CHUS

Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

Rapport annuel de gestion

2010-2011

CHUS – Hôpital Fleurimont

Rapport annuel de gestion
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
2010-2011

CHUS – Hôtel-Dieu

TABLEAU DES MATIERES

1. Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale 7
2. Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents... 9
3. Présentation de l'établissement 11
   - 3.1. La mission 11
   - 3.2. Les principes directeurs 11
   - 3.3. Les valeurs fondamentales 11
   - 3.4. Le territoire desservi 12
   - 3.5. Une équipe au service de la population 16
4. Activités de l'établissement 2010-2011 18
   - 4.1. Les services offerts 18
   - 4.2. Les grandes priorités 2010-2011 21
   - Axe 1 - Le patient au centre de nos actions 21
   - Axe 2 - Le volet universitaire comme moteur de rayonnement 29
   - Axe 3 - Un milieu de travail humain et stimulant 32
   - Axe 4 - Une organisation performante et gérée avec efficience et efficacité 36
   - Axe 5 - Se doter des ressources nécessaires 38
   - 4.3. L'évaluation de la satisfaction de la clientèle 40
   - 4.4. Les principales mesures de réduction de la Loi 100 41
   - 4.5. La visite d'Agrément 42
   - 4.6. La sécurité des soins 42
   - 4.7. L'examen des plaintes et à la promotion des droits des usagers 45
5. Les conseils et comités de l'établissement : faits saillants des rapports annuels 46
   - 5.1. Le conseil d'administration 46
   - 5.2. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 47
   - 5.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) 49
   - 5.4. Le conseil multidisciplinaire (CM) 49
   - 5.5. Le comité de vigilance et de la qualité 50
   - 5.6. Le comité des usagers 52
   - 5.7. Le comité de gestion des risques 53
6. Les ressources humaines au 31 mars 2011 57
   - 6.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2011 57
7. États financiers au 31 mars 2011 et analyse des résultats des opérations 58
   - 7.1. Résultats du fonds d'exploitation – activités principales 58
   - 7.2. Résultats du fonds d'exploitation – activités accessoires 59
   - 7.3. Bilan du fonds d'exploitation 60
   - 7.4. Bilan – autres fonds 61
   - 7.5. Principales données opérationnelles 61
   - 7.6. Intérêt économique dans un organisme 62
   - 7.7. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 63

Annexe 1 - Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 65
Annexe 2 - Tableau de bord du conseil d'administration 85
Annexe 3 - Volumes d'activités au CHUS – Hôtel-Dieu 2010-2011 137
Annexe 4 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 141

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

Au nom du conseil d'administration, il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2010-2011 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Cette année, de grands efforts ont été investis pour maintenir et améliorer l'accessibilité, pallier la pénurie de main-d'œuvre, poursuivre l'implantation de la culture de sécurité, atteindre l'équilibre budgétaire, soutenir la performance organisationnelle et donner suite au rapport de la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu en mai 2010. Au cours de 2010-2011, le CHUS a par ailleurs adopté un nouvel énoncé de positionnement : *Avec vous, pour la Vie*.

Les mots *Avec vous* interpellent tous les membres de la communauté hospitalière, tant les professionnels de la santé que les employés de soutien, et illustrent bien la contribution essentielle de chacun. D'autre part, le *Avec vous* traduit le rôle majeur du patient et de ses proches dans l'épisode de soins. *Avec vous* se veut aussi rassembleur pour tous les partenaires du réseau de la santé et de l'éducation, et plus particulièrement l'Université de Sherbrooke, dans leur mission commune visant le mieux-être des patients.

Pour *la Vie*, vie avec un V majuscule, rappelle la raison d'être du CHUS, soit la vie elle-même et tout le respect qu'on lui doit. Ces mots évoquent également l'objectif ultime des activités de recherche, d'enseignement et d'évaluation.

Dans son ensemble, l'énoncé *Avec vous, pour la Vie* exprime à la population qu'elle peut compter sur le CHUS pour un accompagnement soutenu à toutes les étapes, de la naissance à la fin de la vie.

En terminant, nous saluons l'engagement de tous les membres de notre communauté hospitalière. Un grand merci aussi aux membres du conseil d'administration et des différents comités de leur soutien indéfectible dans les défis actuels et à venir.

Voici certaines de nos réalisations 2010-2011, qui témoignent du dynamisme de nos équipes. Bonne lecture.

Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

Patricia Gauthier
Directrice générale

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

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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2010-2011 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 2011.

La directrice générale,

Patricia Gauthier

Patricia Gauthier

3. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

3.1. La mission

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

3.2. Les principes directeurs

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

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

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

3.3. Les valeurs fondamentales

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Le territoire desservi

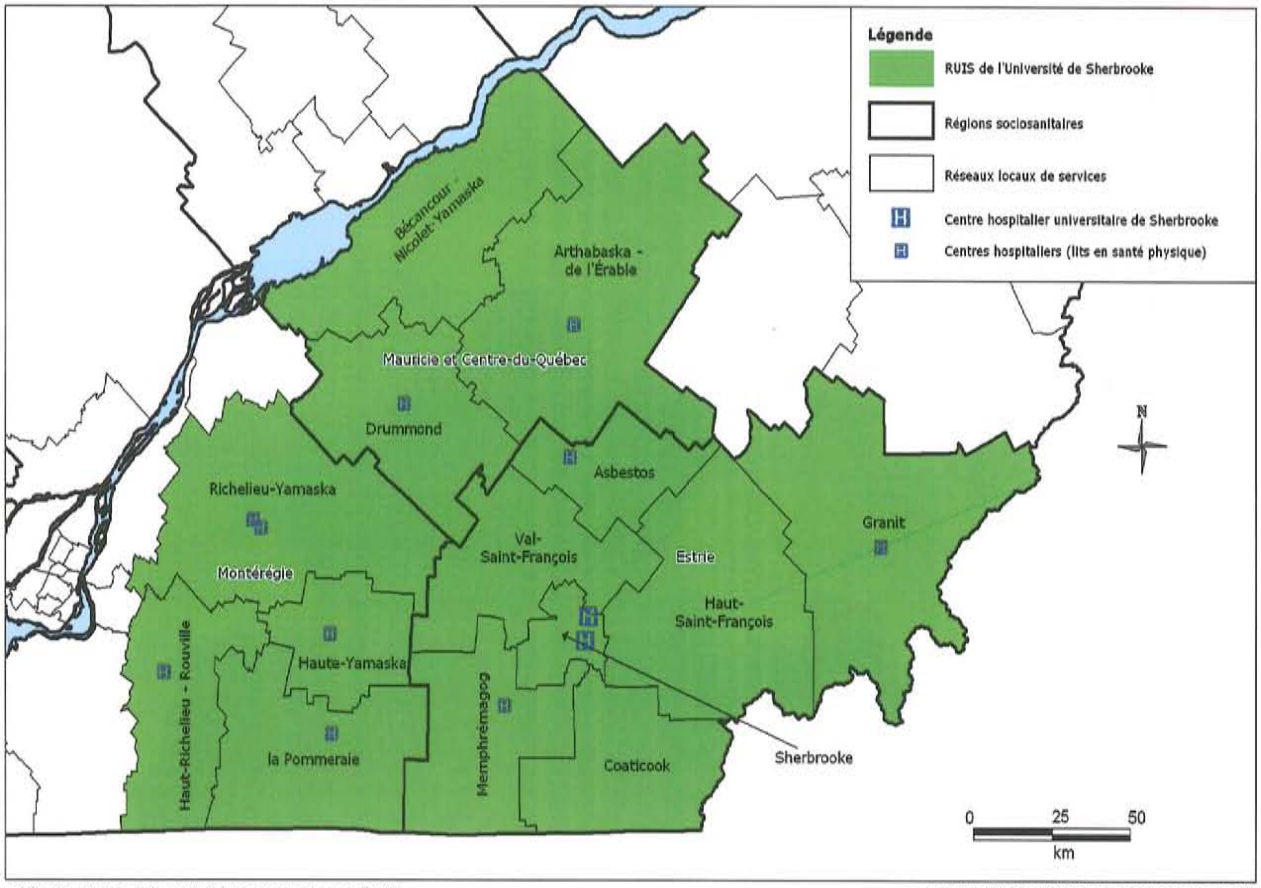
Quatrième plus grand centre hospitalier universitaire du Québec, le CHUS est le seul à assumer un triple rôle. Hôpital de proximité pour les citoyens de la ville de Sherbrooke et centre hospitalier régional, il offre des soins et services spécialisés et ultraspécialisés à toute la population de l'Estrie. 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.

3.4.1. La population desservie – Estrie et RUIS

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

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



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

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

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

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

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

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

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

3.4.2. *Le profil de santé*

Tirés du rapport 2010 du CSBE[2], l'Estrie se positionnait avantageusement pour ces indicateurs de santé :

- proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2008;
- proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2008;
- taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2002-2006;
- années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2002-2006.

Par contre, l'Estrie se positionnait négativement pour ces indicateurs :

- taux de consommation d'alcool, en %, 2008;
- proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet de suivi médical, en %, 2005;
- taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2005;
- écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio, 2000-2004;
- écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, ratio, 2000-2004.

Au niveau des maladies chroniques, l'Estrie a des résultats avantageux pour les maladies des appareils respiratoires et musculosquelettiques, se démarque par les excellentes habitudes de vie de ses citoyens, mais a les résultats les plus défavorables au Québec quant au cancer de la prostate.

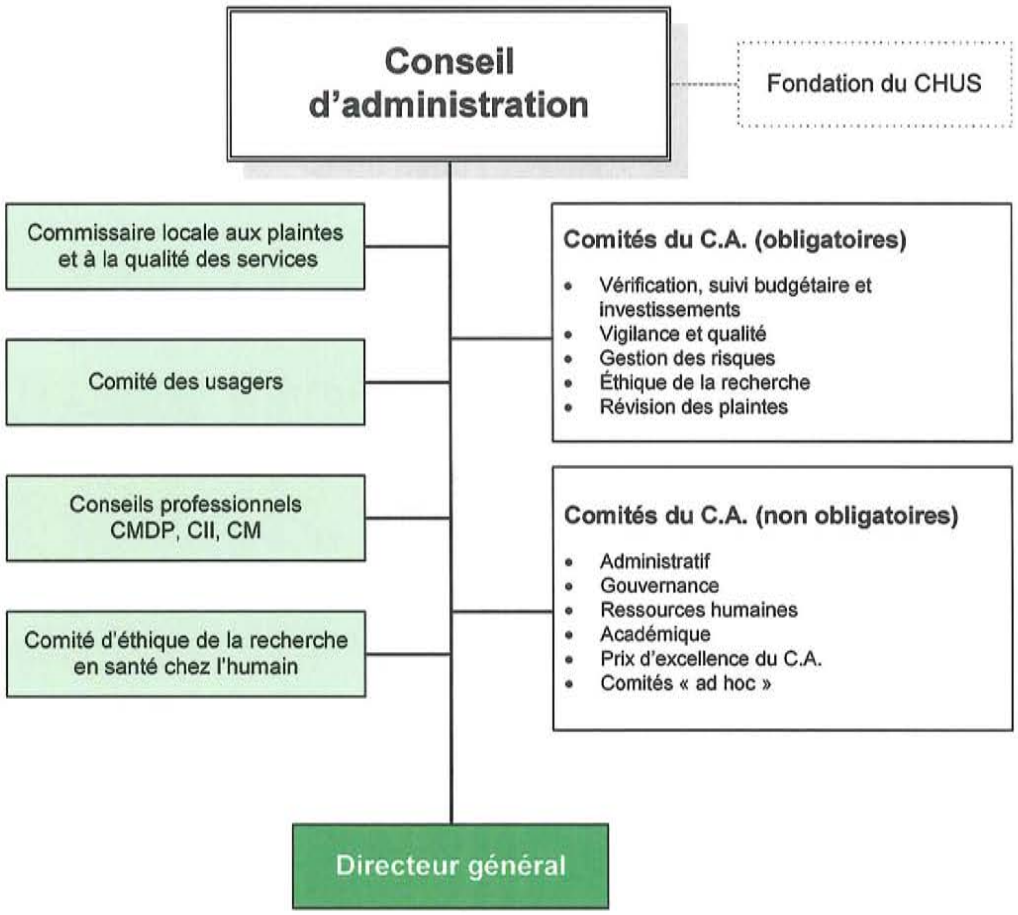
Plusieurs sources d'informations permettent de connaître les caractéristiques de la population desservie. Les banques de donnes principales disponibles sur internet qui sont consultées sont :

- Les données du commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) : (http://www.csbe.gouv.qc.ca/).
- Le portail informationnel santé et services sociaux : (http://www.informa.msss.rtss.qc.ca/).
- Le portail I-Stratège de l'AQESSS, particulièrement le domaine ambulatoire.
- 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).

[2]Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010, *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, Le commissaire à la santé et au bien-être, www.csbe.gouv.qc.ca

3.5. Une équipe au service de la population

3.5.1. Le conseil d'administration et la gouverne



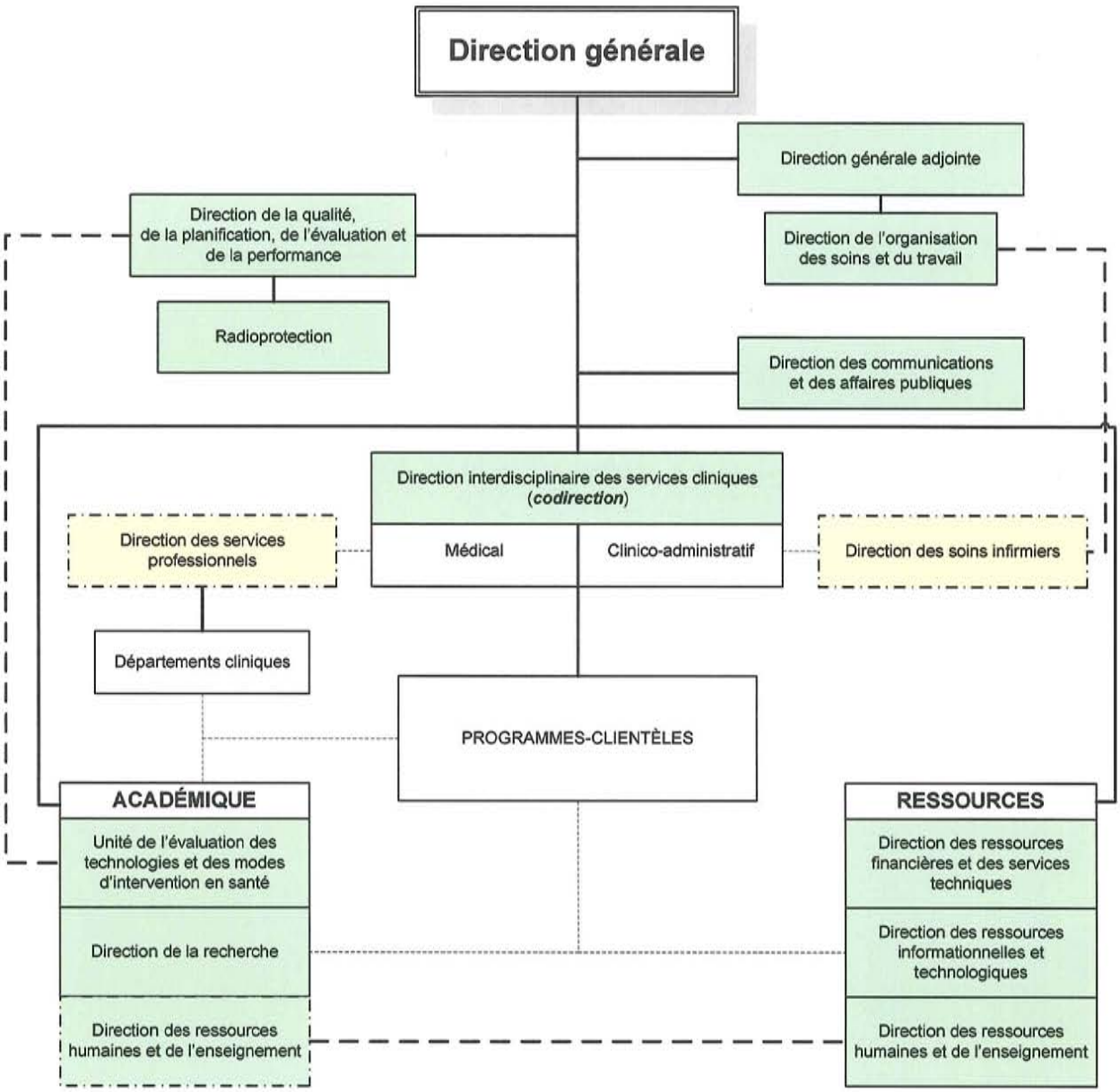
Le conseil d'administration a notamment pour fonctions de :

- 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.

3.5.2. Les directions

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



4. ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT 2010-2011

4.1. Les services offerts

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

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

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

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

Quant aux départements cliniques, nous retrouvons :

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

4.1.1. Le nombre de lits

Le nombre de lits dressés au 31 mars 2011 est de 713, incluant 20 incubateurs en néonatalogie. La répartition de ces lits est la suivante :

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

4.1.2. 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 hémato-encéphalique;
- TEP-scan;
- Production de radioisotopes par cyclotron;
- Dépistage de maladies génétiques et spectrométrie de masse;
- Angiographie interventionnelle;
- Traitement de la douleur;
- Traitement chirurgical et médical de l'incontinence urinaire.

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

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

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

Les patients du CHUS ont accès à un traitement révolutionnaire et expérimental qui contribue à traiter le cancer du cerveau. Le Dr David Fortin, neurochirurgien et neuro-oncologue, et son équipe sont les seules au Canada à pratiquer l'ouverture osmotique transitoire de la barrière hémato-encéphalique. 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 2000 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 4000 procédures sont effectuées au CHUS à chaque année et ce nombre inclut plus de 1000 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 référés 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.

4.2. Les grandes priorités 2010-2011

La plus grande priorité 2010-2011 telle qu'approuvée par le conseil d'administration, était de « Maintenir l'accessibilité et la qualité des soins et services, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et d'équilibre budgétaire, tout en soutenant nos gestionnaires ». Des plans d'action concertés interdirections ont été mis en place dans ce contexte. Des clientèles spécifiques ont également fait l'objet d'un suivi plus régulier, soit : la santé mentale, l'urgence, l'imagerie médicale, les consultations médicales spécialisées, les délais de chirurgie de plus d'un an et la néonatalogie.

Nous vous présentons ci-dessous les principales modifications à notre offre de service et les réalisations de l'exercice en lien avec les cinq axes de notre planification stratégique.

Axe 1 - Le patient au centre de nos actions

4.2.1. Avec vous, pour la Vie

« Avec vous, pour la vie » est le nouvel énoncé de positionnement adopté par le CHUS en décembre 2010. *Avec vous* fait référence à l'implication et à la collaboration de TOUS. C'est aussi le CHUS avec ses précieux alliés : les équipes du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel et celles de la Fondation du CHUS, incluant les nombreux donateurs et bénévoles des autres entités associées au CHUS. D'autre part, le CHUS n'agit pas seul et le *Avec vous* traduit aussi le rôle majeur du patient et de ses proches au cours de l'épisode de soins et du processus de guérison, voire de prévention. *Avec vous* se veut également rassembleur pour tous les partenaires du réseau de la santé et de l'éducation dans leur mission commune visant le mieux-être de la clientèle, la recherche, la formation de la relève, la formation continue et l'évolution constante des pratiques.

Pour souligner l'objectif ultime de toutes les interventions, les mots *la Vie* véhiculent la raison d'être du CHUS, soit la vie elle-même et tout le respect qu'on lui doit. D'où le V majuscule. *Vie* rappelle aussi que l'implication du CHUS va bien au-delà de la maladie ou de la santé. Dans son ensemble, l'énoncé *Avec vous, pour la Vie* indique que la population peut compter sur le CHUS pour un accompagnement soutenu à toutes les étapes, de la naissance à la fin de vie.

4.2.2. L'accessibilité et la continuité

Même si les défis demeurent importants, plusieurs actions ont permis d'améliorer l'accessibilité aux soins et services. En santé mentale, plusieurs actions avec nos partenaires régionaux se sont poursuivies afin d'améliorer l'accessibilité. Des transferts d'activités se sont faits vers les services de première ligne, notamment les suivis d'intensité variables. Bien qu'encore loin de la cible, le plan d'action visant à diminuer les délais à l'urgence commence à donner des résultats puisque la durée de séjour a diminué. De plus, des travaux sont en cours visant à améliorer la gestion de la durée de séjour en hospitalisation et la rapidité des transferts vers d'autres ressources régionales, ce qui devrait permettre d'accroître le nombre de lits disponibles pour les transferts de l'urgence.

À l'urgence de santé physique, la politique régionale concernant les délais maximums de transfert des patients vers une autre ressource est passée de 7 à 5 jours, visant ainsi à accroître le nombre de lits disponibles pour les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence.

En imagerie médicale, la mise en œuvre du plan d'action visant à diminuer les délais en tomographie axiale, notamment la mise en fonction d'un deuxième appareil à l'Hôpital Fleurimont a porté fruit puisqu'au 31 mars, 92,5 % des examens étaient réalisés dans les temps requis. De même, en échographie, l'épuration des listes d'attente, la réorganisation du travail et le transfert de patients vers leur région d'origine ont permis d'améliorer les délais. Malgré un deuxième appareil à l'Hôtel-Dieu, l'accessibilité en résonance magnétique demeure toutefois problématique, principalement suite à la pénurie de main-d'œuvre médicale et technique dans cette spécialité.

En chirurgie, nous avons maintenu l'accessibilité et amélioré le nombre de patients en attente de plus d'un an, particulièrement pour les prothèses totales de genoux, grâce au corridor de services avec le CSSS Memphrémagog. En néonatalogie, les efforts ont été maintenus afin de ne pas transférer nos patients vers d'autres régions.

Concernant l'accessibilité aux consultations médicales spécialisées, les délais pour une consultation élective ont diminué dans toutes les spécialités suivies. Toutefois, en janvier 2011, la direction annonçait une diminution importante des services en dermatologie pour une durée de 18 à 24 mois en raison de l'absence de ses trois dermatologues à temps plein. Plus de 7 500 patients attendaient ces services, en plus des 1 300 qui étaient déjà cédulés pour une visite de suivis. Plusieurs mesures ont été prises afin de faire face à cette situation exceptionnelle. Tous les cas ont été révisés et triés et les cas urgents ont, soit été vus lors d'une clinique spéciale, soit dirigés vers d'autres spécialistes du CHUS. Une vingtaine de dermatologues provenant de plusieurs régions du Québec ont répondu à la demande de soutien du CHUS et un corridor de service de consultation téléphonique pour les médecins du CHUS avec deux hôpitaux montréalais pour la clientèle adulte et la clientèle pédiatrique a été établi. Tous les patients dont l'état était jugé non urgent ont reçu une lettre les informant qu'ils ne pourront pas être vus au CHUS et que leur demande de consultation est retournée à leur médecin traitant / référent, lesquels ont également été informés de la situation et de la procédure à suivre pour les demandes de consultation urgentes seulement.

