les éléments de ce plan seront en lien avec la conformité souhaitée par le CHUS à l'ensemble des 32 POR du programme Qmentum d'Agrément Canada.

Attente moyenne pour les patients vus (Électif, codes C)



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 12-13	→	Cumul 13-14	vs	Cible 13-14	Statut
Gastroentérologie						
Nombre de patients sur liste d'attente	4811	+ ↓	2712	vs	4300	●
Nombre de nouvelles requêtes reçues	3176	- ↑	3287	3%		
Nombre de nouveaux patients vus	2074	- ↓	1998	-4%		
Attente moyenne pour les cas vus - Codes C	50	+ ↓	46	vs	13	■
Orthopédie						
Nombre de patients sur liste d'attente	5066	+ ↓	4239	vs	4300	▲
Nombre de nouvelles requêtes reçues	4951	+ ↓	2991	-40%		
Nombre de nouveaux patients vus	3304	- ↓	2646	-20%		
Attente moyenne pour les cas vus - Codes C	30	- ↑	36	vs	13	■

COMMENTAIRE (N. Marteau - 19 mai 2014)

Grâce à l'épuration des listes, le nombre de patients sur liste d'attente a diminué de près d'un tiers en 1 an en passant de 9900 à 7000. Cette épuration a été particulièrement efficace en Gastroentérologie (-44%) et dans une mesure moindre en Orthopédie (-16%).

Gastroentérologie:

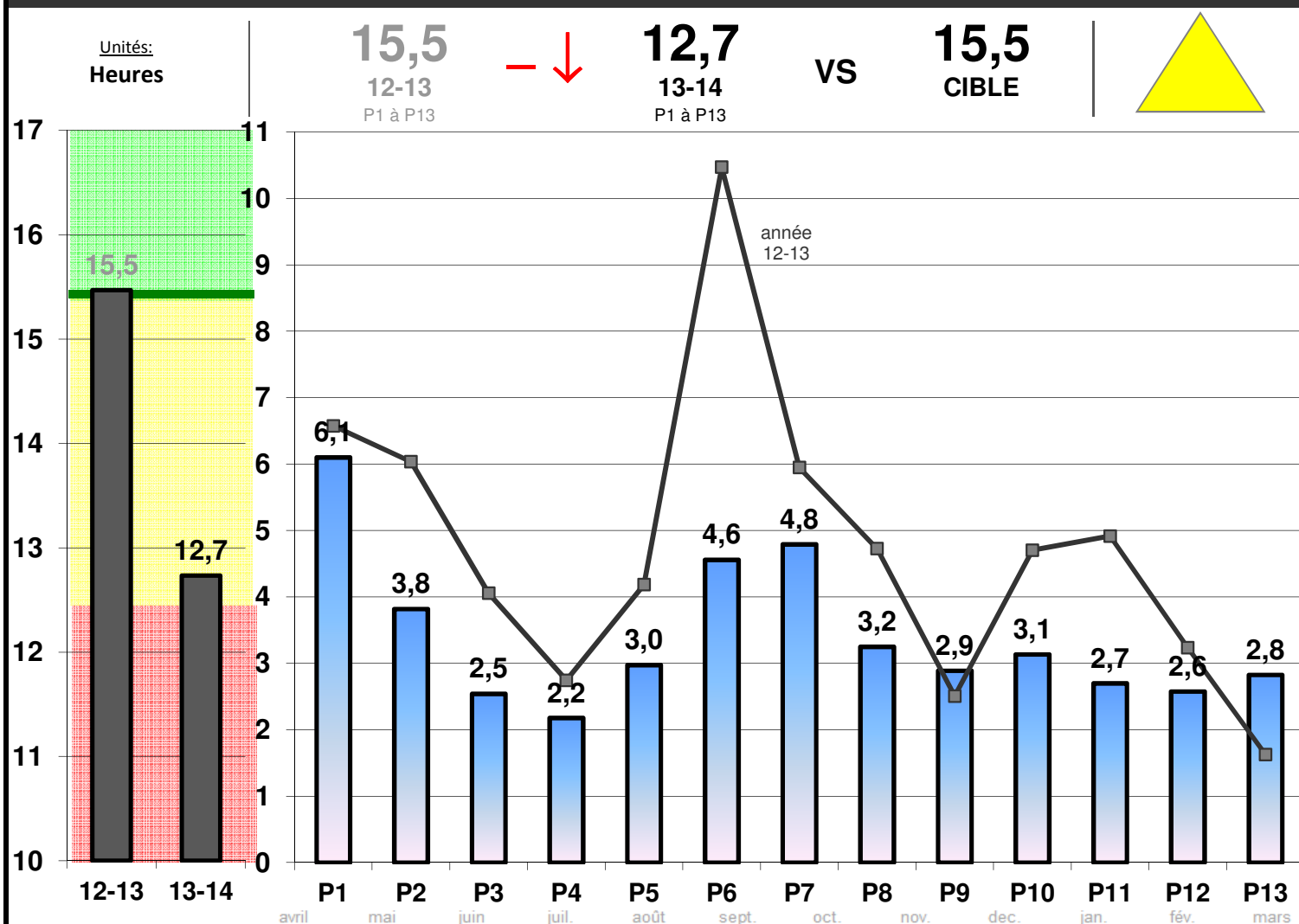
Sur un an l'attente moyenne pour une première consultation a diminué de 4 semaines pour les patients codés C (de 50 à 46 semaines). Cette légère amélioration a également été observée pour les patients codés A et B.