Les travaux concernant la mise en œuvre des projets cliniques se sont poursuivis. Le CHUS et ses partenaires régionaux ont développé une approche novatrice dans l'élaboration du continuum de soins et services qui vise à adapter les soins et services aux besoins de l'usager plutôt que d'adapter

l'usager aux besoins des organisations et des intervenants. Ce processus en trois phases permet de développer une vision commune et partagée :

- le cheminement clinique, soit les meilleures pratiques cliniques centrées sur l'usager (volet qualité);
- la trajectoire de soins et services, soit les meilleurs processus centrés sur l'organisation (volet continuité);
- les stratégies de mise en œuvre, soit les meilleurs procédés centrés sur l'action concertée (volet accessibilité).

Cette démarche a été complétée pour le diabète, la réadaptation cardiaque, l'insuffisance cardiaque, l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. D'autres démarches sont en cours, notamment en santé mentale.

Au niveau du RUIS, la même démarche de hiérarchisation des soins et services est en cours d'élaboration dans le cadre de la mise en place du centre d'expertise en douleur chronique. Le CHUS a également signé une entente cadre avec les six CSSS de son bassin de desserte extrarégional. Des annexes précisant des corridors de services spécifiques à chaque territoire s'ajouteront graduellement à ces ententes cadre.

4.2.3. La procréation médicalement assistée

Dans le cadre du projet de Loi 26, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé à offrir des activités cliniques en matière de procréation médicalement assistée (PMA) et de fertilisation in vitro (FIV). Cette orientation a amené la direction du CHUS à présenter un plan d'affaires au Ministère le 11 décembre 2009. Ce plan, mis à jour le 29 avril 2011, cible les quatre étapes devant mener le CHUS à dispenser des services complets de FIV, incluant le niveau tertiaire.

Au printemps 2010, la clinique de fertilité accueillait déjà 150 nouveaux couples/année avec un seul médecin spécialiste. À l'été 2010, deux docteures, spécialisées en endocrinologie de la reproduction, se sont jointes à l'équipe. L'une d'elles peut réaliser toutes les activités en FIV. En soutien à ces développements, une infirmière à temps complet et une agente administrative classe 2 ont été ajoutées à compter de novembre 2010.

L'organisation des soins offerts à la clinique a ainsi évolué afin de s'adapter à ces ajouts de ressources et à la demande croissante de la clientèle. Malgré des locaux qui doivent impérativement être réaménagés de façon majeure afin d'atteindre les objectifs de développement de la FIV, le programme du CHUS a desservi, depuis janvier 2011, une moyenne mensuelle de huit à dix patientes dans des situations ayant conduit à des cycles de FIV complets en collaboration avec une clinique privée en PMA-FIV. Ceci permet d'anticiper positivement l'atteinte de l'objectif prévu de 100 cycles pour 2011-2012.

Le plan d'affaires déposé prévoit les étapes pour mettre en place les infrastructures et les équipes qui permettront le prélèvement d'ovules et le transfert d'embryon sur place au CHUS. En finalité, l'approche prévoit que le CHUS effectuera toutes les investigations et les préparations aux procédures spécifiques de FIV et réalisera les activités d'embryologie dans ses installations. Durant la période de transition, le CHUS maintiendra un lien de collaboration avec une ressource privée et réalisera le suivi post-transfert d'embryon pour le territoire de Sherbrooke. Il agira aussi en soutien

aux établissements de la deuxième ligne du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de Sherbrooke et à la première ligne des établissements de la région de l'Estrie dans l'atteinte de cet objectif. Malgré les défis importants à relever tant en termes d'infrastructures que de ressources humaines, nous croyons être en mesure d'offrir les activités complètes en matière de PMA au CHUS d'ici l'automne 2013.

4.2.4. La technologie au service des soins

Les chariots de médicaments

Au cours de l'année, les chariots de médicaments ont fait leur entrée au CHUS, en utilisant la méthode Kaizen pour leur implantation. En effet, une équipe pilote a révisé le processus de distribution des médicaments aux patients en commençant par identifier les activités sans valeur ajoutée. Par la suite, des solutions, parfois même inspirées de l'industrie, ont été développées pour réduire ou éliminer la majorité de ces activités sans valeur ajoutée. Ainsi, les résultats mesurés pour les équipes pilotes ont permis de conclure que le délai pour la tournée matinale a été réduit de 30 %, que la collaboration et la communication étaient facilitées pour le personnel infirmier et qu'il y avait moins de manipulations de médicaments, accroissant ainsi la sécurité dans l'administration des médicaments. Suite au projet pilote, un guide d'implantation a été élaboré par l'équipe à l'intention du personnel des autres unités afin de soutenir le déploiement au CHUS. Ce guide se voulait un outil pour expliquer les décisions et les orientations prises lors du projet pilote, en plus de mettre l'accent sur les bonnes pratiques en lien avec l'administration sécuritaire des médicaments. Le déploiement est complété avec succès sur toutes les unités de soins et le personnel se déclare satisfait de ce nouvel outil. Le projet passe maintenant en phase d'amélioration continue, particulièrement pour s'assurer d'une utilisation adéquate et d'une administration sécuritaire des médicaments au chevet.

Un poumon artificiel

Le 2 juillet 2010, une équipe médicale du CHUS a implanté un poumon artificiel chez un patient souffrant d'une insuffisance pulmonaire sévère, complication d'une pneumonie. La réussite de cette intervention est une première au Québec. Servant à éliminer le dioxyde de carbone (CO_2), le poumon artificiel *Novalung* est un système respiratoire extra pulmonaire qui protège les poumons naturels du patient en prenant temporairement leurs relais, le temps qu'ils reprennent leur fonctionnement normal et guérissent. Bien que son état de santé nécessite un suivi pendant quelques années, le patient est hors de danger et a pu retourner dans sa région pour son suivi de réadaptation.

Le nouveau scalpel gamma Perfexion

Grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de sa Fondation, le CHUS a pu remplacer son scalpel gamma par un appareil plus performant. On sait déjà que le scalpel gamma est le meilleur appareil de radiochirurgie pour traiter des tumeurs cérébrales (métastases, méningiomes, etc.) et des lésions bénignes comme des malformations vasculaires ou une névralgie du trijumeau. Ces traitements s'effectuent à l'aide de radiations ionisantes et ne nécessitent aucun geste chirurgical. Ils sont extrêmement précis, indolores, durent beaucoup moins longtemps qu'une chirurgie conventionnelle et comportent peu ou pas d'effets secondaires. Le nouveau modèle Perfexion, entièrement automatisé, permet de traiter plus de tumeurs chez un

même patient, et une augmentation du nombre total de cas. Près de 400 patients pourront être traités annuellement avec le nouveau scalpel gamma, contrairement à 300 avec l'ancien.

La sécurité est aussi accrue par la diminution des radiations ainsi que des risques d'erreurs en raison d'un moins grand nombre de manipulations. Surtout le patient bénéficie d'un meilleur confort et d'une diminution de la durée de son traitement. Le personnel évolue également dans un environnement de travail plus ergonomique. Enfin, la technologie du scalpel Perfexion ouvre une fenêtre sur d'autres possibilités pour l'équipe de neurochirurgie. Certains cancers en ORL, et peut-être des lésions à la colonne cervicale, pourront être traités éventuellement.

Le bras robotisé ROSA

Le CHUS a été le premier établissement au Canada, et le deuxième en Amérique du Nord après Cleveland, à utiliser la technologie ROSA alors que l'équipe de neurochirurgie du CHUS a pratiqué l'ablation complète d'une tumeur au cerveau à l'aide du bras robotisé ROSA et de la résonance magnétique nucléaire de diffusion (IRM de diffusion). Le robot ROSA, conçu pour les interventions délicates au cerveau (biopsies et ablations de tumeurs cérébrales, chirurgies d'épilepsie, implantation d'électrodes, etc.) contribue à améliorer le bien-être du patient, à rendre les traitements plus efficaces et moins invasifs, à simplifier et à accroître la sécurité et la fiabilité des procédures chirurgicales. Il a été acquis par le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel dans le cadre d'une vitrine technologique à la suite d'une entente avec l'entreprise française Medtech.

De son côté, un professeur chercheur de la Faculté des sciences de l'Université de Sherbrooke, a développé de nouveaux outils d'imagerie médicale qui permettent, eux aussi, d'accroître la précision d'interventions chirurgicales au cerveau. Ces images très précises en trois dimensions permettent de mieux évaluer la circuiterie du cerveau, fournissant ainsi des informations supplémentaires au chirurgien. Cette technologie pourrait donc contribuer à augmenter l'opérabilité de certaines tumeurs, jusque là jugées inopérables, tout en préservant la fonction neurologique, ce qui pourrait avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients. Les images illustrent non seulement les connexions qui vont vers la tumeur, mais aussi d'où elles proviennent. Cette connectivité, révélée par les cartes du câblage des fibres nerveuses entre les régions du cerveau, appelées autoroutes intracérébrales, est obtenue par l'IRM de diffusion avant l'intervention, et analysée par les cliniciens.

C'était la première fois que ces deux technologies étaient combinées lors d'une chirurgie durant laquelle la patiente a aussi été éveillée pour procéder à la stimulation de son cerveau. Cette combinaison de ces interventions et technologies a permis avec succès l'exérèse d'une tumeur qui, de prime abord, semblait impossible à retirer dans sa totalité et constitue donc une nette avancée pour le traitement des tumeurs au cerveau faisant du CHUS un établissement unique au Canada.

La téléassistance en soins de plaies

Ce projet dont le lancement officiel a été effectué en février 2010 a mérité plusieurs honneurs en 2010-2011 : récipiendaire d'un prix d'excellence du C.A. dans la catégorie *Créativité et innovation*, finaliste à l'AQESSS dans la catégorie *Accessibilité et continuité* des services et récipiendaire du *Prix Innovation clinique 2011* de l'OIIQ de l'Estrie. Ce projet innovateur améliore grandement le traitement des soins de plaies grâce à la téléassistance et permet aux clients de recevoir ces soins infirmiers spécialisés directement dans leur milieu plutôt que d'avoir à se déplacer.

Au 31 mars 2011, les 96 infirmières ressources avaient été formées, 53 des 73 (73%) déploiements d'équipements étaient complétés et 599 cliniques virtuelles sur la cible de 960 (62%) avaient été réalisées, soit une avance de 92 cliniques sur le nombre initialement planifié au 31 mars. Il est prévu que tous les équipements seront installés à l'été 2011 et que le nombre de cliniques virtuelles prévu sera atteint au 31 décembre 2011. L'année 2011-2012 sera consacrée particulièrement à l'évaluation des résultats.

4.2.5. La qualité et la sécurité des soins

Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (Ampro^{OB}).

L'unité de maternité du CHUS et le Centre de maternité de l'Estrie ont lancé la deuxième année du programme (Ampro^{OB}). Ce programme multidisciplinaire, axé sur la sécurité des patientes, vise un changement de la culture du travail par le biais des activités de perfectionnement et de l'amélioration de la communication interprofessionnelle. Les activités de la première année ont permis une amélioration des connaissances et des attitudes de l'ensemble des professionnels et ainsi que de la satisfaction envers la culture du travail. De plus, un sondage auprès des patientes démontre un très haut taux de satisfaction face aux services.

L'équipe de base, formée de douze infirmières, quatre médecins, deux résidents, deux sages-femmes et quatre gestionnaires, se lance avec enthousiasme dans la deuxième année. C'est le moment de mettre les connaissances en pratique. On prévoit des simulations des urgences (bradycardie fœtale, par exemple) ainsi que des vérifications multidisciplinaires de la qualité de la pratique. De plus, des professionnels expérimenteront différents outils de communication.

Une entente CHUS et services policiers.

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le Service de police de Sherbrooke (SPS) et la Sûreté du Québec (SQ) ont paraphé une entente visant à coordonner les interventions pour assurer la sécurité des personnes dans un contexte de soins de santé. Cette entente permet de définir les interventions du personnel du CHUS et des policiers auprès de 23 types de clientèles adultes nécessitant une collaboration entre le CHUS et les services de police.

Ce protocole englobe de nombreux cas, dont : menace ou blessure par arme à feu, prévention d'un acte de violence incluant la tentative de suicide et le suicide, acte criminel à l'intérieur du CHUS, fugue d'un patient, recherche de personne disparue, etc. L'entente précise les engagements, les responsabilités et les obligations légales de chacun. Pour les 23 clientèles visées, les éléments suivants ont été précisés : la ligne de communication, les personnes en autorité pour prendre des décisions; dans quelle situation les intervenants du CHUS peuvent faire un signalement aux policiers ainsi que le type de renseignements qu'ils peuvent leur communiquer en tenant compte de leur obligation de protéger les droits des personnes et de maintenir la confidentialité; la conduite policière dans le cas d'un mandat. Bref, l'entente favorise une coordination des interventions des services policiers avec celles du personnel soignant, des médecins et du Service de sécurité du CHUS dans les limites des lois existantes. Des sessions de formations des intervenants tant du côté hospitalier que policier et des rencontres régulières de suivi permettent la mise en œuvre concrète de l'entente.

Le rendez-vous alterné en chimiothérapie

Les secteurs de la chimiothérapie et de la pharmacie oncologique faisaient face à une demande croissante en heures-traitements du fait de l'augmentation substantielle du nombre et de la complexité des cas de cancer à traiter au cours des dernières années. Dans ce contexte, les deux secteurs concernés, agissant en partenariat, ont souhaité augmenter la qualité de leur offre de services aux patients atteints du cancer tout en maintenant des standards de sécurité très élevés. À cette fin, dans le cadre de l'implantation du rendez-vous alterné pour les patients, ils ont réalisé une réingénierie de leurs processus dans une approche systémique, se sont dotés d'outils de gestion informatisés performants et d'outils d'aide à la décision, notamment de rapports et de tableaux de bord, basés sur des données probantes. Les résultats préliminaires de cette approche globale sont forts positifs tant pour les patients que pour le personnel : capacité de traitement (disponibilité des chaises) accrue de l'ordre de 30%, délai d'accès au traitement diminué, satisfaction globale de la clientèle envers le changement (92%), ressources humaines libérées pour des tâches à valeur ajoutée, temps supplémentaire diminué significativement et enfin climat de travail et conditions d'exercices des cadres améliorés. Les évaluations et ajustements se poursuivront au cours de la prochaine année.

Un projet mobilisateur aux laboratoires

Le programme-clientèle en biologie médicale a amorcé un processus d'amélioration continue en vue d'uniformiser les méthodes de travail, garantir la qualité des résultats et offrir un environnement sécuritaire. Cette démarche, qui s'échelonnera jusqu'en 2013, s'insère dans les priorités du plan stratégique du CHUS, en plus de rejoindre les préoccupations d'Agrément Canada. Son succès : l'engagement et la volonté d'agir des intervenants. La communication, elle, a été au cœur de ces changements.

Pour atteindre les objectifs fixés, un projet impliquant plusieurs services du CHUS a été créé. L'équipe de projet a travaillé sur les aménagements physiques, la logistique hospitalière ainsi que sur les processus d'hygiène et salubrité. En parallèle, le comité de travail en assurance qualité (TAQ) a concentré ses efforts sur les politiques et procédures de laboratoire. L'exercice entrepris par le personnel était complexe. D'importants travaux d'aménagement et d'entretien et la réorganisation des aires de travail et de la réception en microbiologie et en pathologie ont été réalisés. Les accès sont dorénavant contrôlés et les pratiques d'entretien adaptées en fonction des niveaux de confinement. Le contrôle de la qualité a été revu et sécurisé. Les mécanismes de révision de la pertinence et de l'encadrement des analyses hors laboratoire sont en révision. La gestion des dons autologues est transférée à Héma-Québec. Des procédures ont été élaborées pour mieux encadrer les critères d'acceptation et de rejet des échantillons cliniques (bon tube, bon résultat au bon patient). Le processus de transmission des valeurs critiques (geste médical à poser rapidement) est amélioré. Tous les laboratoires ont opté pour un cadre de fonctionnement harmonisé. Bon nombre de procédures ont été révisées (identification des réactifs, décontamination des tables de travail, confidentialité, consentement éclairé...). Une formation a été diffusée sur les trois quarts de travail dans les deux établissements (SIMDUT, gestion des risques liés aux liquides biologiques et au transport des déchets, niveaux de confinement). Des centaines de fiches SIMDUT ont été mises à jour. La majorité de ces actions sont réalisées, en cours d'intégration ou en voie de réalisation.

Le centre d'expertise en radioprotection

Le CHUS a été désigné pour mettre en place le centre d'expertise provincial en radioprotection. En 2010-2011, les activités du centre ont officiellement débuté. Malgré les difficultés de recrutement

relié à la pénurie de physiciens, une équipe a été constituée, notamment grâce à un partage de ressource avec le MSSS. Le Code de sécurité 35 – version Québec est en cours de finalisation et la planification des tournées provinciales en tomodensitométrie est complétée et débutera en 2011-2012. Cette tournée vise à réaliser un audit sur la qualité des équipements et à optimiser les protocoles d'examens afin de diminuer l'exposition aux rayonnements ionisants et de conserver une qualité d'image jugée diagnostique par les radiologistes. Cette tournée permettra donc de développer une base de données de dose pour le suivi continu pour les établissements et une banque de protocoles d'examens optimisés.

Rappelons que l'objectif du CECR est de devenir un centre de référence, de soutien et de contrôle aux bonnes pratiques dans le domaine de la radioprotection afin d'offrir des services de radiologie de qualité, hautement sécuritaire et d'assurer la meilleure protection pour les patients.

L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

L'orientation d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées en milieu hospitalier est une priorité au CHUS (planification stratégique 2006-2010). Suite au mandat confié par le MSSS aux deux instituts universitaires de gériatrie de Sherbrooke et de Montréal de faire l'état des connaissances actuelles sur l'approche adaptée aux personnes âgées ayant besoin de soins aigus afin d'en dégager les meilleurs pratiques, le CHUS est un des quatre centres pilotes pour la mise en place de ces meilleures pratiques. Afin de réaliser ce changement de culture, des structures et des pratiques, plusieurs actions ont été posées en 2010-2011 : formation sur le délirium, poursuite de la formation AGIR pour les préposés, révision des mandats et de la composition du comité stratégique de gériatrie avec le CSSS-IUGS, projet pilote sur deux unités de soins (dépistage de la clientèle à risque élevé de déclin fonctionnel, prise en charge précoce du délirium, prise en charge précoce du syndrome d'immobilisation, planification de départ). De plus, une journée de sensibilisation a été tenue en février 2011 à laquelle 92 personnes ont participé. Plusieurs actions sont déjà planifiée pour 2011-2012 notamment la sensibilisation de toutes les directions et la poursuite des formations.

Le Fonds Brigitte-Perreault

Afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'humanisation de ses soins, le CHUS peut compter sur l'aide financière du Fonds Brigitte-Perreault de la Fondation du CHUS. En février 2011, le FBP a dévoilé les onze projets qu'il soutiendra financièrement. Huit projets touchent plus particulièrement l'information aux patients, en complément de la relation entre le patient et de la personne qui le soigne. Un montant de 74 725 $ a été remis aux équipes collaborant à ces projets.

Les projets retenus sont les suivants :

- Utilisation de l'ultrason pour faciliter l'insertion de cathéter (accès veineux difficile);
- Mieux informer les patients du fonctionnement de la médecine de jour pédiatrique;
- Prévenir le syndrome d'immobilisation;
- Mieux informer les patients hospitalisés lors de leur congé;
- Dépliant d'information sur les règles de vie à l'unité de maternité;
- Dépliant explicatif pour les examens d'endoscopies digestives;
- Aménagement d'un sentier pédestre éducatif sur les terrains boisés du CHUS;
- Guide d'information sur la prévention de l'insuffisance rénale;
- DVD de formation pour la clientèle insuffisance cardiaque;
- Qualité et sécurité des soins via le site WEB du CHUS;
- Dissimulation des portes d'accès de l'unité de gériatrie;

Axe 2 - Le volet universitaire comme moteur de rayonnement

4.2.6. Le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel s'agrandit et fête ses 30 ans !

Le 18 juin 2010, le premier ministre du Québec annonçait un investissement de 31,7 M $ pour agrandir le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS (CRCELB). Les travaux, qui dureront de 2011 à 2013, prévoient un agrandissement de 6 550 mètres carrés sur quatre niveaux, ainsi que le réaménagement de locaux actuels d'une superficie de 970 mètres carrés. Ce projet permettra d'offrir un meilleur environnement de travail aux chercheurs, dont le nombre a doublé au cours des cinq dernières années. D'autre part, ces locaux supplémentaires sont nécessaires au CRC pour installer de l'équipement, comme un deuxième cyclotron qui contribuera à contrer la pénurie d'isotopes médicaux. Le projet est financé par le gouvernement du Québec (25,2 M $) ainsi que par le CHUS et sa Fondation (6,5 M $). Cet agrandissement profitera particulièrement à l'axe d'imagerie médicale et de radiothérapie, à l'axe de maladies endocriniennes et métaboliques, à l'axe mère-enfant et à l'axe douleur.

Par ailleurs, le 14 septembre 2010, le CRCELB a célébré son 30e anniversaire sous le thème « 30 ans de découvertes en santé ». Le Centre de recherche est aujourd'hui reconnu dans la communauté scientifique pour l'excellence de ses travaux, notamment pour ses découvertes en imagerie médicale avec les isotopes médicaux.

4.2.7. La production de technétium (99mTc)

En janvier 2011, le CRCELB s'est vu confirmer un octroi de 5 M $ du projet de 11 M $ piloté par Advanced Cyclotron Systems Inc. (ACSI) de Vancouver, en association avec Edmonton Radiopharmaceutical Centre (ERC) dans le cadre du projet « Commercialisation du 99mTc produit par cyclotron au Canada ». Avec ses partenaires de Vancouver et d'Edmonton, le CRCELB contribuera au développement technologique des cyclotrons pour la production du radioisotope technétium 99m (99mTc). Le CRCELB pourrait être en mesure de sécuriser l'approvisionnement en 99mTc pour une grande partie de la province de Québec. Rappelons qu'une équipe de recherche du Centre d'imagerie moléculaire de Sherbrooke avait démontré en décembre 2009 la possibilité de produire du Technétium (99mTc) en utilisant un cyclotron. Les images diagnostiques obtenues en utilisant ce 99mTc ont atteint les mêmes standards de qualité que celles utilisant le 99mTc produit par un réacteur nucléaire.

4.2.8. Le CRCELB décroche une importante subvention du FRSQ

Le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel (CRCELB) a obtenu la première place lors de la deuxième édition du concours du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) pour le financement de projets de développement stratégique et innovant. Il a ainsi décroché une subvention de 2 M $, soit 500 K $ par année pendant quatre ans. Cette subvention lui permettra d'élargir davantage sa vaste expertise en imagerie médicale, par le développement et l'utilisation de nouveaux marqueurs capables de détecter plus efficacement des maladies comme le cancer, les troubles cardiovasculaires et le diabète. Le projet vise à unifier dans un continuum les forces présentes au CRCELB et à l'Institut de pharmacologie de Sherbrooke, ce qui permettra au CRCELB non seulement de réaffirmer sa position de leader en transfert des connaissances exploitant

l'imagerie médicale, mais également d'accélérer l'innovation et d'élargir la gamme de ses services cliniques offerts à la population.

4.2.9. Des chercheurs regroupent leur expertise en génétique et spectrométrie de masse

Le 29 juin 2010, le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel, en collaboration avec l'Institut de pharmacologie de Sherbrooke (IPS) et la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke, a lancé une plateforme en génétique et en spectrométrie de masse. Le CHUS et la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) possèdent un centre d'expertise en spectrométrie de masse clinique à la fine pointe de la technologie. Un parc d'équipements en haute résolution de plus de 3M$ est actuellement en fonction pour la communauté hospitalo-universitaire. Des spécialistes de haut niveau, reconnus mondialement, y œuvrent quotidiennement et certaines analyses développées sont uniques au Canada.

En regroupant leur expertise respective dans le domaine, les chercheurs se donnent les moyens de, notamment, faire avancer le dépistage des maladies métaboliques héréditaires. En effet, comme premier projet, les chercheurs comptent suivre les recommandations de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS), soit privilégier le dépistage sanguin des maladies métaboliques héréditaires chez les nouveau-nés âgés de deux jours. Les chercheurs ont d'ailleurs déjà développé les protocoles de dépistage d'une vingtaine de maladies métaboliques héréditaires et ont l'expérience des programmes de dépistage de masse. Ainsi, depuis la fin août 2010, le CHUS-FMSS-CRC a implanté avec succès un panel de tests équivalents à ceux requis dans un programme de dépistage néonatal pour les nouveau-nés du CHUS. Cette implantation s'est faite sur une brève période de 8 semaines, considérant l'expérience déjà acquise du laboratoire de dépistage à haut risque en biochimie génétique. L'objectif principal de cette démarche débutée à petite échelle pour le CHUS vise à démontrer que le CHUS-FMSS-CRC peut réaliser l'implantation rapide et efficace d'un programme de dépistage sanguin provincial de maladies métaboliques héréditaires par spectrométrie de masse en tandem dans un délai très court de 4 à 6 mois, tout en répondant aux plus hauts standards de qualité ainsi qu'au suivi et à l'implantation d'un registre des données diagnostiques et épidémiologiques.

4.2.10. L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHUS est un regroupement d'experts dont les avis sont susceptibles d'influencer les décisions prises par l'administration hospitalière concernant les investissements en technologie de la santé, l'implantation des technologies émergentes, les changements dans la pratique des soins et les modes d'intervention en santé (dispensation des soins et organisation des services). En 2010-2011, l'équipe a produit 4 rapports d'évaluation :

- Évaluation de la qualité du triage aux urgences du CHUS;
- Évaluation sur l'opportunité d'utiliser le doppler implantable Cook-Swartz au CHUS;
- Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie:
  - le modèle du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières;
  - le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
  - le modèle du CSSS les Eskers de l'Abitibi;
- Efficacité du casque réfrigérant en chimiothérapie.

Plus spécifiquement, ce dernier rapport visait à procéder à une revue systématique de la littérature afin d'aider à la prise de décision de continuer ou non à offrir le service de casque réfrigérant au CHUS suite à un incident ayant causé la perte de ces équipements. À la suite des recommandations de l'UETMIS sur les conditions requises pour assurer l'efficacité et la sécurité de cette technologie, l'équipe du programme clientèle en oncologie a décidé de ne pas renouveler les casques. Quant à elle, l'évaluation de la qualité du triage à l'urgence a conduit à six recommandations soumises à l'équipe afin d'améliorer la qualité du processus.

Enfin, en 2010-2011, l'équipe a également publié huit articles et a participé à sept congrès (présentations ou affiches). Plus de quinze projets d'évaluation sont en cours.

4.2.11. Une nouvelle direction de l'enseignement

Le conseil d'administration du CHUS a approuvé la création, à compter d'avril 2011, d'une nouvelle direction intégrant la gestion des ressources humaines et de l'enseignement. Cette nouvelle direction mettra l'accent sur le maintien d'un milieu de vie et d'apprentissage stimulant et valorisant pour le personnel et les étudiants du CHUS. Elle soulignera l'importance d'une passerelle renforcée entre la santé et l'éducation, pour travailler en partenariat à relever les défis d'attraction et de rétention d'une main-d'œuvre compétente. Elle visera également une plus grande implication dans la conception et l'évaluation des programmes de formation initiale et continue, et ce, selon les besoins et les standards de qualité du CHUS, de l'Estrie et du RUIS. Enfin, la création de cette nouvelle direction intégrant la gestion des ressources humaines et de l'enseignement constituera une occasion de mettre à profit les connaissances des étudiants pour innover et s'améliorer.

4.2.12. Plus d'espace pour l'enseignement à l'Hôtel-Dieu

Grâce à son projet d'agrandissement et de réaménagement, le CHUS - Hôtel-Dieu peut désormais faire plus de place à l'enseignement des professions de la santé. De fait, il passe de 32 à 148 locaux consacrés à la formation, soit quatre fois plus. Il y a aussi 40 locaux voués à la recherche. Au total, cela représente une superficie de 4 000 mètres carrés et un investissement de près de 9 M $ qui offrira à la future relève - du niveau professionnel, collégial et universitaire - un milieu d'apprentissage sain et stimulant, doté des équipements de dernière technologie. Dans chaque département, unité ou service du CHUS - Hôtel-Dieu, on trouve des salles d'enseignement ou d'observation au miroir, des locaux de discussion de cas, des bureaux réservés aux médecins professeurs, aux résidents ou aux stagiaires. On compte aussi plusieurs salles de réunion avec visioconférence, des salles de tutorat, un salon des professeurs et un café des étudiants. L'ancien garage des ambulances devient une grande salle de réunion avec visioconférence et la bibliothèque a été complètement revampée.

4.2.13. Des DVD éducatifs du CHUS offerts partout au Québec

Avec le soutien du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, cinq DVD d'information destinés aux patients sur le coumadin, le diabète, certains médicaments en oncologie et en cardiologie, sont maintenant accessibles à tout professionnel de la santé au Québec. Il existe très peu de DVD éducatifs de ce genre produits de façon non corporative. Les DVD éducatifs contiennent les éléments suivants : description de la maladie, explication de la médication, effets secondaires et conseils. Pour chaque projet, un étudiant en pharmacie a préparé le script sous la supervision d'un

pharmacien. Le tournage s'est déroulé avec des pharmaciens, étudiants en pharmacie et, au besoin, d'autres professionnels de la santé.

4.2.14. Les collaborations internationales

Le CHUS s'est impliqué en 2010-2011 dans plus d'une cinquantaine de collaborations nationales et internationales. En plus de la gestion, ces collaborations ont touché tous les volets de la mission du CHUS, soit les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Quelques exemples :

- Du 6 au 8 octobre 2010 s'est tenue la troisième édition des Rencontres scientifiques universitaires Sherbrooke-Montpellier organisée par l'Université de Sherbrooke. Parmi la trentaine de rencontres de travail organisées par plusieurs des facultés de l'Université, deux étaient sous la responsabilité du CHUS : *La gouvernance et l'efficience d'un centre hospitalo-universitaire* ainsi que *L'infirmière : de l'université à une pratique clinique diversifiée*. Ces rencontres ont donné lieu à des échanges intéressants et porteurs d'échanges futurs avec le CHU-Montpellier.

- La téléassistance en soins de plaies a suscité l'intérêt du Centre hospitalier universitaire de Caen de même que d'une délégation de l'Inde. Des discussions se poursuivront au cours de la prochaine année.

- Les activités de recherche en imagerie et en médecine nucléaire ont généré 19 collaborations internationales.

- Plusieurs accords de coopération scientifique et technologique sont intervenus entre des partenaires français, le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), l'Université de Sherbrooke, le CSSS-IUGS et le CHUS afin de mettre en œuvre des gérontopôles. Ces accords sont destinés à établir, dans la mesure des possibilités et des moyens financiers disponibles, une collaboration entre les gérontopôles dans les domaines d'intérêts communs pour les signataires au plan des soins et services, de l'enseignement, des échanges d'étudiants, de la recherche et du transfert des connaissances.

4.2.15. La téléformation et téléconsultation en multispécialités

Ce projet vise à offrir à 46 établissements et points de service des 13 CSSS du RUIS de l'Université de Sherbrooke la possibilité d'utiliser la visioconférence pour créer un réseau virtuel de transfert des connaissances et de soutien médical et professionnel. Le but visé est d'améliorer la qualité et l'efficience des services de santé offerts à la population dans son milieu de vie. Le nombre d'équipements déployés au 31 mars est de 12 sur 65 et le nombre de téléformations réalisées est de 65 sur la cible de 734.

Axe 3 - Un milieu de travail humain et stimulant

Dans un contexte difficile de pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs titres d'emploi, le maintien de l'accessibilité et de la qualité des soins et services constitue un défi majeur et comme déjà mentionné constituait la priorité n° 1 de l'organisation. En ce sens, de nombreux efforts ont été portés pour recruter et retenir nos ressources. Témoin de l'importance de cette dimension pour le

CHUS, toutes ces actions sont suivies mensuellement par le « comité Défi-RH », sous la responsabilité de la Direction générale, et auquel participent toutes les directions concernées par cet enjeu.

4.2.16. Le recrutement et la rétention

En 2010-2011, 150 personnes ont pris leur retraite, dont 51 infirmières. Ces départs, joints aux congés de maternité accentuent la pénurie de main-d'œuvre qui touche les soins infirmiers, mais aussi les pharmaciens, les techniciens et de nombreux métiers. Des actions concrètes pour favoriser le recrutement et la rétention se sont poursuivies :

- Un nouvel outil de recrutement s'est ajouté à la panoplie existante: le microsite decouvrir.chus.qc.ca/. Ce site loge des informations renouvelables très facilement et pouvant donc être modifiées rapidement. Le microsite vise à convaincre nos clientèles cibles que nous sommes un employeur de choix et qu'ils doivent postuler chez nous. Le microsite permet également un lien électronique vers « lestrietapplaudit.ca » un site régional.

- Un cadre de référence en développement des compétences a été élaboré et diffusé.

- Le rehaussement des conditions d'emploi des infirmières et infirmières auxiliaires s'est poursuivi afin d'offrir aux employés un poste à temps complet ou à temps partiel qui répond à leurs besoins.

- Des actions visant à diminuer le temps supplémentaire, particulièrement le temps supplémentaire imposé, ont été mises en œuvre dont un projet pilote d'un horaire quotidien de 12 heures la fin de semaine à l'urgence de l'Hôpital Fleurimont.

- La mise en place des mesures des nouvelles conventions collectives nationales a requis plusieurs activités de communication afin de clarifier les dispositions et en assurer une implantation harmonieuse.

4.2.17. Le projet PRIMOSSS

Le projet de partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et en services sociaux (PRIMOSSS) visait à doter l'Estrie de moyens novateurs afin d'assurer une relève qualifiée en nombre suffisant et de permettre la transférabilité et la pérennité des expérimentations et des mesures développées. Il s'est déroulé en deux phases et a pris fin en janvier 2011. Pour le secteur de la santé, la phase I avait notamment conduit à la mise en œuvre de stratégies permettant aux étudiants des programmes d'études ciblés d'occuper des emplois dans le réseau pendant la période estivale. La phase II visait quant à elle à augmenter le nombre de places de stages et le nombre de ressources disponibles pour l'enseignement. Les expérimentations ont permis d'explorer de nouveaux milieux de stages, des modes de supervision indirecte ainsi que de nouvelles approches pédagogiques. Sur le plan stratégique, l'évaluation du projet a permis de constater que le réseautage et le maillage des milieux de la santé et services sociaux et de l'éducation est un résultat inestimable de PRIMOSSS. Au plan opérationnel, les expérimentations et les mesures menées ont généré des gains comme l'augmentation des places de stages et l'utilisation optimale des ressources limitées des deux réseaux. Enfin, pour faire suite à la fin du projet PRIMOSSS, la région

s'est dotée d'une structure régionale afin d'assurer la pérennité de la concertation entre l'éducation et la santé et services sociaux.

4.2.18. La réorganisation du travail

Les projets de réorganisation visent à revoir la structure de poste en fonction des rôles et responsabilités pouvant être attribués aux différents membres de l'équipe de soins en tenant compte de l'interdisciplinarité et des besoins de la clientèle. En revoyant le fonctionnement, les façons de faire sont optimisées, la coordination de l'équipe est facilitée, des améliorations possibles sont identifiées et les outils de travail révisés. Au cours de l'année, onze secteurs de soins ont été touchés, 23 équipes de soins différentes se sont réorganisées et 55 ressources infirmières ont été converties. Les équipes ayant vécu une réorganisation mentionnent les avantages suivants : stabilité des équipes accrue, car les postes sont titularisés, diminution du temps supplémentaire imposé, amélioration du climat de travail, bonification des outils de travail, environnement de travail plus sain.

4.2.19. La transformation de l'organisation du travail (TOT)

Un groupe de onze représentants du CHUS, du CSSS-IUGS, du CSSS de la MRC-de-Coaticook, de la Chaire d'étude en organisation du travail de l'Université de Sherbrooke (CÉOT), du Centre de prévention du suicide JEVI et de l'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (APPAMM) a été formé pour une deuxième recherche-action sur la transformation de l'organisation du travail (TOT) en santé mentale. Ce groupe - connu sous le nom de la communauté stratégique en santé mentale - a terminé la mise en œuvre de projets visant à assurer une plus grande fluidité de l'information, une meilleure continuité d'approche et un accroissement de la connaissance des organismes du réseau. Les membres de cette communauté ont également imaginé d'autres initiatives visant à favoriser encore davantage la collaboration entre les intervenants des diverses organisations œuvrant en santé mentale. Au cours des prochains mois, ce groupe expérimentera de nouvelles initiatives ayant pour but d'accroître la collaboration dont, entre autres, un projet d'actualisation du comité du guichet d'accès en santé mentale (GASMA) sur le territoire de Sherbrooke.

4.2.20. Le soutien aux gestionnaires

Le CHUS a été retenu par le MSSS parmi les neuf projets qui contribueront à améliorer les conditions d'exercices des cadres. Le projet du CHUS, nommé GPS pour « gestionnaires, performance et sens », vise à rendre opérationnel un modèle de gestion de la performance organisationnelle en définissant et mettant en œuvre, à travers une démarche participative et itérative avec les cadres cliniques, des projets qui améliorent à la fois la performance de l'organisation et les conditions d'exercice de leur rôle. Selon le modèle retenu, la performance organisationnelle résulte de la recherche de l'équilibre entre quatre leviers : l'efficience des processus, la qualité des pratiques professionnelles, la parcimonie dans l'utilisation des ressources et la satisfaction des clients. Trois objectifs sont ainsi poursuivis : accroître le temps managérial et clinique des cadres intermédiaires de premier niveau auprès de leurs équipes terrain, habiliter dans l'action les cadres à gérer à partir du cadre de référence « objectif - processus – résultats » et modéliser le système de gestion de la performance organisationnelle pour l'incarner dans la réalité du CHUS. Deux programmes-clientèles et l'équipe des directeurs agissent comme équipes pilotes et ils seront soutenus par une équipe de projet et

des chercheurs. Les apprentissages significatifs, tirés au fur et à mesure de l'action, seront transférés à l'ensemble des cadres.

Toujours afin de soutenir les gestionnaires, un cadre de référence en gestion du changement a été élaboré à partir des bonnes pratiques en la matière, mais enrichi par l'expérience de gestionnaire et d'accompagnateurs du changement. Accompagné de nombreux outils, ce cadre a fait l'objet de plusieurs sessions d'appropriation et est déjà utilisé pour soutenir les gestionnaires dans la mise en œuvre des nombreux changements dans l'organisation.

Enfin, le programme d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres a été restructuré et un programme d'habilitation au poste a été déployé.

4.2.21. Une politique pour une saine alimentation

À compter de l'été 2010, un grand vent de changement a soufflé sur les cafétérias du CHUS baptisées toutes deux « Cafétéria Croque-santé » après un concours mené auprès des employés. La cafétéria du CHUS - Hôpital Fleurimont a été relocalisée dans des locaux plus spacieux, plus lumineux et plus fonctionnels et la cafétéria du CHUS - Hôtel-Dieu a été agrandie. En juin 2010, le CHUS a adopté sa politique pour une alimentation saine qui sera graduellement mise en place d'ici mars 2012. Cette politique vise notamment à offrir des aliments à haute valeur nutritive et à promouvoir la saine alimentation. Premiers effets sensibles : les boissons gazeuses et frites ont été retirées. De plus, l'offre alimentaire a été élargie et une foule de plats et d'aliments nouveaux ont été ajoutés au menu des deux cafétérias. Enfin, les cafétérias respectent les principes de développement durable : vaisselle réutilisable ou compostable, matières recyclables collectées et, à qualité et prix égal, l'achat local est favorisé.

4.2.22. La santé et sécurité au travail

Le CHUS s'est engagé dans une démarche de gestion intégrée des risques dont le premier volet priorisé est la santé et sécurité du travail. Partenaire d'un projet soutenu par l'AQESSS, le CHUS entend déployer en 5 ans un système de management de la santé et sécurité du travail. La première année, les activités suivantes seront priorisées:

- s'approprier une approche axée sur la prévention;
- effectuer l'examen initial;
- évaluer et allouer les ressources;
- déterminer les mécanismes de participation des employés;
- déterminer et suivre les objectifs, cibles SST et les indicateurs;
- planifier le changement;
- accompagner et outiller les gestionnaires.

Soulignons que le CHUS s'est distingué aux Prix innovation de la CSST en Estrie. En effet, le CHUS se retrouvait devant une problématique avec sa chute à linge, les travailleurs devant soulever les poches pesant jusqu'à 10 kilos tout en retenant la porte de la chute à linge. Les postures inappropriées que prenaient les travailleurs présentaient des risques de blessures sans compter qu'ils risquaient d'être frappés par une poche projetée dans la chute à partir d'un étage supérieur. Des convoyeurs pour faire glisser les poches avant leur jet dans la chute et un mécanisme de retenue des portes ont été installés. De plus, des claviers numériques à code d'accès reliés à un

automate programmable sont maintenant en place pour empêcher l'utilisation simultanée de la chute à linge. Toutes ces modifications rendent l'utilisation de la chute à linge sécuritaire. Cette initiative a valu au CHUS - Hôtel-Dieu le titre de lauréat régional dans la catégorie *Organismes publics* et il est maintenant en lice pour la finale nationale.

Axe 4 - Une organisation performante et gérée avec efficience et efficacité

4.2.23. Les suivis de gestion

Les différentes fiches de reddition de comptes des indicateurs retenus aux ententes de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et présentant les explications pertinentes selon le degré d'atteinte des cibles convenues se retrouvent à l'annexe 1.

Pour les indicateurs « ressources humaines » on note que les cibles en termes de taux d'assurance-salaire et de % de postes à temps complet pour les infirmières ont été atteintes et même dépassées. Dans le second cas, notons que des initiatives telles le rehaussement des conditions d'emplois des infirmières ont permis de dépasser la cible de 60 % (60,9 %). Par contre, on constate une augmentation du ratio de temps supplémentaire dans la quasi-totalité des catégories d'emploi. Cette augmentation est en partie liée à la rareté des ressources dans certains titres d'emploi dont les infirmières ou à des embauches beaucoup plus ciblées et réduites, notamment pour le personnel sur les listes de rappel, et ce, afin d'assurer une prestation de travail en temps régulier substantiel pour l'ensemble des employés du CHUS.

En santé mentale, bien que nous n'ayons pas réussi à atteindre les cibles fixées, nous avons déjà expliqué à la section « accessibilité et continuité » les efforts déployés. En chirurgie, les cibles en chirurgies cardiaques surtout pour les catégories B ne sont pas atteintes, principalement dû à la disponibilité limitée des salles et des ressources humaines.

Au niveau des suivis de gestion interne, le tableau de bord du conseil d'administration a été révisé en décembre 2010. Présentant de nouveaux indicateurs, notamment en sécurité des soins, ce tableau de bord est produit quatre fois par année Il est également déposé au comité de direction et en plus des indicateurs quantitatifs, il inclue le degré d'avancement des projets de la planification stratégique. Le tableau de bord de la période 13 peut être consulté à l'annexe 2.

Soulignons en dernier lieu que le financement des activités de l'Hôtel-Dieu agrandi et réaménagé présente toujours un défi. Les volumes d'activités ont augmenté davantage que les nombres pour lesquels nous sommes financés. Il en résulte donc un manque à gagner estimé à plus de 2 M $ (voir annexe 3). En électrophysiologie, l'ouverture de la salle dédiée a généré un compte à recevoir de 796 K $ en 2010-2011.

4.2.24. La logistique hospitalière

Inspiré par les pays les plus avancés en matière de logistique hospitalière - la France, les États-Unis et, au Canada, la Saskatchewan - le CHUS a commencé en janvier 2010 à instaurer une approche de logistique hospitalière au centre de distribution et à la buanderie. La première étape consiste à implanter un système d'information de gestion qui permettra de suivre le mouvement des fournitures et d'en assurer la traçabilité et surtout la sécurité.

Au CHUS, la logistique hospitalière vise à fournir aux équipes cliniques le bon produit, au bon moment, en bonne quantité, en bon état et à moindre coût, de façon à les rendre encore plus disponibles pour les soins. L'approche étant relativement nouvelle, la logistique hospitalière se développe dans l'action. La logistique hospitalière a ainsi été interpellée pour soutenir les travaux importants d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les laboratoires. Avec l'aide du secteur logistique, on a procédé au grand ménage des lieux et des utilités propres ont été aménagées, libérant ainsi les espaces de travail. Le secteur de la logistique poursuivra dorénavant sa collaboration avec les laboratoires et un autre secteur clinique devrait être soutenu au cours de la prochaine année pour mieux gérer ses fournitures.

4.2.25. La gestion de projet

L'année 2010-2011 a vu le bureau de projet se consolider avec l'ajout de nouvelles ressources en gestion de projets et d'une assistante administrative à temps partiel. En plus de permettre d'assigner des professionnels en gestion de projets à des projets stratégiques pour l'organisation, cet ajout a permis d'institutionnaliser le support à la pratique en gestion de projets et de systématiser la gestion du portefeuille de projets du CHUS.

Certains processus importants ont été mis en place, entre autres le processus d'autorisation de démarrage des projets et celui d'autorisation financière des projets; à cet égard, un comité de coordination des projets (CCP) dont le rôle est de veiller à la gestion opérationnelle du portefeuille du CHUS a été mis en place et son fonctionnement a été systématisé.