Lorsque l'on regarde le détail, on ne note cependant pas de changement clairs dans les volumes de nouveaux patients vus ni dans celui des requêtes reçues. Sur l'année, le service de Gastro. a reçu près de 3300 nouvelles requêtes alors que seuls 2000 nouveaux patients ont été vus. Cet écart de capacité (1300 patients par an), tant qu'il persiste, risque d'entraîner une réaugmentation du nombre de patient en attente ainsi que du délai avant une première consultation.

Orthopédie:

Sur un an, on observe que les algorithmes de triage ont eu un effet significatif avec une diminution de 40% du nombre de requêtes reçues. Cependant, le nombre de nouveaux patients vus a diminué également de près de 20%. Au total, l'écart entre les requêtes reçues et les nouveaux patients vus a été nettement diminué (3000 vs 2600). Ce quasi-équilibre, s'il se confirme pourrait donc engendrer une stabilisation du nombre de patient sur liste d'attente ainsi que des délais globaux. Pour 2013-14, il semble qu'une partie de la capacité a été redirigée sur les patients codés A pour lesquels l'attente a diminué de 7 semaines alors que pour les codes B et C, l'attente a augmenté de 5 à 6 semaines.

Nombre moyen d'heures de formation par employé



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 12-13	→	Cumul 13-14	vs	Cible 13-14	Statut
Nombre d'heures de formation continue	63839	- ↓	58524	vs	63 839	▲
Nombre de participants différents ayant participé à une formation	4127	+ ↑	4596	vs	4 127	●

ANALYSE

(Bruno Roy, mis à jour en P13)

En P13, nous n'avons pas atteint la cible prévue. La raison principale est attribuable au fait que nous avons offert depuis le début de l'année plusieurs activités de formation de masse de courte durée. Ceci a pour impact de faire chuter la moyenne des heures de formation par employé. Voici quelques exemples : AAPA-Délirium, Consignes en cas d'urgence, Directives - Activités de soins, Pompes entérales Kangaroo. Par ailleurs, nous constatons une augmentation de la participation aux conférences Clinico-académiques et aux midis-cliniques depuis l'arrivée de Multi-Accès (facilite la diffusion et l'inscription). Encore là, ce sont des activités de 45 minutes. De plus, la diminution d'environ 40% de formation OMEGA de base (28 hrs) a fait diminuer à elle seule 1200 heures de formation (env 90 vs 50 participants). □

En contrepartie, si on considère les autres indicateurs reliés, nous avons rejoint 469 employés différents de plus, ce qui constitue une augmentation substantielle. Moins d'heures de formation par employé dû à des formations de courte durée, mais 83 % du personnel rejoint comparativement à 75 % l'an dernier.