En termes d'amélioration continue, à la demande du comité de vérification et de suivi budgétaire et investissements du C.A., la pratique en gestion de projets, de programmes et de portefeuille au CHUS a fait l'objet d'un premier audit externe; cet audit a été confié à une firme spécialisée qui a déposé ses recommandations au mois de juin. Le bureau de projets entend systématiser cette pratique qu'il situe au cœur de sa démarche d'amélioration continue.

Sur le plan de la recherche en gestion de projets, le bureau de projets a consolidé son appartenance à la chaire de gestion de projets de l'École des sciences de la gestion de l'UQAM; le CHUS est soit dit en passant le seul établissement non privé et non parapublic à participer à cette chaire.

Finalement, sur le plan du rayonnement du CHUS, en plus de coordonner la table inter établissements des bureaux de projets, le Bureau de projet a organisé le premier colloque provincial des bureaux de projets, tenu à l'Auberge Estrimont d'Orford, ce colloque a attiré dans la région plus de 50 participants provenant de 27 établissements différents, dont les cinq CHU's québécois.

Le portefeuille du BP se compose de plus de 40 projets en cours, dont 20 font l'objet d'un suivi stratégique, et d'une quinzaine d'avant-projets, dans les domaines des immobilisations, des équipements, de la réingénierie des processus de soins et de l'implantation de logiciel. Soulignons qu'un de ces projets, visant la revue des processus afin de réduire les délais d'attente en chirurgie est effectué en collaboration avec le MSSS.

4.2.26. Les révisions de processus

Résolument engagé dans les démarches d'améliorations continues de ces processus, le CHUS a mis en place depuis quelques années déjà une démarche de soutien aux projets Kaizen. En 2010-2011, cinq projets ont été réalisés :

- révision de processus du programme-clientèle en biologie médicale afin de rencontrer les normes d'Agrément Canada;
- révision du processus actuel de réalisation des examens en endoscopie;
- révision du processus actuel de réalisation de la tournée médicale à la néonatalogie;
- révision du processus de préparation des chariots de re-service de médicaments à la pharmacie;
- révision de l'organisation du travail pour les appels de service de l'équipe d'entretien correctif aux installations matérielles.

Également, le CHUS a initié une communauté virtuelle de pratique en amélioration continue afin de partager les apprentissages et les façons de faire dans ce domaine encore peu documenté et dont les méthodologies de réalisation et les stratégies de déploiement sont surtout construites dans la pratique. Le CHUS animera cette communauté de pratique dont le site a été conçu par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) et qui regroupe déjà plusieurs représentants d'établissements du réseau.

4.2.27. Le modèle de gestion intégrée

Suite à une demande du conseil d'administration au printemps 2009, le CHUS a entrepris de se doter d'un modèle de gestion intégrant ses principales préoccupations stratégiques. En effet, les consultations menées notamment auprès des cadres faisaient ressortir plusieurs difficultés : nombreuses priorités non coordonnées, essoufflement, difficulté à trouver un sens, une cohérence et un « fil conducteur » aux nombreuses initiatives mises en œuvre comme 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.

Face à ce constat, l'équipe de direction a entrepris des démarches pour recadrer ses priorités et leur donner du sens et de la cohérence. Après avoir étudié plusieurs modèles de gestion dit mobilisateurs, la direction a choisi un modèle adapté à nos besoins et à notre réalité. Largement inspiré de Kaplan et Norton, il comprend quatre quadrants qui déterminent la performance organisationnelle par l'efficience des processus, la qualité des pratiques professionnelles, la parcimonie dans l'utilisation des ressources et la satisfaction des clients. Il s'agit là des quatre leviers de performance organisationnelle dont l'enjeu est la recherche de l'équilibre entre eux. Comme il a été souligné précédemment, ce modèle intégrateur de la performance organisationnelle sera implanté graduellement, notamment à travers le projet GPS visant également à améliorer les conditions d'exercices des cadres.

Axe 5 - Se doter des ressources nécessaires

4.2.28. L'Hôtel-Dieu

Des investissements de plus de 7 M $ ont permis de poursuivre le réaménagement de locaux à l'Hôtel-Dieu. La rénovation de l'aile A s'est terminée en octobre 2010. Trois unités de soins y ont été rénovées ainsi que les cliniques d'ophtalmologie et d'orthopédie. On a aménagé des secteurs pour

la recherche et l'enseignement ainsi qu'une nouvelle unité de stabilisation rapide en santé mentale, à côté de l'urgence psychiatrique. On a déménagé la pharmacie, rénové les locaux de soutien du bloc opératoire et la salle de réveil en plus d'y ajouter une dixième salle d'opération. La cafétéria a été agrandie et pourvue d'une terrasse extérieure; le secteur de la radiologie a été doté d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les travaux des deux derniers lots du réaménagement, incluant notamment les soins palliatifs, l'endoscopie, la chimiothérapie, le secteur ambulatoire de la santé mentale et l'unité des maladies métaboliques ont débuté en 2011 et se poursuivront jusqu'à la fin de 2011 ou début 2012.

4.2.29. Le plan directeur des technologies et le projet régional (PRIE)

La Direction des ressources informationnelles et technologiques (DRIT) a élaboré un plan directeur des technologies qui va mener le CHUS vers le futur des systèmes RI-TI les plus compétitifs en matière de prestations de soins et de services. Les orientations du plan directeur s'alignent sur les meilleures pratiques dans le domaine de la santé. Bien que de nombreux projets aient été soumis, douze canevas porteurs ont été retenus pour les trois prochaines années.

- informatiser le processus de soins et services professionnels;
- informatiser le bilan comparatif des médicaments;
- informatiser la triade pharmaceutique;
- implanter un système de gestion des activités du bloc opératoire;
- arrimer le continuum Ariane aux systèmes d'information gouvernementaux (SIMASS, SIGDU, PQDCS, etc.);
- implanter un système de gestion d'inventaire adapté au domaine hospitalier;
- informatiser la demande d'admission/requête opératoire;
- élaborer un cadre de référence pour le centre d'information en recherche évaluative en soins et services de santé (CIRESSS);
- élaborer une infrastructure de communication intranet, extranet et Web;
- moderniser l'infrastructure technologique du dossier numérisé;
- rehausser l'infrastructure réseautique pour répondre aux besoins grandissants du CHUS ;
- moderniser l'infrastructure téléphonique.

Tant le personnel soignant que les patients bénéficieront de ces avancées technologiques : amélioration de la prestation des soins et des services, consolidation des processus informatisés, intégration harmonieuse des futures innovations, arrimage et intégration de nouveaux outils au DCI Continuum Ariane Estrie, etc.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a mandaté le CHUS pour déployer le Continuum Ariane en région. Cette année, divers travaux ont eu lieu dont le regroupement des infrastructures au CHUS et la migration de la base de données au format « Caché ». La région s'associe également au DSQ (Dossier de santé du Québec) dans les volets médicaments et laboratoires qui sont en cours d'implantation dans certains CSSS.

4.2.30. Les réaménagements en oncologie

Avec des aménagements d'envergure conçus pour créer une atmosphère relaxante et intime, les patients du centre de chimiothérapie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) reçoivent maintenant leur traitement dans un environnement apaisant et plus favorable à leur rétablissement. Les travaux se sont échelonnés de janvier 2009 à juin 2010. La superficie du centre a plus que doublé – de 582 à 1 264 mètres carrés. Les travaux ont coûté 2,6 M $. Un montant de 2 M $ provient de l'Agence et du CHUS et 600 K $ provient de la Fondation du CHUS, dont un don important de la famille Beaudoin et d'autres dons dédiés à la cause du cancer.

Alors que nous pouvions recevoir environ 26 personnes dans des lieux aménagés pour 14 places, nous pouvons maintenant accueillir 32 personnes dans un environnement qui tient compte des grandes tendances en matière d'aménagement de centres de chimiothérapie. Le nouvel environnement lumineux est apaisant avec de petites sections favorisant la confidentialité et l'intimité. La pharmacie satellite a aussi été agrandie et réaménagée et est maintenant beaucoup plus fonctionnelle. Le personnel prépare les médicaments antinéoplasiques de façon sécuritaire dans une salle blanche, spécifiquement conçue à cet effet. Tant le personnel que les patients bénéficient donc de ce réaménagement.

En 2011-2012, grâce à un don de 1 M $ de la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau des travaux de réaménagement de l'unité d'oncologie pédiatrique seront entrepris dès janvier 2012. À ce don s'ajoute un montant de 1,4 M $ provenant de la Fondation du CHUS et du centre hospitalier qui servira à réaménager les espaces laissés vacants pour des cliniques externes en plus d'offrir un environnement de travail adéquat pour tous les employés de ce secteur.

4.2.31. Les investissements immobiliers et équipements

Des investissements de 38,494 M $ ont été effectués en équipements et travaux en 2010-2011. Outre les réaménagements à l'Hôtel-Dieu, les principaux travaux et aménagements ont été: la cafétéria de Fleurimont (1,6 M $), la modernisation des ascenseurs (950 K $), la réfection des toitures des ailes 4, 5 et 6 (875 K $), la mise à niveau de la laverie et autres travaux (749 K $). Pour les équipements médicaux, les principales acquisitions sont les suivantes : le rehaussement du gamma Knife (4,207 M $), le cyclotron (2,296 M $), l'appareil de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu (1,067 M $), le simulateur de radio-oncologie (780 K $) et les incubateurs pour nouveau-nés (689 K $). D'autres équipements de moins de 500 K $ ont été acquis pour un montant total de 18,242 M $. Précisons que pour les cinq prochaines années à compter de 2010, les revenus provenant du tournoi de golf BRP de la Fondation du CHUS et de ses activités associées, seront dédiés aux priorités reliées au diagnostic et au traitement du cancer.

4.3. L'évaluation de la satisfaction de la clientèle

Depuis janvier 2009, le CHUS a entrepris une démarche d'évaluation structurée de l'expérience des patients. Selon la méthodologie approuvée par le conseil d'administration au printemps 2009, des sondages adaptés aux besoins spécifiques de chaque unité de tous les programmes-clientèles sont réalisés selon un calendrier annuel. Afin de porter un éclairage le plus juste possible sur l'expérience des patients, les données sont recueillies de façon quantitative (questionnaires) et qualitative (entrevues et groupes de discussions). Le processus se déroule en neuf étapes : planification,

collecte de données, analyse des résultats, présentation des résultats au gestionnaire, présentation des résultats aux équipes de soins et aux médecins (en deux étapes si requis), élaboration du plan d'amélioration, mise en œuvre des actions et mesures des impacts. Tout au long de la démarche, les services peuvent bénéficier du soutien de la Direction de la qualité, planification, évaluation et performance. En 2010-2011, 23 unités ont fait l'objet d'une évaluation de la qualité de leurs services, telle que perçue par les patients. 1 520 questionnaires ont ainsi été compilés et 24 entrevues ont été effectuées. Les résultats ont été présentés à 183 infirmières et 68 médecins.

Dans l'ensemble, on constate une grande satisfaction envers les services du CHUS, la satisfaction globale variant de 78,1 % à 100 %, alors que les pistes d'amélioration varient d'une unité à l'autre. Parmi les projets réalisés en 2010-2011 découlant des évaluations, notons la conception d'un aide-mémoire et de la formation pour l'uniformisation de la prise de rendez-vous en imagerie médicale, de nouvelles activités favorisant le rétablissement en santé mentale (soir et fin de semaine) et le développement en cours de feuillets d'accueil à la clinique de prévention de l'insuffisance rénale ainsi qu'en médecine de jour pédiatrique. De plus, certaines évaluations de l'expérience des patients ont été intégrées à l'évaluation globale de différents projets tels que la mise en place du rendez-vous alterné en chimiothérapie et l'amélioration de la tournée multidisciplinaire en néonatalogie. Un guide de rédaction de documents à l'intention des patients a également été produit afin d'aider les professionnels du CHUS à concevoir des documents destinés aux patients et à leurs proches. Ce guide vise à respecter le niveau de littératie des patients soit «leur capacité à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre, à la communiquer et à en prendre acte. Des études démontrent en effet que la littératie en santé favorise l'atteinte de meilleurs résultats cliniques ainsi que le maintien d'une qualité de vie plus élevée. Ce guide sera déployé au cours de la prochaine année.

Enfin, un groupe d'orientation de l'expérience des patients, composé de représentants des directions cliniques, qualité et communications, de la commissaire locale au plaintes et à la qualité et d'un membre du comité des usagers, a permis de cibler deux projets organisationnels transversaux soutenus par le conseil d'administration, soit :

1. Mieux informer les patients hospitalisés lors de leur congé;
2. Mieux informer les patients ambulatoires des urgences.

Ces projets ont débuté en 2010-2011 et feront l'objet d'une implantation graduelle en 2011-2012.

4.4. Les principales mesures de réduction de la Loi 100

En 2010-2011, le CHUS a respecté la cible de réduction des dépenses administratives de 25 % visant les frais de publicité, de déplacement, de congrès et de formation. Cette réduction des dépenses de 2.1 M $ s'est réalisée sans compromettre l'équilibre budgétaire au 31 mars 2011. De plus, le contrôle des dépenses au niveau des centres d'activités administratifs a permis d'absorber la réduction du financement de 165 000 $ imposée par le ministère en lien avec le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux.

Également, des travaux régionaux visent à retenir des projets communs qui permettraient l'atteinte des objectifs de la Loi 100. Ils seront mis en œuvre à compter de 2011-2012.

4.5. La visite d'Agrément

L'année 2010 en a été une d'agrément hospitalier pour le CHUS. Cet exercice a mobilisé l'ensemble des employés, professionnels, médecins, gestionnaires et personnel technique et de soutien autour de l'évaluation de leurs pratiques, de leur environnement de travail et de l'organisation des soins et des services à la clientèle.

Dix-sept séries de normes et 2550 critères de qualité et de sécurité de soins et de services ont fait l'objet, dans un premier temps, d'une autoévaluation puis d'une visite d'Agrément Canada du 6 au 10 juin 2010. Lors de cette visite, les visiteurs ont souligné l'engagement remarquable des intervenants envers la clientèle.

Le CHUS s'est vu décerner un agrément avec conditions. Afin de respecter ces conditions le CHUS a fait les améliorations recommandées et produit deux rapports de suivi en novembre 2010 et en mai 2011. Une visite supplémentaire a également été effectuée par Agrément Canada le 9 mai 2011. À la suite de la déposition des éléments de preuve, la conformité du CHUS a été reconnue pour l'ensemble des critères qui faisaient l'objet des deux rapports et de la visite à l'exception de trois d'entre eux pour lesquels les preuves d'amélioration de la conformité aux normes seront réexaminées à l'automne 2011.

4.6. La sécurité des soins

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action visant à renforcer la culture de sécurité, les actions suivantes ont été mises en œuvre :

Optimiser les processus d'analyse et de rétroaction :

La norme de pratique et gestion (NPG) Déclaration des incidents/accidents, analyse et divulgation des accidents a été révisée et les formulaires d'analyse détaillée et de divulgation sont en cours d'implantation dans les programmes clientèles. Il y a eu formation et sensibilisation du personnel au système de déclaration/analyse/divulgation (230 personnes + journée annuelle des résidents). Enfin, un AH-223 plastifié, de format affiche, permet aux gestionnaires de former leur personnel et de donner de la rétroaction sur les événements spécifiques à son unité a été créé.

Soutenir la réalisation des priorités des équipes d'agrément :

L'année 2010-2011 a été principalement centrée sur le suivi des recommandations de la visite d'Agrément. À cet égard, des améliorations ont été apportées pour neuf pratiques organisationnelles requises :

- fournir des rapports trimestriels sur la sécurité des patients;
- mettre en œuvre un programme d'entretien préventif efficace des équipements, instruments et technologie;
- définir les rôles et responsabilités de tous en ce qui concerne les soins et la sécurité;
- utiliser deux identificateurs de client; établir et mettre en œuvre une liste des abréviations à ne pas utiliser;
- assurer une formation continue et efficace pour les pompes à perfusion;
- évaluer la conformité aux pratiques établies – hygiène des mains;

- transmettre efficacement les renseignements aux points de transition et mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en faire l'évaluation.

Déposer des rapports trimestriels au comité de gestion des risques, au CA et aux équipes :

De nouveaux indicateurs sont inclus au tableau de bord du CA et au comité de gestion des risques et les chefs de service et de programmes reçoivent maintenant leur rapport spécifique sur une base trimestrielle. Le CHUS participe également à une communauté de pratique pan canadienne pour l'élaboration de plan « qualité » et le partage d'indicateurs, et un projet est en cours pour développer des indicateurs communs avec les autres directions de la qualité des CHUs.

Élaborer le cadre intégré de gestion de l'ensemble des risques :

Les principes directeurs pour une meilleure réponse aux risques ont été définis, soit : une orientation stratégique de l'organisation puisque ce dossier constitue une priorité du comité de vigilance et de la qualité, le développement d'une culture de l'organisation incitant tous les employés à gérer le risque, une approche globale et structurée basée sur la norme internationale Z31000 et plus préventive que réactive. La gestion des risques doit de plus être intégrée aux structures de gouvernance et de prise de décisions, afin d'en tenir compte dans les priorités et l'allocation de ressources. La démarche en cours doit permettre de modifier graduellement nos façons de faire en créant une véritable culture de gestion des risques plutôt qu'un exercice administratif, de développer une vision transversale des risques et de leurs impacts amène une meilleure gestion des priorités, de travailler en concertation interdirections, d'uniformiser et intégrer les méthodes et outils et de faciliter le travail des intervenants terrains qui ont à gérer plusieurs risques. Il a été décidé de débuter par la gestion intégrée des risques dans le secteur de la santé et sécurité au travail, soutenu par l'AQESSS.

Communiquer de façon continue et ciblée :

Des stratégies ont été adaptées selon trois types de clientèle : les gestionnaires, les équipes d'amélioration continue, le personnel et les médecins. Ainsi, une sensibilisation aux gestes sécuritaires a été faite dans le journal interne, le calendrier 2010-2011 du CHUS avait comme thème « La sécurité des soins, on en parle, on agit »; un enjeu organisationnel sous le thème « Tous mobilisés pour la qualité et la sécurité des soins ! » a été tenu en septembre 2010 avec tous les gestionnaires. Enfin, une enquête « feedback » a été réalisée par un étudiant au doctorat en psychologie organisationnelle au programme-clientèle de soins critiques et traumatologie afin de décrire et comprendre les obstacles à la compréhension et à l'intégration des rôles et responsabilités des membres du personnel en matière de sécurité des patients et de qualité. À la suite de l'enquête et aux recommandations du rapport, des activités seront planifiées afin d'améliorer les connaissances du personnel, des médecins et résidents en regard de leurs rôles et responsabilités en matière de sécurité des patients. Également, une réflexion est amorcée quant à la valorisation à apporter aux pratiques sécuritaires.

4.6.1. Les constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Le comité sur les « Mesures de contrôle et maintien de l'autonomie », mis en place en février 2009, a poursuivi ses travaux en 2010-2011. Les réalisations suivantes sont à signaler : la tenue d'une formation sur le délirium et d'une campagne de sensibilisation en lien avec les mesures de contrôle, la poursuite de la mise en œuvre du programme de gestion des chutes (en santé mentale et au

secteur ambulatoire du programme cardio-pulmonaire), une formation continue sur l'utilisation sécuritaire des ridelles de lits, la révision du mandat et des modalités de fonctionnement du comité. Le CHUS a également participer à la rencontre provinciale des DSI des CHU sur le dossier « Surveillances constantes et contentions ». Les normes et pratiques de gestion concernant les contentions physiques et l'isolement (comportements perturbateurs) ont été révisées et approuvées à nouveau par le CA en septembre 2010.

Le CHUS forme aussi chaque année environ 35 % des infirmières à l'utilisation des mesures de contrôle. Au 31 mars 2011, c'est 565 infirmières qui avaient été formées en cours d'année. À ce nombre, il faut ajouter les 185 qui ont reçu une formation sur le délirium. Quelque 212 autres employés ont également été formés sur l'utilisation des mesures de contrôle et 33 sur le délirium. Des formations de 15 minutes ont aussi été organisées afin de démontrer, entre autres, la technique pour effectuer les nœuds de contention de manière sécuritaire en collaboration avec les professionnels.

Un cartable intitulé : « Application des contentions physiques – Techniques de soins n° 16.6 », a été diffusé par les conseillères cadres cliniciennes dans chacun de leur secteur. Ce cartable réunit des informations sur les techniques de soins en lien avec les contentions physiques disponibles et autorisées au CHUS ainsi que différentes sources d'information en lien avec l'application des mesures de contrôle comme :

- les normes et pratiques de gestion : contention physique (NPG 3301);
- les normes et pratiques de gestion : isolement (comportements perturbateurs) (NPG 3302);
- les protocoles de gestion des comportements perturbateurs (GCP) (Algorithme et mesures alternatives à la surveillance constante et aux contentions et la directive sur l'utilisation des surveillances constantes).

4.6.2. Les rapports de coroners

Nous avons reçu trois rapports, dont un concernait le CHUS. Les recommandations de ce rapport ont été mises en œuvre, l'une d'elle se rapportant à la conclusion de l'entente avec le Service de police de Sherbrooke et la Sûreté du Québec qui clarifie les mécanismes de collaboration entre les parties. De plus, des directives claires sur les lignes de communication ont été mises en place au Service de la sécurité. Les deux autres rapports ont été acheminés aux personnes concernées, qui verront à mettre en place, s'il y a lieu, les recommandations pertinentes. À cet effet, un nouveau formulaire a été conçu, en collaboration avec la Direction des services professionnels, permettant de mieux transmettre et suivre les recommandations des rapports est à l'essai.

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

Le rapport annuel d'activités 2010-2011 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur a été présenté au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration du CHUS en juin 2011. Ce rapport fait le bilan annuel des activités liées au régime d'examen des plaintes et au respect des droits des usagers et expose les faits saillants relatifs au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance.

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

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

5.1. Le conseil d'administration

Membres au 31 mars 2011

Population

Madame Marjorie Goodfellow
Monsieur Daniel Leblanc

Comité des usagers

Madame Clarisse Codère
Monsieur René Richard

Université

Docteur Pierre Cossette
Madame Luce Samoisette
Docteur Julien LeBlanc
Monsieur Richard Royer

Fondation

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

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Docteur Charles Orfali

Conseil des Infirmières et Infirmiers

Monsieur Claude Pouliot

Conseil multidisciplinaire

Madame Francine Gosselin-Adam

Directrice générale

Madame Patricia Gauthier, directrice générale et secrétaire

Personnel non clinique

Monsieur Jean Girard

Agence (Estrie)

Monsieur Denis Paré
Monsieur Gérald Lapierre

Gouvernement

Monsieur André Lesage

Cooptation

Madame Louise Ostiguy
Monsieur Richard Millette
Monsieur Robert Poupart

5.1.1. Mandat du conseil

Le conseil d'administration gère 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*.