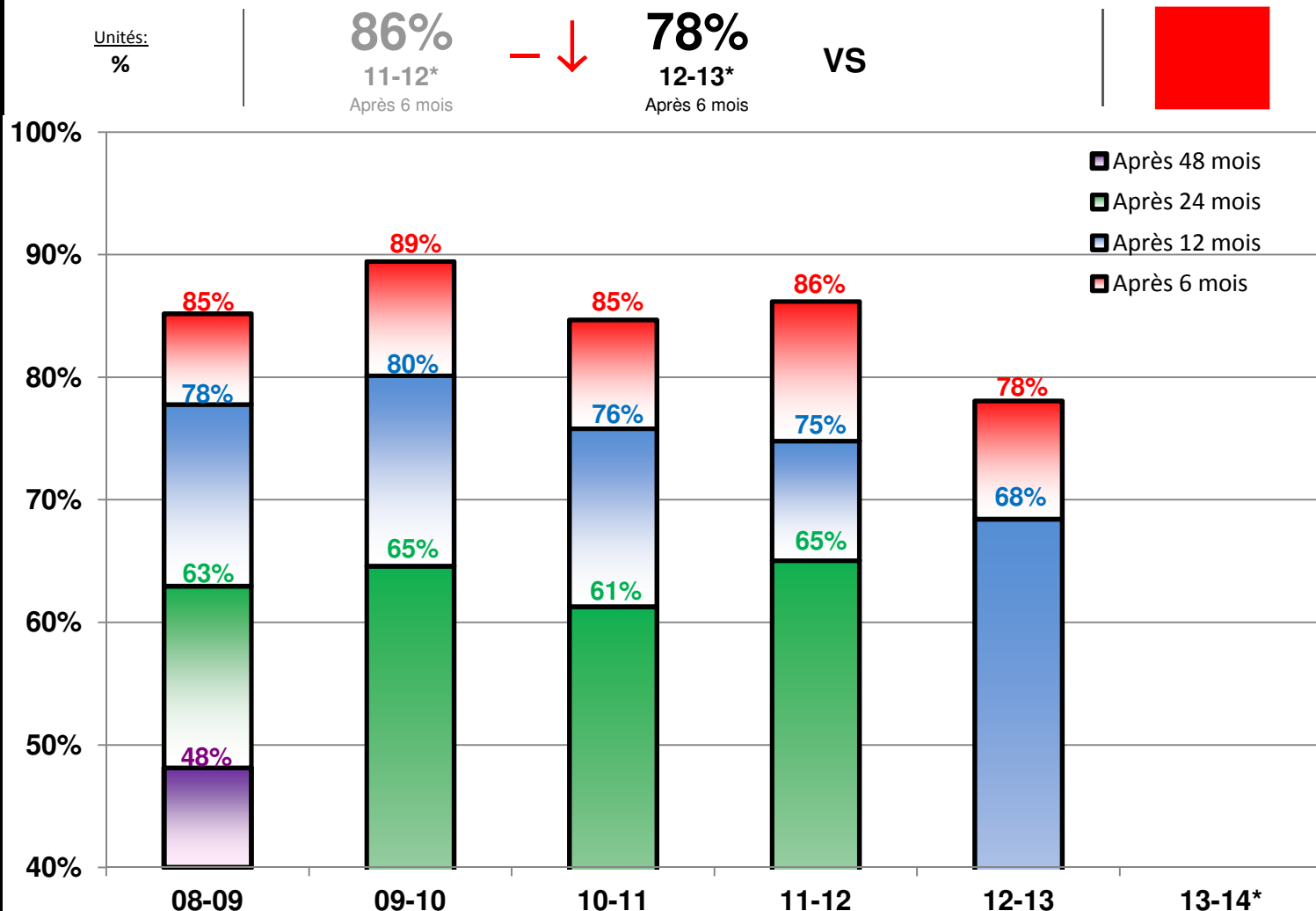
Note: L'historique de cet indicateur demeure encore insuffisant pour permettre de juger ses variations et d'établir une cible réaliste pour le CHUS.

PLAN D'ACTION

(Bruno Roy, mis à jour en P13)

Poursuivre la compilation des données et l'analyse des écarts afin d'être en mesure d'analyser et de mieux comprendre les variations de cet indicateur et établir des cibles adéquates.

Taux de rétention (infirmières)



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 11-12	→	Cumul 12-13	vs	Cible □	Statut
Infirmières (rétention 6 mois)	86%	- ↓	78%			
Infirmières auxiliaires (rétention 6 mois)	82%	+ ↑	92%			
Préposés aux bénéficiaires (rétention 6 mois)	88%	- ↓	82%			
Agentes administratives classe 3 (rétention 6 mois)	76%	- ↓	75%			

ANALYSE (DRHE, mise à jour P13)

La rétention dans les 6 premiers mois suivant l'embauche des infirmières a été problématique en 2012-2013, notamment au niveau des retours aux études et de l'insatisfaction au travail. Entre autres, il y a eu 8 départs de plus, dont 6 de reliés aux retours aux études.

Dans les 4 années précédentes, le nombre de départs dans les 6 premiers mois vacillait entre 16 et 19, alors qu'en 2012-2013, il a atteint 25. Cela a représenté 47% de plus que le nombre de départs de 2011-2012.

Combiné à cela, 9 embauches de moins que l'année précédente expliquent une baisse de 8% au niveau de la rétention en 2012-2013 par rapport à 2011-2012. Entre 6 et 12 mois après leur embauche, il y a eu 11 autres départs d'infirmières, soit 3 de moins que l'année passée pour la même période (léger ralentissement représentant une baisse de 21% des départs).

PLAN D'ACTION (DRHE, mise à jour en P13)

Chantier attraction, rétention et engagement :

- Amélioration des conditions de travail, des structures de postes et des mouvements internes.
- Augmentation des embauches dans le but de diminuer le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire.
- Une mobilisation importante de la DISC et de la DRHE pour soutenir et améliorer les programmes d'accueil, l'intégration, l'orientation, de probation, d'appréciation de la contribution et le soutien clinique (continuum soutien et encadrement clinique).

ANNEXE 3 – RAPPORT DE L'AUDITEUR INDEPENDANT

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

Aux membres du conseil d'administration de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en Œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit sans réserve.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Nom de l'associé responsable: Chantal Lessard, CPA Auditeur, CA
permis de comptabilité publique no A125487

Nom de l'auditeur: Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.
Comptables professionnels agréés
Adresse: 455, rue King Ouest, bureau 500
Sherbrooke (Québec) J1H 6G4
Téléphone: 819 822-4000
Télécopieur: 819 821-3640

Date: 11 juin 2014

ANNEXE 4 – CODE D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

SUJET : ORGANISATION GÉNÉRALE

NPG N° 1101

OBJET : Code d'éthique et de déontologie des membres du CA

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

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 entreprises¹, 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)

[illegible]