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

	Nombre de réunions	Taux de participation
Conseil d'administration	9	75 %
Comité administratif	5	77 %
Comité de gouvernance	6	83 %
Comité de vigilance et de la qualité	8	88 %
Comité de gestion des risques	7	71 %
Comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	9	89 %
Comité académique	1	60 %
Comité des ressources humaines	5	79 %
Comité de révision des plaintes	2	100 %
Comité de gestion du projet Hôtel-Dieu	2	100 %
Comité du projet d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôpital Fleurimont	1	86 %

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

Membres du comité exécutif au 31 mars 2011

- Docteur Serge Lepage, président
- Docteur Frédéric Croteau, vice-président
- Docteur Étienne de Médicis, secrétaire
- Docteure Valérie Bédard, conseillère
- Docteure Marianne Coutu, conseillère
- Docteur Guy Lacombe, conseiller
- Madame Vicky Lord, pharmacienne, conseillère
- Docteur Marco Sirois, conseiller
- Madame Patricia Gauthier, directrice générale
- Docteur Stéphane Tremblay, directeur des services professionnels

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

Des amendements ont été faits aux règlements du CMDP ainsi qu'une révision de l'ensemble des Règlements des départements cliniques.

Le CMDP a donné les avis favorables suivants au conseil d'administration ou à la Direction générale, entre autres, pour :

- la procréation médicalement assistée;
- le protocole d'entente sur la coordination des interventions visant à assurer la sécurité des usagers, des personnels, des professionnels et de la population en général dans un contexte de soins et services de santé avec les corps policiers de la région de l'Estrie.

Le comité d'examen des titres a recommandé la nomination de douze nouveaux membres au cours de l'exercice.

De plus, il a approuvé plusieurs ordonnances collectives dans les secteurs de l'infectiologie, l'hématologie-oncologie, la médecine interne et l'urgence.

5.2.1. Comité central de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de l'acte

Le comité central de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de l'acte s'est réuni à six reprises au cours de l'exercice.

Plusieurs études par critères explicites en vue d'améliorer la qualité de l'exercice professionnel ont été effectuées, dont certaines recommandations ont été émises s'adressant aux membres du CMDP concernées.

Au cours de l'exercice, les liens entre la Direction de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance, le comité de gestion des risques et le comité ont été maintenus afin d'assurer une meilleure cohésion de tous les acteurs impliqués dans l'amélioration de la qualité au CHUS.

5.2.2. Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie s'est réuni à neuf reprises au cours de l'exercice 2010 2011.

Les principaux changements de pratique :

- approbation de 21 recommandations pour des ajouts, retraits ou modifications à la liste des médicaments;
- mise à jour de la liste de médicaments;
- approbation de sept protocoles, règles d'utilisation ou guides d'utilisation impliquant des médicaments

5.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Depuis la consolidation de la direction adjointe des soins infirmiers en octobre 2010, plusieurs démarches sont en cours afin de relancer le conseil des infirmières et infirmiers.

Monsieur Claude Pouliot a été désigné comme membre du conseil d'administration en septembre 2010, afin de remplacer madame Colette Soukini qui a quitté l'établissement.

En 2011-2012, une assemblée annuelle générale aura lieu à l'automne 2011 et un comité exécutif sera alors créé.

5.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2011
Madame Suzanne K. Bédard, présidente
Monsieur Jean-François Duval, vice-président
Monsieur Éric Labrecque, trésorier
Madame Francine Gosselin-Adam, représentante au conseil d'administration
Madame Isabelle Beauchemin
Madame Julie Caya
Madame Carolyne Chartier
Madame Marise Houle
Madame Jennifer St-Laurent

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

Le conseil multidisciplinaire est un conseil hétérogène regroupant plus de 1000 membres répartis dans 58 professions différentes.

La préoccupation majeure des professionnels au cours de l'année 2010-2011 a surtout porté, et ce, dans plusieurs secteurs, à répondre aux suivis des recommandations d'Agrément Canada.

Au cours de l'exercice, l'exécutif du CM s'est réuni à dix reprises. Il a formulé deux avis favorables au conseil d'administration et à la Direction générale concernant:

- le plan d'action 2010-2012 sur la culture de sécurité au CHUS ;
- le Règlement sur le délai accordé aux médecins, aux dentistes, aux pharmaciens ainsi qu'aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un usager après les services fournis.

Deux comités de pairs ont vu le jour aux archives médicales ainsi qu'au Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel.

Les 29 et 30 mars 2011, s'est tenue l'assemblée générale annuelle du CM dans les deux établissements du CHUS. Le rapport annuel a été déposé et adopté par les membres présents. À cette occasion, l'exécutif du CM a honoré certains membres par des prix de reconnaissance.

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

5.5. Le comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité au 31 mars 2011

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

Au cours de l'exercice 2010-2011, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à neuf reprises. Il a révisé son mandat et ses règles de fonctionnement et il s'est doté de trois priorités annuelles :

Assurer le suivi des recommandations de l'Agrément 2010 et des plans d'action des équipes d'amélioration continue de la qualité :

Des suivis réguliers sont présentés aux membres tels que : les bilans des suivis à la visite, les suivis sur les pratiques organisationnelles requises et l'évolution des plans d'action des équipes d'amélioration de la qualité.

Le comité a également approuvé les redditions de compte en matière de qualité et sécurité qui doivent être effectuées auprès du conseil d'administration et de ses comités.

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

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

Le comité s'est doté de deux nouveaux outils de travail. Le bilan consolidé, qui répertorie toutes les actions « qualité – sécurité », présenté une fois par année, soit après le dépôt du rapport annuel du CHUS. Le deuxième document est un outil de suivi des recommandations des diverses

instances reliées à la qualité. Ce document est présenté lorsqu'il y a des modifications aux suivis ou de nouveaux ajouts.

Le comité a approuvé les rapports annuels du comité de gestion des risques, du comité des usagers, du comité de protection des renseignements personnels et de sécurité, du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du comité d'accessibilité aux services en langue anglaise. Il a également approuvé le bilan ainsi que les recommandations du groupe d'orientation de l'expérience des patients.

Il a assuré un suivi sur les délais pour les examens en attente de lecture, les statistiques d'infections nosocomiales, les statistiques sur les bactériémies de l'Institut national de la santé publique du Québec, les rapports de coroners et les recommandations du Protecteur du citoyen. Il a pris connaissance du rapport annuel et des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

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

Il a été convenu que le comité de gestion des risques surveillerait les risques directement reliés aux patients et que le comité de vigilance et de la qualité surveillerait les autres types de risques. Les membres ont approuvé un projet de cadre de référence en gestion des risques, adaptée de la norme internationale Z-31000, qui sera bonifié suite à nos expérimentations. En effet, d'ici trois ans, le CHUS aura complété un programme intégré, en débutant avec la santé et sécurité au travail, soutenu par l'AQESSS. La démarche qui sera développée en santé et sécurité au travail sera graduellement adaptée à l'ensemble des autres risques de l'organisation. Le comité de vigilance et de la qualité assurera le suivi des résultats de la démarche.

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

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

- De maintenir un recrutement actif de bénévoles dans la communauté d'expression anglaise afin de continuer de répondre aux besoins exprimés par les usagers et leurs proches hospitalisés ou en visite au CHUS.
- Que le service des bénévoles s'inscrivent à l'audit de qualité de ses services afin d'adhérer à « Bénévoles Canada ».
- Sur recommandation du groupe d'orientation, d'approuver la réalisation de ces deux projets :
  - Afin de donner suite au sondage effectué aux urgences en 2009, trouver des solutions pour que les patients comprennent mieux le fonctionnement des urgences, les cotes, et les délais d'attente et ainsi améliorer leur perception du temps d'attente en les informant mieux;
  - Avec la participation du comité des usagers et d'une aide financière du Fonds Brigitte-Perreault, diminuer la confusion chez le patient lors du congé en développant un outil standardisé d'information pour le CHUS.
- L'adoption de quatre normes et pratiques de gestion :
  1201 - Politique de sécurité des actifs informationnels;
  1701 - Procédure d'examen des plaintes des usagers;
  1703 - Déclaration des incidents/accidents, analyse et divulgation des accidents;
  2203 - Délai accordé pour compléter le dossier d'un usager.

5.6. Le comité des usagers

Membres du comité au 31 mars 2011

Monsieur Denis Marceau, président
Madame Louise Gagnon Hotte, vice-présidente
Monsieur Yoland Chalifoux, secrétaire-trésorier
Madame Ruth Atto
Madame Debbie Bishop
Monsieur Normand Chailler
Madame Isabelle Doyon
Madame Ouida Moliner
Monsieur René Richard, membre du conseil d'administration

Au cours de l'exercice 2010-2011, le comité des usagers s'est réuni à dix reprises. De plus, il a tenu une assemblée générale suivie d'une assemblée d'élections et une-journée de formation pour ses membres. De plus, des membres étaient présents au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers et au colloque sur la promotion des droits.

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

- collaborer avec la Direction des communications et des affaires publiques pour la mise à jour des sites intranet et internet;
- planifier l'installation de boîtes à suggestions;
- effectuer la conception d'un nouveau dépliant promotionnel;
- réaliser une publicité du comité des usagers sur le téléviseur des deux urgences et au canal VOX.

Quelque 93 interventions ont été effectuées auprès des usagers (assistance, plainte, etc.) comparativement à 35 l'an dernier.

Des invitations ont été lancées à divers groupes ou organismes afin de tisser des liens : PRO-DEF Estrie (santé mentale); membres du C.A. du Fonds Brigitte-Perreault; CAAP-Estrie (Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes).

Aussi, le comité des usagers exerce un partenariat étroit avec la Direction de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance, plus particulièrement pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle, notamment le projet d'évaluation pour les salles d'urgence dont le comité avait été l'investigateur. De ce fait, le comité des usagers participe aux deux projets d'amélioration de l'expérience des patients approuvés par le conseil d'administration, chapeautés par un groupe d'orientation.

5.7. Le comité de gestion des risques

Membres du comité au 31 mars 2011

Docteure Colette Bellavance, présidente du comité central d'évaluation de l'acte
Madame Maryse Berthiaume, Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel
Madame Lise L. Blais, comité de prévention des infections
Monsieur Réal Caouette, usager
Docteur Pierre Charron, Faculté de médecine et des sciences de la santé
Docteure Stéphanie Désilets, résidente
Monsieur Miguel Esmeral, Service de génie biomédical
Madame Sylvie Gatien, Direction interdisciplinaire des services cliniques
Madame Linda Hubert, Direction de la qualité, planification, évaluation et performance
Madame Cécile Lafrenière, gestionnaire de risques
Madame Colette Lavoie, usager
Docteure Valérie Leblanc, conseil des médecins, dentistes et pharmacie
Monsieur Renald Lemieux, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions
Madame Hélène Loiselle, conseil des infirmiers et infirmières
Monsieur Serge Maltais, Département de pharmacie
Madame Liliane Mercier, conseil multidisciplinaire
Monsieur René Richard, conseil d'administration

Le comité de gestion des risques a eu huit rencontres en 2010-2011. Lors de ces rencontres, le responsable de ces comités partenaires et/ou d'un dossier spécifique ont été rencontrés afin de connaître leurs grands évènements de l'année, si les objectifs qu'ils s'étaient fixés avaient été atteints et quels étaient leurs prochains enjeux :

- Comité des mesures d'urgence;
- Comité de prévention des infections;
- Comité de santé et sécurité au travail;
- Comité pharmaco thérapeutique;
- Comité sur les mesures de contrôle et maintien de l'autonomie;
- Gestion des équipements médicaux ;
- Comité de radioprotection.

Le comité a assuré le suivi :

- de quatre événements sentinelles;
- des pratiques organisationnelles requises;
- du plan d'action sur la culture de sécurité;
- des bilans des rapports d'incidents/accidents.

Également, les membres ont été informés de l'évolution et/ou de la prise en charge de différents dossiers visant à assurer la prestation sécuritaire des soins :

- les pompes intelligentes;
- les indicateurs biologiques à la stérilisation;
- une analyse de causes souches en pharmacie;
- la gestion des alertes médicales;
- l'audit sur le lavage des mains;
- le rapport de l'INSPQ- bactériémies.

5.7.1. Recommandations au comité de vigilance et de la qualité

Les membres ont recommandé :

- l'adoption de la NPG 1703 - Déclaration des incidents/accidents, analyse et divulgation des accidents;
- l'adoption de la reddition de compte et de la gouvernance en matière de qualité et sécurité, qui seront inclus au programme de gestion intégrée de la qualité.

5.7.2. Les principaux risques d'incidents/accidents

Incidents/accidents déclarés au formulaire AH-223	2010-2011	2009-2010
Médicaments	2 762	2 484
Chutes	1 282	1 343
Autres	2 270	2 587
Total	**6 314**	**6 414**

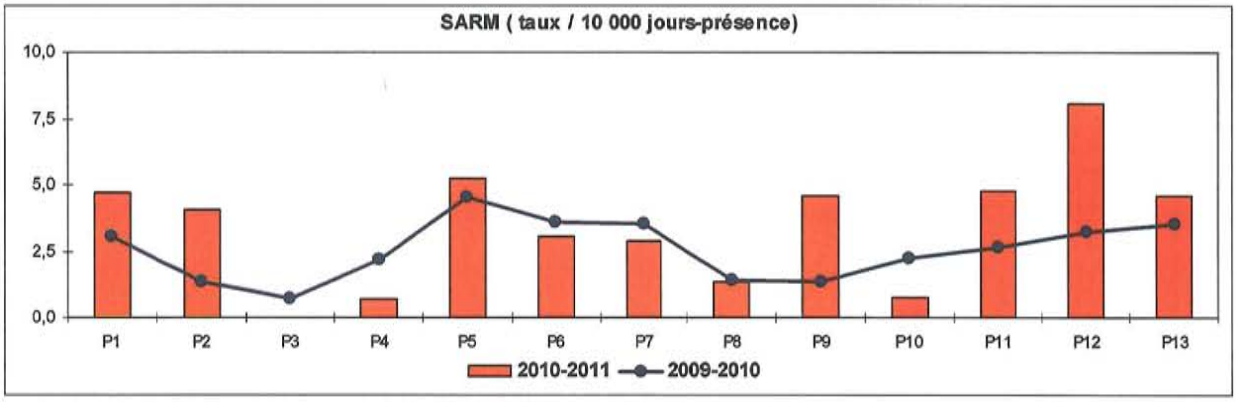
Conformément aux normes d'agrément, nous avons commencé en 2010-2011 à fournir des indicateurs de sécurité au conseil d'administration. Ainsi, le taux de déclaration des unités de soins par 1000 jours-présence a été de 19,32. Soulignons que les unités de soins représentent plus de 70 % des déclarations, d'où l'intérêt de suivre l'évolution de cet indicateur. Des indicateurs comparables seront disponibles à compter de l'an prochain.

Unités de soins	Cumulatif période 13		
	N^{bre} déclarations	Jours-présence	Décl. / jrs-présence x 1000
Total déclarations des unités de soins	**4 516**	**233 740**	**19,32**
Médicaments des unités de soins	2 096	233 740	8,97
Chutes des unités de soins	1 183	233 740	5,06
Total des événements déclarés	**6314**		
Nombre total d'incidents déclarés	3938	62%	
Nombre total d'accidents déclarés	2376	38%	

5.7.3. Les types d'infections nosocomiales

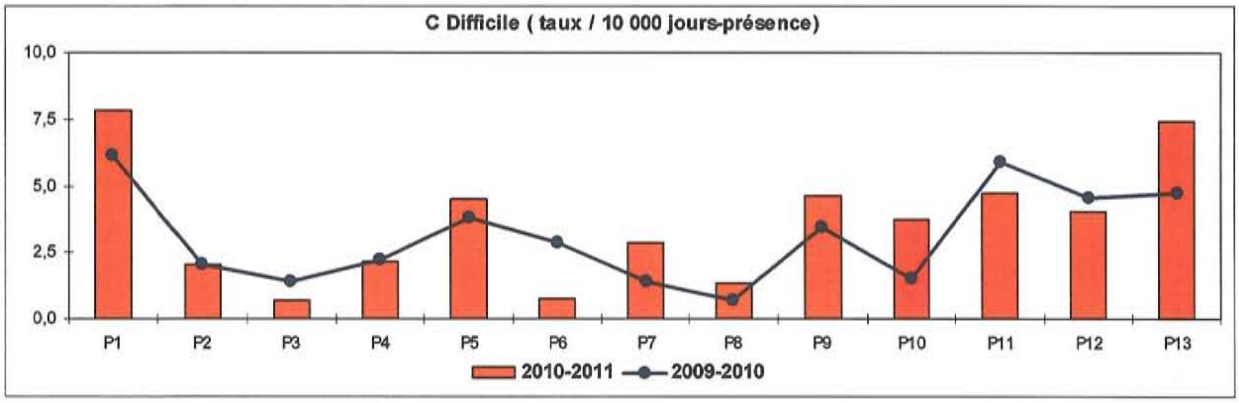
SARM

Le taux global d'infection nosocomiale à SARM pour l'année 2010-2011 est de 3.5 (nombre de cas / 10000 jours / présence) par rapport à l'année 2009-2010 dont le taux était de 2.6.



Clostridium difficile

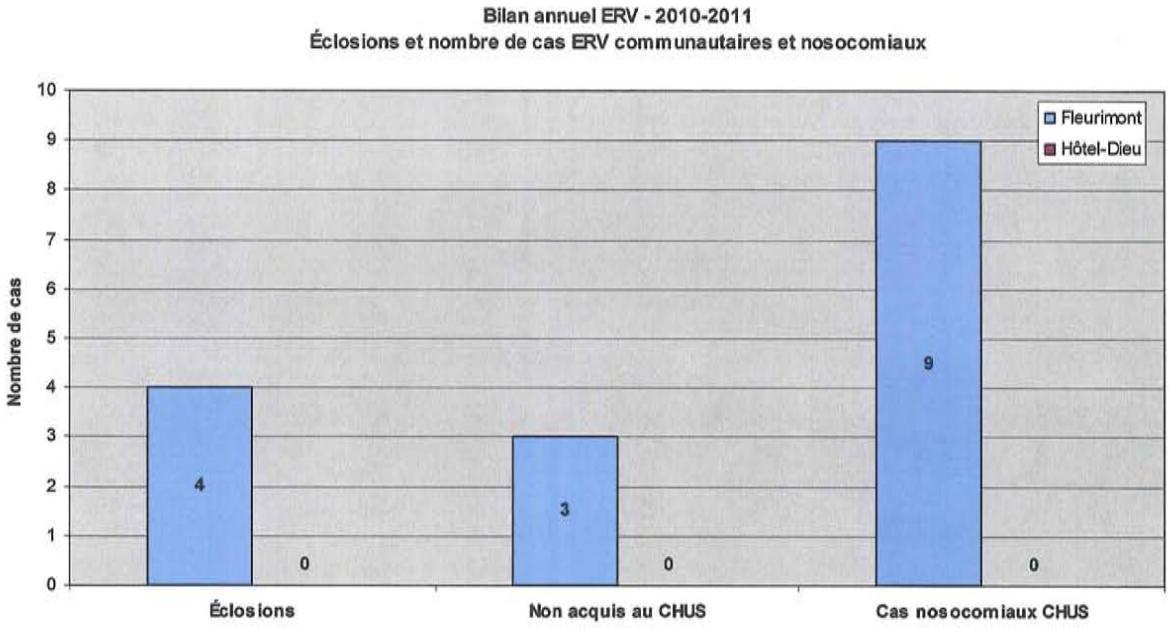
Le taux global d'infection nosocomiale à C. difficile pour l'année 2010-2011 a aussi augmenté pour se situer à 3.6 (nombre de cas / 10000 jours / présence), alors que pour l'année 2009-2010 le taux était de 3.2.



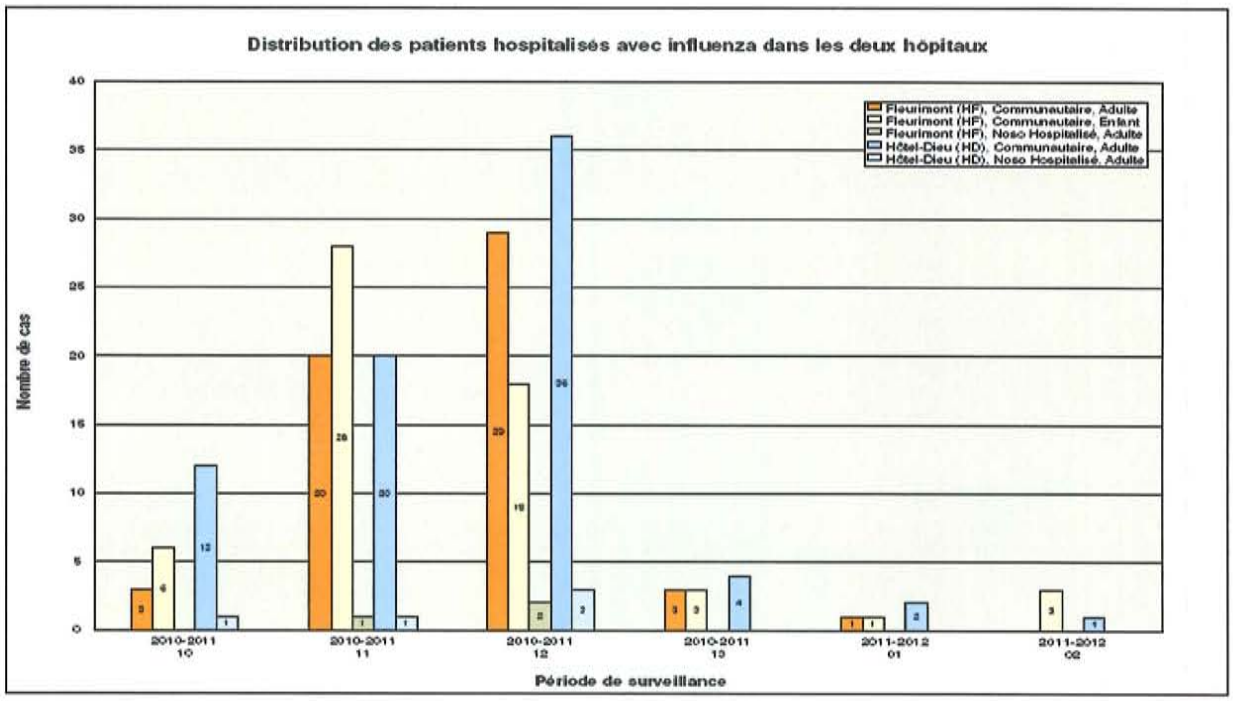
Pour les infections nosocomiales à C. difficile, malgré une augmentation par rapport à 2009-2010, nos taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10000 jours / présence selon les caractéristiques des centres hospitaliers demeurent inférieurs au taux moyen du Québec qui est de 7.7 pour les CH ≥ 250 lits et de 7.8 pour les CHU.

Ces résultats obtenus méritent de souligner les efforts du personnel sur le terrain, au centre de l'application des mesures pour le contrôle du SARM et du Clostridium difficile.

ERV



Influenza



6. LES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2011

	Exercice Courant 1	Exercice précédent 2
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre		
Temps complet, nombre de personnes	134	130
Temps partiel		
Nombre de personnes	3	3
Équivalents temps complet	1	2
Personnel régulier		
Temps complet, nombre de personnes	2 531	2 416
Temps partiel		
Nombre de personnes	1 290	1 377
Équivalents temps complet	719	758
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 150 657	2 155 757
Équivalents temps complet	1 177	1 180

6.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2011

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 :

	2010-2011	2009-2010
Spécialistes	468	446
Omnipraticiens	143	135
Pharmaciens	53	48
Total :	**664**	**629**

7. ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2011 ET ANALYSE DES RESULTATS DES OPERATIONS

7.1. Résultats du fonds d'exploitation – activités principales

	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS		
Agence et MSSS	338 386 728	332 909 452
Usagers	8 399 658	8 221 244
Ventes de services	9 453 323	9 509 667
Autres revenus	6 081 608	5 492 051
TOTAL DES REVENUS	362 321 317	356 132 414
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	242 149 044	239 943 465
Médicaments	22 140 254	21 267 580
Produits sanguins	9 787 405	9 702 721
Fournitures médicales et chirurgicales	38 857 919	37 693 443
Denrées alimentaires	3 055 591	2 914 070
Créances douteuses	576 863	208 600
Autres charges	49 998 511	49 034 221
TOTAL DES CHARGES	366 565 587	360 764 100
EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS DES ACTIVITÉS PRINCIPALES*	(4 244 270)	(4 631 686)

*Note : Déficit autorisé au fonds d'exploitation de 4 731 096 $.

7.2. Résultats du fonds d'exploitation – activités accessoires

	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS		
Financement public et parapublic	8 916 116	5 618 170
Régie d'assurance maladie du Québec	31 203 816	28 810 757
Revenus commerciaux	1 029 534	998 014
Autres revenus	7 811 755	11 849 188
TOTAL DES REVENUS	48 961 221	47 276 129
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	42 453 350	38 661 191
Autres charges	6 745 141	6 601 098
TOTAL DES CHARGES	49 198 491	45 262 289
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	(237 270)	2 013 840

7.3. Bilan du fonds d'exploitation

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	12 992 942	12 890 459
Débiteurs - Agence et MSSS	39 083 335	5 511 654
Autres débiteurs	9 190 788	9 097 268
Charges payées d'avance	1 642 152	1 440 123
Stocks	9 436 643	10 441 628
Autres éléments	13 608	5 460
Total de l'actif à court terme	72 359 468	39 386 592
SUBVENTION À RECEVOIR - RÉFORME COMPTABLE	28 521 281	28 171 463
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS	1 590 169	621 551
TOTAL DE L'ACTIF	102 470 918	68 179 606
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
Découvert de banque	5 538 722	13 075 890
Emprunts temporaires	24 000 000	27 000 000
Autres créditeurs	72 747 152	65 716 927
Dettes interfonds	677 083	1 518 829
Revenus reportés (activités principales)	2 494 500	1 858 624
Revenus reportés (activités accessoires)	13 729 652	10 723 279
Total du passif à court terme	119 187 109	119 893 549
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF	574 398	465 969
TOTAL DU PASSIF	119 761 507	120 359 518
SOLDE DE FONDS	(17 290 589)	(52 179 912)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	102 470 918	68 179 606

7.4. Bilan – autres fonds

	Fonds à destination spéciale $	Fonds en fiducie $
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	374 193	5 243
Autres débiteurs	1 584 431	
Créances interfonds	102 243	
TOTAL DE L'ACTIF	2 060 867	5 243
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
Sommes confiées en fiducie à l'établissement		5 243
PASSIF À LONG TERME		
Revenus reportés	2 060 867	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 060 867	5 243

7.5. Principales données opérationnelles

	Exercice courant	Exercice précédent	Variation Nombre	Variation %
Hospitalisations - admissions	31 735	31 695	40	0,13
Jours-présence	233 740	231 985	1 755	0,76
Durée moyenne de séjour				
soins généraux et spécialisés	7,50	7,41	0,09	1,21
pédiatrie	4,25	4,35	(0,10)	(2,30)
soins psychiatriques	24,78	26,43	(1,65)	(6,24)
natalité - séjour de la mère	2,83	2,91	(0,08)	(2,75)
natalité - séjour de l'enfant	3,92	3,81	0,11	2,89
Médecine de jour - usagers	17 152	17 739	(587)	(3,31)

Données opérationnelles (suite)	Exercice courant	Exercice précédent	Variation Nombre	Variation %
Bloc opératoire - usagers				
hospitalisés	9 203	9 140	63	0,69
ambulatoire	5 601	5 601	0	0,00
chirurgie d'un jour	11 674	11 560	114	0,99
TOTAL :	26 478	26 301	177	0,67
Urgence				
visites	87 264	87 970	(706)	(0,80)
patients sur civières	46 705	45 745	960	2,10
ambulances	18 571	17 889	682	3,81
Consultations externes				
santé physique - visites	213 558	202 721	10 837	5,35
santé mentale - usagers	4 317	3 815	502	13,16
Centres d'activités diagnostiques et thérapeutiques - accroissement de volume d'activités				
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle (UTP)	501 795	424 800	76 995	18,13
Laboratoires (procédures)	5 409 555	5 112 902	296 653	5,80
Consultations externes (visites)	213 558	202 721	10 837	5,35
Médecine nucléaire et TEP (UTP)	1 600 559	1 544 235	56 324	3,65
Radio-oncologie (UTP)	1 849 996	1 794 239	55 757	3,11
Centres d'activités - réduction de volumes d'activités				
Inhalothérapie (UTP)	3 880 413	4 282 325	(401 912)	(9,39)
Électrophysiologie (UTP)	2 288 654	2 505 314	(216 660)	(8,65)
Dialyse rénale (traitements)	34 068	34 956	(888)	(2,54)
Hémoto-oncologie (traitements)	11 802	11 949	(147)	(1,23)

7.6. Intérêt économique dans un organisme

La Fondation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Inc. (la Fondation), constituée selon la partie III de la Loi sur les compagnies (Québec), a pour objet de recueillir les contributions versées en faveur de notre établissement. Durant l'exercice, l'établissement a obtenu des dons de la Fondation pour un montant de 5 660 776 $. Au 31 mars 2011, on retrouve un montant de 1 572 068 $ à recevoir de la Fondation au niveau du fonds à destination spéciale.

De même, l'établissement a facturé à la Fondation un montant total de 942 030 $ pour différents services. Au 31 mars 2011, on retrouve un montant de 54 100 $ à recevoir.

7.7. 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 2010-2011, aucun cas de manquement n'a été constaté par les instances disciplinaires.

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

BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE,
2010-2011

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

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 résultats et l'information 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 l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données de l'information et des explications qui y sont présentées. Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2010-2011 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

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 présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière 2010-2011 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 2011.

Signé à Sherbrooke le 13 mai 2011

Nom : Mme Patricia Gauthier

Titre : Directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Rétention et mieux-être au travail

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (5.2.1)	Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type entreprise en santé

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,36%	5,30%	5.07% (P12)
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	57,1%	60,0%	60.9%

Commentaires

En 2010-2011, le ratio d'assurance-salaire s'est beaucoup amélioré comparativement à l'an dernier. De plus, le résultat se situe en dessous de la cible fixée.

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

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

Concernant le pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières, le CHUS a réussi à dépasser la cible de 60%, notamment grâce à des initiatives telles que le rehaussement des conditions d'emploi des infirmières. La contribution des infirmières en temps régulier est donc très significative et maximisée.

Nom : Sasha Cardinal / Pierre-Albert Coubat	Date : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (5.1.5 et 5.1.6)	Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité et réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activités cliniques

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
3.5[4] Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du personnel du réseau			
3.5.1 Infirmières	5,45%	5,70%	6.04% (P12)
3.5.2 Personnel du réseau	3,33%	Suivi	3.94% (P12)
3.6[4] Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers			
3.6.1 Infirmières	0,00%	0,66%	0,00% (P12)
3.6.2 Infirmières auxiliaires	0,00%	Suivi	0,00% (P12)
3.6.3 Préposés aux bénéficiaires	0,00%	Suivi	0,00% (P12)

Commentaires

On constate une augmentation du ratio de temps supplémentaire dans la quasi-totalité des catégories d'emploi. Cette augmentation est en partie liée à la rareté des ressources, ce qui a pour impact que les ressources en place sont beaucoup plus sollicitées pour faire du temps supplémentaire.

- Dans le secteur des soins, l'augmentation des heures travaillées en temps supplémentaire par les infirmières est liée à une la pénurie de personnel dans ce regroupement de titres d'emploi.

- Pour les autres catégories d'emploi, l'augmentation du ratio de temps supplémentaire s'explique en partie par des embauches beaucoup plus ciblées et réduites, notamment pour le personnel sur les listes de rappel, et ce, afin d'assurer une prestation de travail en temps régulier substantiel pour l'ensemble des employés du CHUS.

Différentes actions ont été entreprises pour limiter la réalisation de travail en temps supplémentaire :

- Maximiser le travail effectué en temps régulier des infirmières
- Maximiser la contribution d'employés œuvrant dans d'autres titres d'emploi
- Limiter autant que possible la réalisation de travail en temps supplémentaire imposé

Pour ce qui est de la main-d'œuvre indépendante, au CHUS, nous avons décidé de ne pas y avoir recours. Nous avons fait le choix de miser sur nos employés et sur le développement des compétences de nos ressources humaines. Ainsi, plutôt que d'avoir recours à une main-d'œuvre indépendante coûteuse provenant des agences privées, nous misons sur différents projets associés à la révision des modes d'organisation du travail, l'optimisation des horaires et le rehaussement des conditions d'emploi.

Nom : Pierre-Albert Coubat	***Date :*** 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Contrôle des infections nosocomiales

Objectifs de résultats	Diminuer les taux d'infections nosocomiales

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	Ratio CHU : 0,83	1/100 lit	0.97
	Ratio PSY : 0,99	1/250 lit	0.99

Commentaires

Nous avons 7 postes d'infirmières en prévention des infections excluant la conseillère-cadre.

Le taux global d'infection nosocomiale à SARM pour l'année 2010-2011 est de 3.5 (nombre de cas / 10 000 jours/présence) par rapport à l'année 2009-2010 dont le taux était de 2.6.

Le taux global d'infection nosocomiale à C. difficile pour l'année 2010-2011 a aussi augmenté pour se situer à 3.6 (nombre de cas / 10 000 jours/présence), alors que pour l'année 2009-2010 le taux était de 3.2.

Pour les infections nosocomiales à C. difficile, malgré une augmentation par rapport à 09-10, nos taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 jours/présence selon les caractéristiques des CH demeurent inférieurs au taux moyen du Québec qui est de 7.7 pour les CH ≥ 250 lits et de 7.8 pour les CHU.

Ces résultats obtenus méritent de souligner les efforts du personnel sur le terrain, au centre de l'application des mesures pour le contrôle du SARM et du Clostridium difficile.

Nom : Lise L. BLais	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Contrôle des infections nosocomiales**

Objectifs de résultats	Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocominiales

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	En place	En place	En place
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Non	Adopté	Non

Commentaires

Le programme de prévention et de contrôle des infections est élaboré et la validation auprès des membres de l'équipe de prévention des infections est terminée. Il sera déposé en mai à la direction interdisciplinaire des services cliniques pour être adopté au CA par la suite.

Nom : Lise L. Blais	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (2.2.6)	Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves : - Nombre de places en suivi intensif dans le milieu (SIM) 100 places / 100 000 adultes - Nombre de places des services de soutien d'intensité variable (SIV) 250 places / 100 000 adultes

Indicateurs	*Résultats[4] 2009-2010*	*Cibles[5] 2010-2011*	*Résultats[6] 2010-2011*
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	29,2	0,0	19.7
1.8.6 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	13,8	12,0	7.8

Commentaires

1.8.5 Le nombre de places en soutien variable a diminué pour l'année 2010-2011. Nous sommes à compléter le transfert des patients vers la première ligne et prévoyons avoir terminé l'exercice d'ici septembre 2011.

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

Nom : Johanne Simard	**Date** : 13 mai 2011

[4] Résultats en date du 31 mars 2010.
[5] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[6] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Urgences – santé mentale**

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.6)	Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures ou moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence; - Au plus 15% de patient séjournant 24 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	34,8	≤ 18,0	32,4
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	23,5%	0,0 %	22,9%
1.8.81[4]	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	41,1%	Suivi	44,0%

Commentaires

La durée moyenne de séjour des patients sur civière en santé mentale a légèrement diminué comparativement à l'an dernier, passant de 34.8 à 32.4. La problématique des lits sur les unités de soins occupés par des patients en attente de transfert demeure entière et explique, en bonne partie, notre contre-performance. Cela dit, nous ne devons pas négliger non plus un alourdissement des besoins et de la condition de la clientèle.

En 2010-2011, il y avait en moyenne 11 patients dans nos lits dressés en attente de transfert vers une ressource d'hébergement. Ce nombre est demeuré stable comparativement à 2009-2010. Nous devrons nous pencher sur cette situation avec nos partenaires, car un certain nombre de ces situations pourraient être corrigées en modifiant des pratiques d'intégration en ressource dans la communauté avec l'objectif d'éliminer les délais indus. La disponibilité de places de transition dédiée à la clientèle en attente de transfert, fait aussi partie des solutions à envisager dans les meilleurs délais. Un cadre de référence portant sur l'admission, le transfert et le congé des patients implanté en janvier 2009 est présentement en révision tel que stipulé dans le plan de désengorgement de l'urgence Hôtel-Dieu, volet santé mentale.

Nom : Johanne Simard	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Santé mentale

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.7)	Assurer l'accès aux services spécialisés de 2e et 3e ligne à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	168	33	167

Commentaires

Pour les usagers de plus de 18 ans, nous avons connu une hausse du nombre d'évaluations de la part des psychiatres du CHUS. En effet, l'an dernier nous avions 168 usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne était supérieur à 60 jours et au 31 mars 2011, nous avons 124 usagers.

Pour les moins de 18 ans, nous notons une augmentation des références en pédopsychiatrie. Nous sommes à signer une entente avec le CRDI-TED concernant la clientèle DI-TED requérant des services des deux établissements.

Nom : Johanne Simard / Thérèse Blais	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Urgences – santé physique**

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.6)	Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures ou moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence ; - Au plus 15% de patient séjournant 24 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	13,2	≤ 12,0	13.4
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	15,1	≤ 11,9	14.8
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,6%	1,0%	2.8%
1.9.31[4] Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	15,2%	Suivi	15.8%
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	2,3%	1,5%	1.7%
1.9.41[4] Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	21,3%	Suivi	21.0%

Commentaires

Des efforts sont faits au quotidien pour améliorer la durée de séjour de nos patients et plus particulièrement, cette clientèle âgée prise avec diverses problématiques. Cette clientèle âgée requiert plusieurs demandes de consultation et d'examens diagnostiques. Le séjour de 48 heures et plus sur civière pour des personnes de 75 ans et plus s'est amélioré comparativement à l'année précédente passant de 2.3% à 1.7%. Nous constatons un équilibre dans le partage de cette clientèle entre les deux sites, ce qui explique une amélioration du pourcentage de séjours de plus de 48 heures.

En 2010-2011, le séjour moyen global sur civière dans les urgences est demeuré similaire comparativement à 2009-2010, passant de 13.2 à 13.4.

Pour 2011-2012, nous suivrons l'impact de la modification de la nouvelle codification au triage à l'urgence. Cette nouvelle codification pourrait avoir un impact sur les activités cliniques.

Nom : Luc Lizotte	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] 1.9.31 et 1.9.41 = Indicateurs en suivi ajoutés durant l'année 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Médecine et chirurgie**

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.5)	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

	Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.9.7	Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	96,6%	90,0%	97.9%

Commentaires

En 2010-2011 le suivi des délais s'est poursuivi de façon rigoureuse. Le temps supplémentaire et la réorganisation constante du service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir le taux d'accès le plus près possible de 100 %.

Nom : Josée Dion	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Médecine et chirurgie**

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.4)	Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis en **hémodynamie** : - Catégorie A : moins de 2 semaines - Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A :	99%	100%	98%
Catégorie B :	99%	90%	89%

Commentaires

Plusieurs actions ont été réalisées afin que nous soyons en mesure de respecter nos cibles en hémodynamie. En novembre dernier, nous avons ouvert une salle dédiée entièrement à l'électrophysiologie nous permettant de réaliser des interventions en électrophysiologie, ce qui a permis de reprendre les interventions à temps complet dans les deux salles d'hémodynamie.

La baisse dans la catégorie B est due à la non-disponibilité de salle ou des patients pour raisons médicales ou personnelles. Le système SGAS ne nous permet pas de modifier les dates de disponibilité ce qui induit une augmentation de la « non-disponibilité ».

Nom : Linda Cormier	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Médecine et chirurgie

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.4)	Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis en **chirurgie cardiaque** : - Catégorie A : moins de 2 semaines - Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A :	88%	100%	95%
Catégorie B :	87%	90%	73%

Commentaires

Pour les chirurgies cardiaques, les priorités 1 et 2 sont toujours priorisées. Par contre, la disponibilité des ressources (anesthésistes, infirmières) et l'ensemble des spécialités chirurgicales, pour lesquels nous devons assurer l'accessibilité, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques. Les disponibilités des ressources infirmières aux soins intensifs sont aussi un facteur influençant l'atteinte des cibles.

Nom : Linda Cormier	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Médecine et chirurgie

Objectifs de résultats 2010-2015 dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.4)	Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis en **électrophysiologie** : - Catégorie A : moins de 72 heures - Catégorie B : de 72 heures à 3 mois

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A :	96%	100%	93%
Catégorie B :	31%	60%	27%
1.9.10.1[4] Nombre d'**ablations simples** réalisées en électrophysiologie	127	267	147
Nombre d'**ablations complexes** réalisées en électrophysiologie	56	125	125
Nombre d'**études diagnostiques** réalisées en électrophysiologie	33	80	34

Commentaires

Afin d'éviter des délais importants pour les priorités de la Catégorie A, l'emphase a été mise sur celles-ci. En même temps, l'information au sujet de l'ouverture officielle de la salle était transmise et le nombre de demandes d'interventions a augmenté de façon considérable (certains patients étaient auparavant directement dirigés vers Montréal ou Québec, faute de service en région). Depuis la période 9, soit depuis l'ouverture de la salle à temps complet le pourcentage de demandes réalisées de catégorie A, a par le fait même augmenté passant de 88% (avant l'ouverture de la salle) à 93%

Dû au retard de l'ouverture de la salle en électrophysiologie, nous n'avons pu atteindre les cibles fixées pour les ablations simples et les études diagnostics.

Nom : Linda Cormier	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Santé physique - chirurgie

Objectifs de résultats	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour, d'une chirurgie avec hospitalisation et ou d'une chirurgie bariatrique

Indicateurs		*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	175	190	169
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	192	200	187
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	3 129	3 300	3370
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataracte et bariatrique d'un jour)	7 654	7 900	7387
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH, PTG, cataracte et bariatrique avec hospitalisation)	7 254	7 300	7404
1.9.15.1[4]	Nombre de chirurgies bariatriques réalisées – TOTAL	25	55	29
	- Avec pose d'anneau gastrique	3	10	1
	- Sans pose d'anneau gastrique	22	45	28

Commentaires

Notre engagement à l'entente de gestion était de réaliser des chirurgies supplémentaires dans des domaines ciblés en respect de la priorité à accorder à la chirurgie oncologique.

1.9.11 et 1.9.12 Nous avons dû composer avec les priorités opératoires et les listes d'attentes des orthopédistes. Malgré l'ensemble des obstacles rencontrés (pénurie de personnel, etc.), l'effort de tous (continuum en orthopédie) nous avons connu une faible diminution du nombre de chirurgies comparativement à l'an dernier.

1.9.13 Pour la chirurgie des cataractes, il y a eu amélioration des processus opératoires (ajout de cabarets pour ce type de chirurgie), ce qui nous a permis de traiter plus de patients. En effet, les chirurgiens traitent 12 à 15 patients, plutôt que 8 à 10 patients par priorité.

1.9.14 Pour les chirurgies d'un jour, nous avons connu une diminution comparativement à l'an dernier. Par contre, il faut mentionner qu'un partenariat est établi depuis quelques années avec le CSSS-Memphrémagog, ce qui nous a permis de référer 365 patients en chirurgie d'un jour en 2010-2011.

1.9.15 Pour les chirurgies hospitalières, nous avons distribué les priorités opératoires à des spécialités ayant des cas nécessitant plus d'heures de présence au bloc opératoire, telles des chirurgies oncologiques, chirurgies thoraciques et chirurgies cardiaques.

1.9.15 Pour les chirurgies bariatriques, le départ à l'automne d'une chirurgienne pour congé de maternité ne nous aide pas à rencontrer notre cible, car habituellement les deux chirurgiennes s'assistent entre elles. Par contre, nous avons l'arrivée d'une troisième chirurgienne ce printemps qui viendra soutenir la pratique.

Nom : Bruno Lavoie	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Médecine et chirurgie

Objectifs de résultats dans le Plan stratégique du MSSS (3.1.3)	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois; - 90% des patients devront être traités à l'intérieur du délai prescrit de 6 mois

Indicateurs	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie			
1.9.20 Arthroplastie totale de la hanche	90%	100%	90%
1.9.21 Arthroplastie totale du genou	78%	100%	86%
1.9.22 Chirurgie de la cataracte	98%	100%	98%
1.9.23 Chirurgie d'un jour (E.1.9K)	N/A	90%	90%
1.9.24 Chirurgie avec hospitalisation (E.1.9L)	N/A	90%	93%

Commentaires

Il y a un travail quotidien et rigoureux afin d'améliorer nos performances.

Des procédures et des outils sont en implantations pour assurer un meilleur suivi de la clientèle.

Un suivi de non-disponibilité des patients est en amélioration constante, ce qui nous donnera le temps réel d'attente de la clientèle.

La majorité des cas hors délais pour les arthroplasties totales du genou appartiennent au même chirurgien. Une entente de projet pilote a été mise en place avec le CSSS Memphrémagog pour diminuer la liste d'attente des arthroplasties totales du genou de ce chirurgien, 35 cas ont donc été référés.

Nom : Bruno Lavoie	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	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 de services.

Indicateurs		*Établis-sement*	*Résultats1 2009-2010*	*Cibles2 2010-2011*	*Résultats3 2010-2011*
4.1.1[4]	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	N/A	3 et moins	2.1
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	1.5
4.1.2[4]	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont	N/A	3 et moins	0
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	0
4.1.3[4]	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont	N/A	3 et moins	0
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	0
4.1.4[4]	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont	N/A	3 et moins	7.2
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	0.9
4.1.5[4]	Nombre moyen de patients en attente de centre d'héber-gement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Fleurimont	N/A	3 et moins	1.9
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	3.8
4.1.6[4]	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Fleurimont	N/A	3 et moins	1.3
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	2.2
4.1.7[4]	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	Fleurimont	N/A	3 et moins	0
		Hôtel-Dieu	N/A	3 et moins	4.0

Commentaires

Ce sont de nouveaux indicateurs qui seront davantage suivi en 2011-2012. Nous constatons qu'il y a une répartition différente des cibles régionales comparativement à ce qui avait été entendu entre nos établissements. Ce sont des cibles précises par type de clientèle.
Pour notre établissement, si la cible maximale dans chacun de ces indicateurs est atteinte ceci représenterait près de 6 % de nos lits occupés par ces patients en attente.(42 / 713 lits) , ce qui est au-delà d'une unité de soins complète.

Nous suivrons donc étroitement les effets sur notre accessibilité en lien avec notre plan de désengorgement des urgences. La pression des patients en attentes est vécue particulièrement sur un territoire de notre région.

Nom : Céline Gervais	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Accessibilité aux services — clientèle gériatrique

Objectifs de résultats	Des actions spécifiques visant à changer les pratiques d'évaluation et d'orientation vers l'hébergement de longue durée qui ont actuellement cours en milieu hospitalier sont attendues afin que le taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS se situe à moins de 5%.

Indicateurs	*Établis-sement*	*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles[2] 2010-2011*	*Résultats[3] 2010-2011*
4.1.8[4] Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	Fleurimont	4,07%	< 5,00%	2.95%
	Hôtel-Dieu	6,19%	< 5,00%	6.72%

Commentaires

Ce nouvel indicateur sera davantage suivi en 2011-2012 en lien avec l'approche adaptée à la personne âgée.

Nom : Céline Gervais	**Date** : 13 mai 2011

[1] Résultats en date du 31 mars 2010.
[2] Cibles : corresponds à l'engagement annualisé inscrit à l'entente de gestion 2010-2011.
[3] Résultats en date du 31 mars 2011.
[4] Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.

ANNEXE 2 - TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

TABLEAU DE BORD

RÉSULTATS DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

2010-2011

CUMULATIF À LA PÉRIODE 13

Du 1er avril 2010 au 31 mars 2011

TABLE DES MATIERES

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

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

2. ANNEXES (informations complémentaires)

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET SERVICES	ANNEXE 1
- Délai d'attente pour une consultation élective en médecine spécialisée (semaines)	p.6
- Visites en cliniques externes	p.7
- Délai d'attente maximum (semaines) pour l'accessibilité à un service d'imagerie médicale	p.8
- Accessibilité en oncologie	p.9
- Séjour moyen à l'urgence - clientèle sur civière (santé physique)	p.10
- Séjour moyen à l'urgence - clientèle sur civière (santé mentale)	p.10
- % de séjours de 48 heures et plus sur civière (santé physique)	p.10
- % de séjours de 48 heures et plus sur civière (santé mentale)	p.10
- Visites à l'urgence	P.11
- Patients sur civière	p.12
- Durée moyenne de séjour à l'urgence (patients sur civière)	p.13
- Patients en attente de transfert	p.14
- Jours-présence	p.15
- Épisodes de soins	p.16
- Durée moyenne de séjour	p.17
- Chirurgies réalisées	p.18
- Heures-présence au bloc opératoire	p.19
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai > 6 mois (hanches, genoux, cataractes)	p.20
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai > 1 an (hanches, genoux, cataractes)	p.21
- Chirurgies - Nombre de cas hors délai (1 à 2 ans, 2 à 3 ans, 3 ans et plus)	p.22
- % des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (chirurgie cardiaque)	p.23
DÉVELOPPER L'OFFRE DE SERVICES CLINIQUES SUPRARÉGIONAUX (RUIS)	ANNEXE 3
- Activités réalisées en électrophysiologie	p.24
- % des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (électrophysiologie)	p.25
- % des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (hémodynamie)	p.25
RENFORCER LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION	ANNEXE 5
- Délai moyen de traitement des plaintes	p.26
- Infections nosocomiales (SARM + C difficile)	p.27
- Taux de déclaration d'erreurs de médicaments et de déclaration de chutes	p.28
DÉVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE	ANNEXE 6
- Nombre d'effectifs (résidents et chercheurs)	p.29
INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION	ANNEXE 7
- Heures en initiation-orientation	p.30
- Heures travaillées	p.31
- Ratio de temps supplémentaire	p.32
- Heures de surveillance constante	p.33
- Taux de rétention	p.34
- Ratio assurance-salaire	p.35
- Ratio d'accidents de travail	p.36
ATTEINDRE LA CIBLE BUDGÉTAIRE CONVENUE	ANNEXE 8
- Résultats financiers	p.37
- Évolutions des coûts (fournitures médicales, médicaments, prothèses)	p.37
- Effectifs médicaux	p.38
AMÉLIORER EN CONTINU NOS MODES DE GESTION	ANNEXE 9
- État d'avancement des projets	p.39 à p.45
AUTRES INFORMATIONS	ANNEXE 10
- Autres statistiques	p.46

CHUS

LÉGENDE

SIGNIFICATION ET INTERPRETATION DES SYMBOLES

✓	Indicateurs prioritaires
★	Indicateurs suivis aux ententes de gestion

Signification des pictogrammes

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

Signification des flèches

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

Guide pour l'analyse des résultats

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

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

CHUS

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2011

N°	Indicateur	Cible annuelle	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
1.	AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET SERVICES								
1.1	Améliorer l'accessibilité en médecine spécialisée								
★	**Délai d'attente (semaines) pour consultation élective**								
	- Cardiologie	< 76	76	31	-59% ↓	< 76	(45)	-59%	●
	- Endocrinologie	< 38	38	30	-21% ↓	< 38	(8)	-21%	●
	- Médecine interne	< 78	78	45	-42% ↓	< 78	(33)	-42%	●
	- Neurologie	< 114	114	65	-43% ↓	< 114	(49)	-43%	●
	- Gastroentérologie	< 68	68	42	-38% ↓	< 68	(26)	-38%	●
	Autres cliniques de chirurgie incluses dans les ententes de gestion								
	- Orthopédie	< 120	120	56	-53% ↓	< 120	(64)	-53%	●
	- Neurochirurgie	< 191	191	85	-55% ↓	< 191	(106)	-55%	●
	Nombre de visites en cliniques externes								
	- Hôpital Fleurimont	117 488	117 488	119 828	2% ↑	117 488	2 340	2%	●
	- Hôtel-Dieu	84 522	84 522	93 730	11% ↑	84 522	9 208	11%	●
1.2	Améliorer l'accessibilité en imagerie médicale								
✓ ★	**Proportion d'examens réalisés dans les délais en imagerie médicale**								
	Échographie générale	100%	N/D	99,9%	N/D	100%	0%	0%	●
	Échographie vasculaire	100%	N/D	84,4%	N/D	100%	-16%	-16%	▲
	Échographie mammaire	100%	N/D	93,9%	N/D	100%	-6%	-6%	●
	Résonnance magnétique	100%	N/D	76,7%	N/D	100%	-23%	-23%	■
	Tomodensitométrie	100%	N/D	92,5%	N/D	100%	-8%	-8%	●
	Proportion d'examens dans un délai de 7 jours ouvrables ou moins								
	Examens lus	100,0%	N/D	88,0%	N/D	100,0%	-12,0%	-12%	▲
	Examens transcrits	100,0%	N/D	N/D	N/D	100,0%	N/D	N/D	
1.4	Améliorer l'accessibilité en oncologie								
★	**Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie**								
	- CHUS	90,0%	96,6%	97,9%	1% ↑	90,0%	7,9%	9%	●
	Nombre de traitements donnés sur les appareils								
	- Radiothérapie	25 295	26 626	26 822	1% ↑	25 295	1 527	6%	●
	- Curiethérapie	150	148	161	9% ↑	150	11	7%	●
	- Gamma Knife	290	314	307	-2% ↓	314	(7)	-2%	●
	Nombre de traitements donnés en hémato-oncologie								
	- CHUS	11 949	11 949	11 802	-1% ↓	11 949	(147)	-1%	●

CHUS

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2011

N°	Indicateur	Cible annuelle	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ET SERVICES								
1.5	Désengorger les urgences et les lits								
✓ ★	**Séjour moyen sur civière à l'urgence** (santé physique)								
	- Hôpital Fleurimont	11	11,89	11,97	1% ↑	11	0,97	9%	●
	- Hôtel-Dieu	11	11,79	11,87	1% ↑	11	0,87	8%	●
✓ ★	**Séjour moyen sur civière à l'urgence** (santé mentale)								
	- Hôtel-Dieu	18	37,34	35,34	-5% ↓	18	17,34	96%	■
✓ ★	**% séjours 48 hres et plus sur civière** (santé physique)								
	- Hôpital Fleurimont	1,0%	1,31%	1,24%	-6% ↓	1,0%	0,2%	24%	■
	- Hôtel-Dieu	1,0%	1,26%	1,23%	-2% ↓	1,0%	0,2%	23%	■
✓ ★	**% séjours 48 hres et plus sur civière** (santé mentale)								
	- Hôtel-Dieu	0,0%	26,0%	25,8%	-1% ↓	0,0%	25,8%	100%	■
	Nombre de visites à l'urgence								
	- Hôpital Fleurimont	47 167	47 167	46 136	-2% ↓	47 167	(1 031)	-2%	●
	- Hôtel-Dieu	40 803	40 803	41 128	1% ↑	40 803	325	1%	●
	Nombre de patients sur civière								
	- Hôpital Fleurimont	25 508	25 121	24 741	-2% ↓	25 121	(380)	-2%	●
	- Hôtel-Dieu	20 354	20 624	21 964	6% ↑	20 624	1 340	6%	●
	Santé physique		18 134	19 016					
	Santé mentale		2 490	2 948					
	Durée moyenne de séjour (Patients sur civière)								
	- Délai moyen avant demande d'hospitalisation	8	9,32	9,69	4% ↑	8	1,69	21%	■
	- Délai moyen après demande d'hospitalisation	4	9,31	9,08	-2% ↓	4	5,08	127%	■
✓	**Nombre de patients en attente de transfert**								
	- CHUS	15	27	26	-4% ↓	15	11	73%	■
	- Hôpital Fleurimont		11	12	9% ↑				
	- Hôtel-Dieu		16	14	-13% ↓				
	Nombre de jours-présence								
	- Hôpital Fleurimont	125 190	125 190	125 202	0% =	125 190	12	0%	●
	- Hôtel-Dieu	106 795	106 795	108 538	2% ↑	106 795	1 743	2%	●
	Épisodes de soins (Admissions et soins d'un jour)								
	- CHUS	52 954	52 954	54 733	3% ↑	52 954	1 779	3%	●

CHUS

SOMMAIRE DES RÉSULTATS
Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2011

N°	Indicateur	Cible annuelle	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ET SERVICES								
1.5	Désengorger les urgences et les lits								
	Durée moyenne de séjour globale (Patients hospitalisés)								
	- CHUS	7,26	7,26	7,38	2% ↑	7,26	0,12	2%	●
	- Hôpital Fleurimont	5,62	5,62	5,66	1% ↑	5,62	0,04	1%	●
	- Hôtel-Dieu	10,85	10,85	11,12	2% ↑	10,85	0,27	2%	●
1.6	Accroitre l'accessibilité en chirurgie								
	Nombre d'heures-présence au bloc opératoire								
	- Hôpital Fleurimont	20 968	20 968	21 174	1% ↑	20 968	206	1%	●
	- Hôtel-Dieu	16 530	16 530	16 285	-1% ↓	16 530	(246)	-1%	●
	Nombre d'usagers au bloc opératoire								
	- Hôpital Fleurimont	13 939	13 939	13 840	-1% ↓	13 939	(99)	-1%	●
	- Hôtel-Dieu	12 362	12 362	12 638	2% ↑	12 362	276	2%	●
✓	**Nombre de chirurgies réalisées**								
★	- Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	7 900	7 654	7 387	-3% ↓	7 900	(513)	-6%	●
	- Chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH, PTG, cataractes et bariatriques)	7 300	7 229	7 404	2% ↑	7 300	104	1%	●
	- Chirurgies Hanches (PTH)	190	175	169	-3% ↓	190	(21)	-11%	▲
	- Chirurgies Genoux (PTG)	200	192	187	-3% ↓	200	(13)	-7%	●
	- Chirurgies Cataractes	3 300	3 129	3 370	8% ↑	3 300	70	2%	●
	- Chirurgies bariatriques	55	25	29	16% ↑	55	(26)	-47%	■
★	**Nombre de cas hors délai (> 6 mois)**								
	- Hanches	0	3	4	33% ↑	0	4	N/A	■
	- Genoux	0	16	3	-81% ↓	0	3	N/A	■
	- Cataractes	0	12	15	25% ↑	0	15	N/A	■
✓	**Nombre de cas hors délai (> 1 an)**								
	- Hanches	0	0	1	100% ↑	0	1	N/A	●
	- Genoux	0	6	0	-100% ↓	0	0	N/A	●
	- Cataractes	0	0	2	100% ↑	0	2	N/A	●
✓	**Nombre de cas hors délai**								
	- 1 à 2 ans	0	229	193	-16% ↓	0	193	N/A	■
	- 2 à 3 ans	0	62	27	-56% ↓	0	27	N/A	■
	- 3 ans et plus	0	47	3	-94% ↓	0	3	N/A	▲
★	**% demandes réalisées à l'intérieur des délais établis**								
	- Chirurgie cardiaque : Urgent	100,0%	88,2%	94,8%	7% ↑	100,0%	-5,2%	-5%	●
	- Chirurgie cardiaque : Électif	90,0%	86,8%	72,7%	-16% ↓	90,0%	-17,3%	-19%	▲

CHUS

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2011

N°	Indicateur	Cible annuelle	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
3.	DEVELOPPER L'OFFRE DE SERVICES CLINIQUES SUPRAREGIONAUX (RUIS)								
3.2	Augmenter l'offre de service en électrophysiologie								
✓ ★	**Nombre d'activités réalisées**								
	- Défibrillateurs	141	128	152	19% ↑	141	11	8%	●
	- Stimulateurs cardiaques	348	379	368	-3% ↓	348	20	6%	●
	- Ablations simples	267	127	147	16% ↑	267	(120)	-45%	■
	- Ablations complexes	125	56	125	123% ↑	125	0	0%	●
	- Études physiologiques	80	33	34	3% ↑	80	(46)	-58%	■
3.2	Augmenter l'offre de service en électrophysiologie								
★	**% demandes réalisées à l'intérieur délais établis**								
	- Électrophysiologie : Urgent	100,0%	96,5%	93,5%	-3% ↓	100,0%	-6,5%	-7%	●
	- Électrophysiologie : Électif	60,0%	30,8%	27,0%	-12% ↓	60,0%	-33,0%	-55%	■
	- Hémodynamie : Urgent	100,0%	99,4%	97,6%	-2% ↓	100,0%	-2,4%	-2%	●
	- Hémodynamie : Électif	90,0%	99,2%	89,0%	-10% ↓	90,0%	-1,0%	-1%	●
5.	RENFORCER LA DEMARCHE QUALITE DANS L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION								
5.1	Élaborer un cadre de référence en matière de gestion de la qualité								
	Délai moyen de traitement des plaintes (nombre de jours)								
	- Plaintes conclues par le commissaire	< 45	29	21	-28,7% ↓	< 45	(24)	-54%	●
✓	- Plaintes conclues par le médecin examinateur	< 45	126	234	84,9% ↑	< 45	189	419%	■
5.3	Poursuivre la réalisation du plan d'action concernant la prévention des infections								
	Infections nosocomiales (taux / 10 000 jours-présence)								
	- SARM	< 2.6	2,6	3,5	35,4% ↑	< 2.6	0,9	34%	■
	- C Difficile	< 3.2	3,2	3,6	15,3% ↑	< 3.2	0,4	14%	▲
5.5	Renforcer la prestation sécuritaire des soins et services								
	Taux de déclaration d'erreurs de médicaments et de chutes (développement)			19,3					
	- Taux de déclaration d'erreurs de médicaments par 1 000 jours-présence			9,0					
	- Taux de déclaration de chutes par 1 000 jours-présence			5,1					
	Indicateurs de rendement - Agrément (annuel) (développement) - Taux de bilan comparatif des médicaments réalisés à l'admission - Taux d'infection postopératoire - Taux d'administration d'antibiotiques prophylactiques en temps opportun	} DONNÉES PÉRIODE 13 NON DISPONIBLES							
6.	DEVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE								
	Nombre d'effectifs - Volet universitaire - Résidents - Chercheurs	} VOIR DÉTAILS EN ANNEXE							
7.	INTEGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION								
7.2	Adopter et implanter un programme-cadre d'orientation et d'intégration du personnel								
	Nombre d'heures d'initiation-orientation								
	- CHUS	104 945	135 009	115 824	-14% ↓	104 945	10 879	10%	●
	- Personnel de soins inf. (Inf., PAB, Inf . aux.)	N/D	76 525	63 510	-17% ↓	N/D	N/D		N/D
	- Autre personnel	N/D	58 484	52 314	-11% ↓	N/D	N/D		N/D

CHUS

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

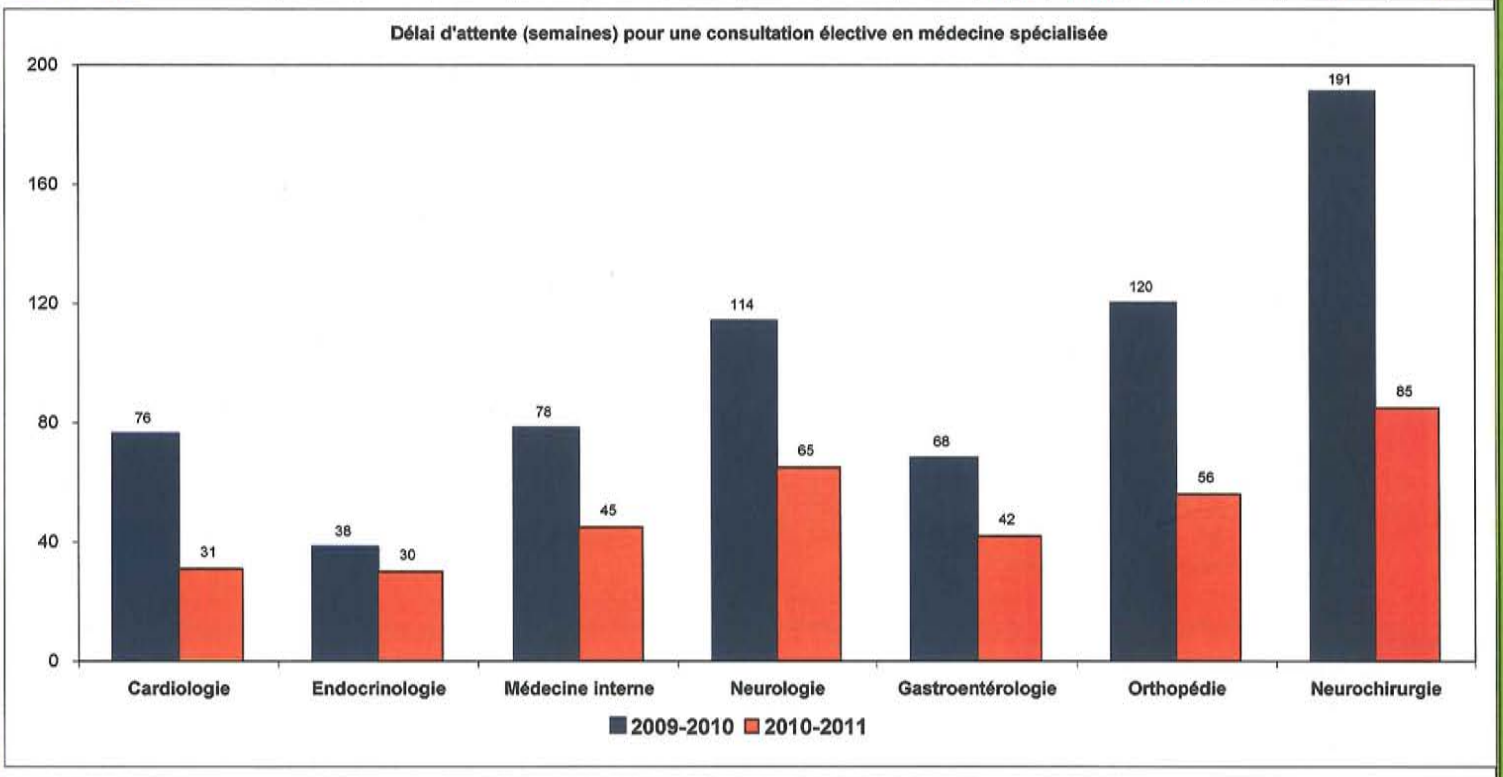
Indicateurs - après 13 périodes
Mars 2011

N°	Indicateur	Cible annuelle	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Variation %	Cible cumul	Écart cible Qté	Écart cible %	Appréciation
7.	INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION								
7.4	Stabiliser le personnel et se doter de conditions de travail attrayantes dans les secteurs ciblés								
	Nombre d'heures travaillées								
	- CHUS	6 301 720	6 140 815	6 198 029	0,9% ↑	6 301 720	(103 691)	-2%	●
	- Personnel de soins inf. (Inf., PAB, Inf . aux.)	2 860 128	2 836 268	2 848 736	0,4% ↑	2 860 128	(11 392)	0%	●
	- Autre personnel	3 441 592	3 304 547	3 349 293	1,4% ↑	3 441 592	(92 299)	-3%	●
✓ ★	**Ratio temps supplémentaire**								
	- CHUS		3,12%	3,83%	23% ↑				
	- Personnel infirmier (Inf., Inf. cand.)	5,68%	5,21%	5,91%	14% ↑	5,68%	0,23%	4%	●
	- Autre personnel	3,41%	2,24%	3,00%	34% ↑	3,41%	-0,41%	-12%	●
	Nombre d'heures de surveillance constante								
	- CHUS	55 932	67 280	68 770	2,2% ↑	55 932	12 838	23%	■
★	**Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières**								
	- CHUS	60,0%	57,1%	60,9%	7% ↑	60,0%	0,9%	2%	●
	Taux de rétention à 6 mois et 1 an								
	- 6 mois	85,0%	84,8%	81,0%	-4% ↓	85,0%	-4,0%	-5%	●
	- 1 an	75,0%	77,4%	N/A	N/A	75,0%	N/A	N/A	N/A
7.6	Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la santé et sécurité au travail								
★	**Ratio assurance-salaire**								
	- CHUS	5,3%	5,3%	5,0%	-4% ↓	5,3%	-0,3%	-5%	●
	- Personnel de soins (Inf., PAB, Inf . aux.)	5,3%	5,8%	5,3%	-8% ↓	5,3%	0,0%	1%	●
	- Autre personnel	5,3%	4,85%	4,80%	-1% ↓	5,3%	-0,5%	-9%	●
	Ratio d'accidents de travail								
	- CHUS	0,37%	0,369%	0,375%	2% ↑	0,370%	0,0%	0%	●
8.	ATTEINDRE LA CIBLE BUDGÉTAIRE CONVENUE								
	Atteindre la cible budgétaire								
	Résultats financiers								
	- CHUS (M$)	356,3	357,5	362,6	1,4% ↑	356,3	(6,3)	-1,8%	●
	- Salaires (M$)	242,5	239,9	242,1	0,9% ↑	242,5	0,3	0,1%	●
	- Autres dépenses (M$)	113,8	117,5	120,4	2,5% ↑	113,8	(6,6)	-5,8%	●
	Évolution des coûts								
	- Fournitures médicales (M$)	22,3	22,8	24,7	8,2% ↑	22,3	(2,4)	-10,8%	▲
	- Médicaments (M$)	21,3	21,3	22,1	4,1% ↑	21,3	(0,9)	-4,1%	●
	- Prothèses (M$)	13,7	14,9	14,2	-4,7% ↓	13,7	(0,4)	-3,0%	●
8.4	Arrimer le plan des effectifs médicaux avec la structure budgétaire								
	Nombre d'effectifs								
	- Effectifs médicaux					VOIR DÉTAILS EN ANNEXE			
9.	AMÉLIORER EN CONTINU NOS MODES DE GESTION								
9.4	Élaborer et diffuser un cadre de gestion de projets								
	État d'avancement des projets								
	- CHUS					VOIR DÉTAILS EN ANNEXE			
	AUTRES INFORMATIONS								
	Autres statistiques								
	- CHUS					VOIR DÉTAILS EN ANNEXE			

CHUS

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

Spécialité	Résultats						Cible			Écart				Picto	Tendance
	2009-2010			2010-2011											
	Urgent	Semi-urgent	Électif	Urgent	Semi urgent	Électif	Urgent	Semi urgent	Électif	Urgent	Semi urgent	Électif	% Électif		
Cardiologie	8	37	76	7	16	31	< 8	< 37	< 76	(1)	(21)	(45)	-59%	●	↓
Endocrinologie	8	33	38	9	20	30	< 8	< 33	< 38	1	(13)	(8)	-21%	●	↓
Médecine interne	5	47	78	4	16	45	< 5	< 47	< 78	(1)	(31)	(33)	-42%	●	↓
Neurologie	8	88	114	13	29	65	< 8	< 88	< 114	5	(59)	(49)	-43%	●	↓
Gastroentérologie	8	90	68	9	45	42	< 8	< 90	< 68	1	(45)	(26)	-38%	●	↓
Autres cliniques de chirurgie															
Orthopédie	20	110	120	30	42	56	< 20	< 110	< 120	10	(68)	(64)	-53%	●	↓
Neurochirurgie	8	141	191	7	39	85	< 8	< 141	< 191	(1)	(102)	(106)	-55%	●	↓



DÉFINITION:

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

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

ANALYSE :

Nous avons des baisses dans toutes les spécialités. Plusieurs facteurs justifient ces baisses :

1) L'historique disponible dans le nouveau système de gestion des rendez-vous est plus vaste maintenant et donc plus représentatif de la réalité.
2) Épuration des listes d'attente, donc certains patients qui étaient sur nos listes d'attente depuis quelques années ont été retirés.
3) Nous avons développé cette année des outils informatiques qui nous permettent de fournir des données plus représentatives des délais réels.
4) La centrale confirme les rendez-vous des nouveaux patients (24 à 48 heures à l'avance) donc diminution de l'absentéisme de la clientèle.

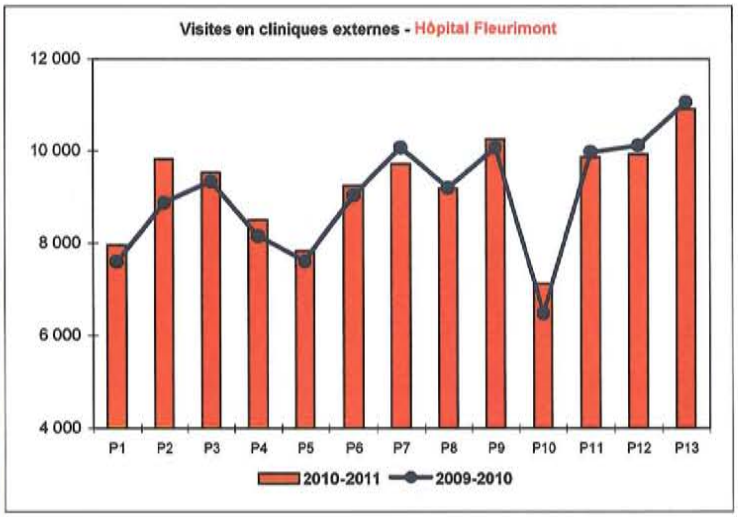
PLAN D'ACTION:

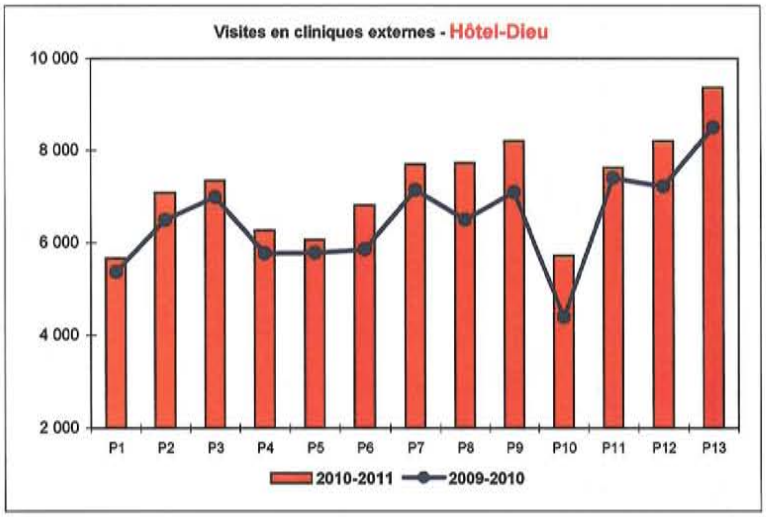
Augmentation du nombre de salles aux cliniques externes. Un total de 3 salles ont été ajoutées en orthopédie, 4 salles en ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu et 5 salles en maladies infectieuses. De plus, nous avons ajouté du personnel afin de confirmer les rendez-vous auprès des patients et ainsi diminuer les rendez-vous manqués.

CHUS

1.1 Nombre de visites en cliniques externes

Spécialité	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont	**117 488**	**119 828**	**117 488**	**2 340**	**2,0%**	●	↑
Cardiologie	16 796	18 637	16 796	1 841	11,0%	●	↑
Chirurgie	37 399	35 867	37 399	(1 532)	-4,1%	●	↓
Femme Jeunesse Famille	34 547	36 479	34 547	1 932	5,6%	●	↑
Médecine spécialisée	28 746	28 845	28 746	99	0,3%	●	↑
Hôtel-Dieu	**84 522**	**93 730**	**84 522**	**9 208**	**10,9%**	●	↑
Cardiologie	800	1 257	800	457	57,1%	●	↑
Chirurgie	65 915	70 937	65 915	5 022	7,6%	●	↑
Médecine spécialisée	17 807	21 536	17 807	3 729	20,9%	●	↑
CHUS	**202 010**	**213 558**	**202 010**	**11 548**	**5,7%**	●	↑





DÉFINITION:

Visite en cliniques externes:

La visite est la présence d'un usager aux consultations externes spécialisées dans le but d'obtenir une consultation et/ou un traitement.

ANALYSE:

À l'Hôtel-Dieu, il y a eu une hausse d'activités en ophtalmologie, périnéologie, cardiologie, ORL et en médecine interne. Par contre, il y a eu une baisse d'activités en orthopédie. Pour l'Hôpital Fleurimont, ce sont dans les spécialités de la pédiatrie, de la cardiologie, de la néphrologie et de la rhumatologie que nous observons une hausse de visites. On note une baisse à l'hôpital Fleurimont en ORL ainsi qu'en neurochirurgie.

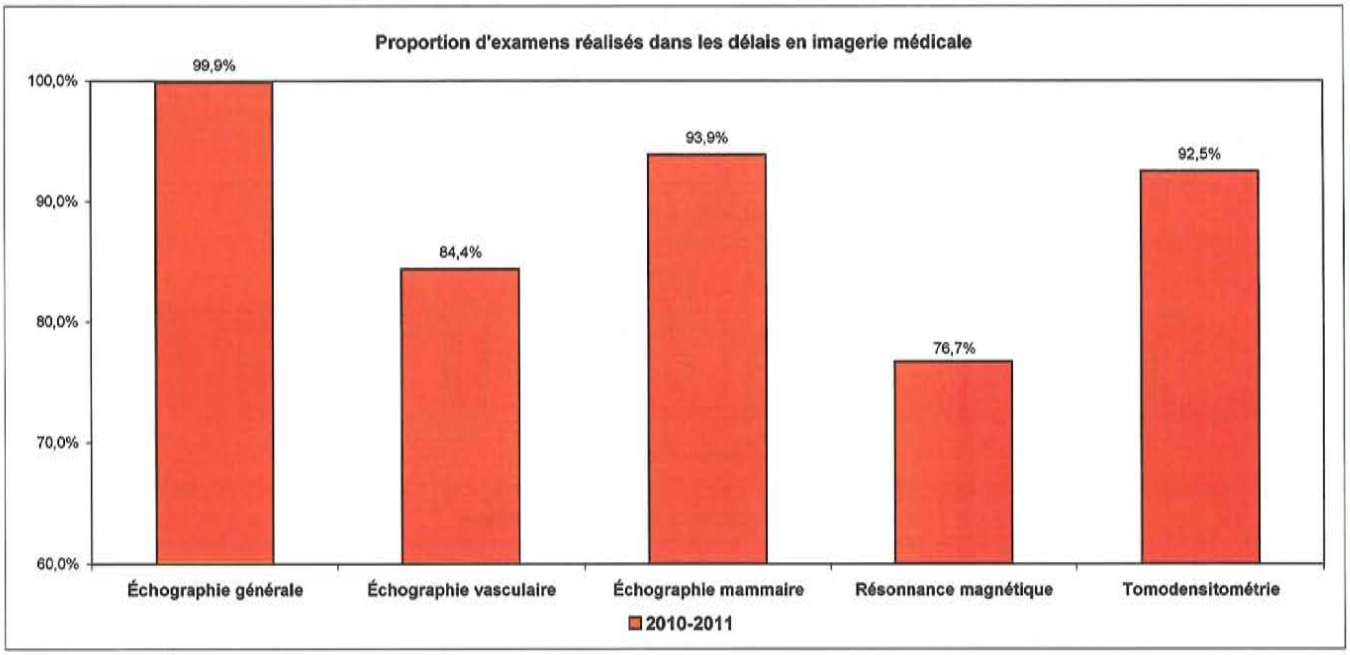
PLAN D'ACTION :

Augmentation du nombre de salles aux cliniques externes. Un total de 3 salles ont été ajoutées en orthopédie, 4 salles en ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu et 5 salles en maladies infectieuses.

CHUS

1.2 Proportion d'examens réalisés dans les délais en imagerie médicale

Spécialité	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
	2009-2010	2010-2011		%		
Échographie générale	N/D	99,9%	100,0%	-0,1%	●	N/D
Échographie vasculaire	N/D	84,4%	100,0%	-15,6%	▲	N/D
Échographie mammaire	N/D	93,9%	100,0%	-6,1%	●	N/D
Résonnance magnétique	N/D	76,7%	100,0%	-23,3%	■	N/D
Tomodensitométrie	N/D	92,5%	100,0%	-7,5%	●	N/D
Proportion d'examens dans un délai de 7 jours ouvrables ou moins						
Examens lus	N/D	88,0%	100,0%	-12,0%	▲	N/D
Examens transcrits	N/D	N/D	100,0%	N/D	N/D	N/D



DÉFINITION :

Proportion d'examens réalisés dans les délais en imagerie médicale:

Proportion d'examens réalisés à l'intérieur d'un délai fixé, pour la clientèle en externe, en imagerie médicale, sur le nombre total d'examens réalisés, dans le délai et hors délai, du début de l'année financière à la fin de la période de transmission.

ANALYSE :

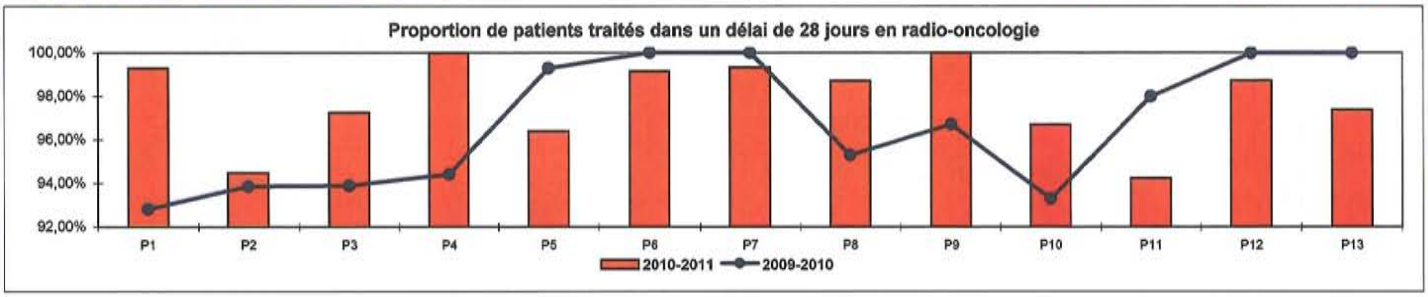
Pour l'échographie, il y a eu une épuration de la liste d'attente, réorganisation du travail et transferts des patients dans les régions. En échographie vasculaire il n'y a qu'un seul appareil dédié au suivi et les demandes sont en hausse. Pour l'échographie mammaire, un seul échographe pour répondre à la demande. En résonance magnétique la nouvelle salle IRM de l'Hôtel-Dieu est fonctionnelle depuis la période 2. Les ressources humaines sont maintenant stabilisées. Les délais d'attente se sont améliorés dans la plupart des spécialités de l'IRM. Certains secteurs restent encore problématique particulièrement en neurochirurgie (scalpel gamma et chirurgie). En tomodensitométrie, l'ajout du deuxième scan à l'Hôpital Fleurimont a permis d'éliminer la liste des patients en attente.

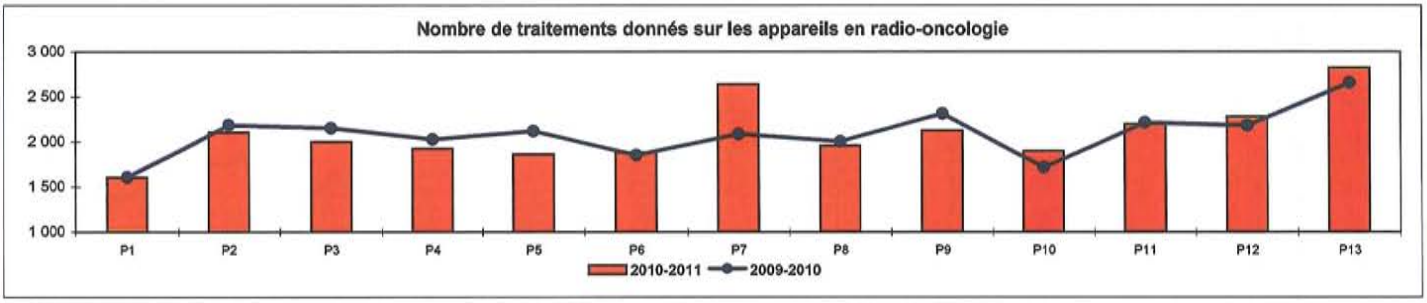
PLAN D'ACTION:

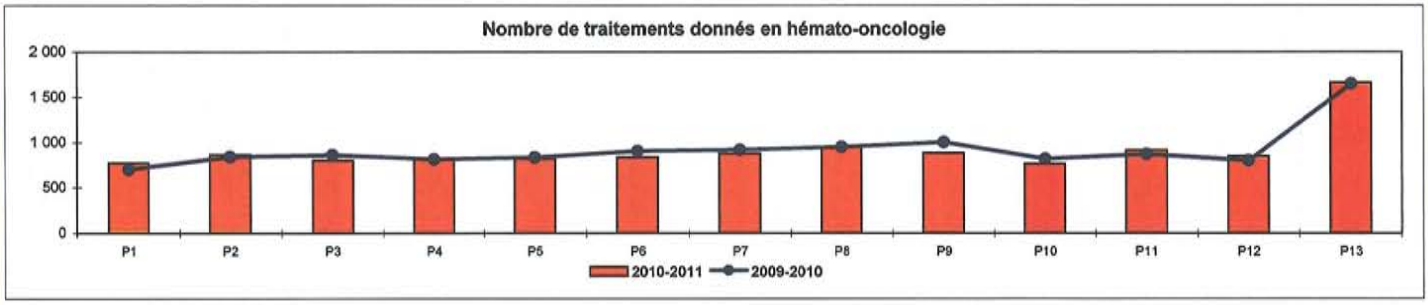
- Poursuivre les travaux des comités d'accessibilité en échographie et en résonance magnétique.
- Poursuivre les travaux avec nos partenaires pour une offre de services régionale.
- En résonance magnétique, ouverture du service la fin de semaine et en soirée selon la disponibilité du personnel et le budget disponible.
- Élaborer un cadre de référence pour prioriser et protocoliser les demandes d'examens. Former un technologue à cette tâche.
- En échographie mammaire, acquisition d'un deuxième échographe (budget récemment accordé)
- En échographie vasculaire, une deuxième salle d'échographie sera nécessaire.

1.4 Améliorer l'accessibilité en oncologie

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Proportion de patients traités dans un délai de 28 jours en radio-oncologie	96,6%	97,9%	90,0%	7,9%	8,8%	●	↑
Nombre de traitements donnés sur les appareils en radio-oncologie	**27 088**	**27 290**	**25 759**	**1 531**	5,9%	●	↑
Radiothérapie	26 626	26 822	25 295	1 527	6,0%	●	↑
Curiethérapie	148	161	150	11	7,3%	●	↑
Gamma Knife	314	307	314	(7)	-2,2%	●	↓
Nombre de traitements donnés en hémato-oncologie	11 949	11 802	11 949	(147)	-1,2%	●	↓







DÉFINITION :

Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie :
Le délai d'attente est calculé à compter de la date à laquelle le patient est reconnu médicalement prêt par le radio-oncologue et la date effective du premier traitement.

Nombre de traitements donnés en hémato-oncologie:
C'est la somme des visites de traitement et des visites d'urgence oncologique durant l'année financière.

ANALYSE:

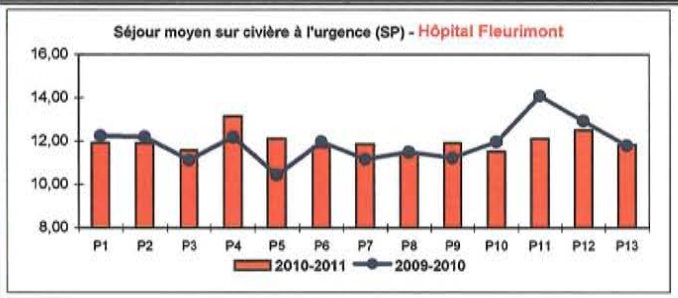
En 2010-2011 le suivi des délais s'est poursuivi de façon rigoureuse. Le temps supplémentaire et la réorganisation constante du service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir le taux d'accès le plus près possible de 100 %.

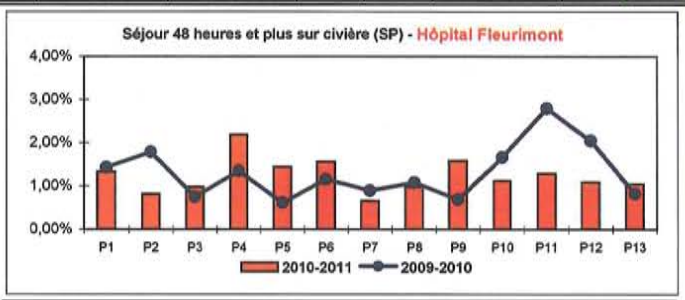
L'augmentation du nombre de traitements données en hémato-oncolgie en période 13 est justifiée par un ajustement en fin d'année pour les traitements BCG ainsi que les traitements pour ouvertures de barrières.

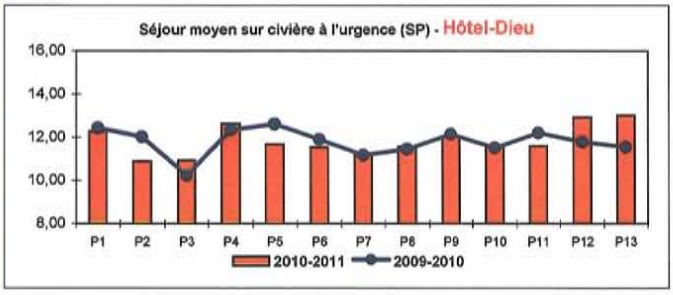
PLAN D'ACTION :

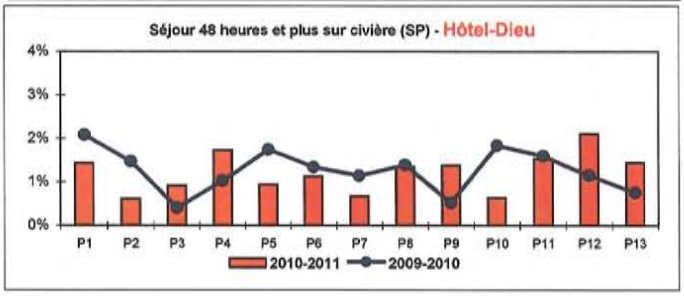
1.5 Séjour moyen sur civière à l'urgence

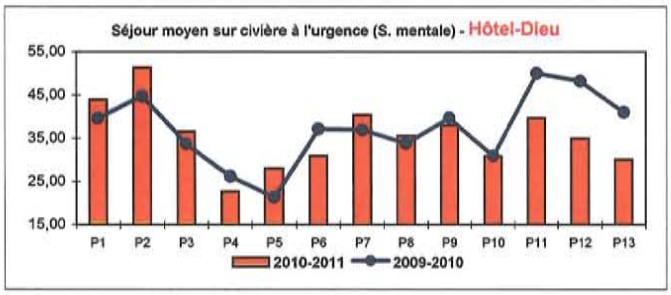
Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont							
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	11,89	11,97	11,00	0,97	8,8%	●	↑
Séjour de 48 heures et plus sur civière (santé physique)	1,3%	1,2%	1,0%	0,2%	23,6%	■	↓
Hôtel-Dieu							
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	11,79	11,87	11,00	0,87	7,9%	●	↑
Séjour moyen sur civière à l'urgence - santé mentale	37,34	35,34	18,00	17,34	96,4%	■	↓
Séjour de 48 heures et plus sur civière (santé physique)	1,3%	1,2%	1,0%	0,2%	23,1%	■	↓
Séjour de 48 heures et plus sur civière (santé mentale)	26,0%	25,8%	0,0%	25,8%	100,0%	■	↓

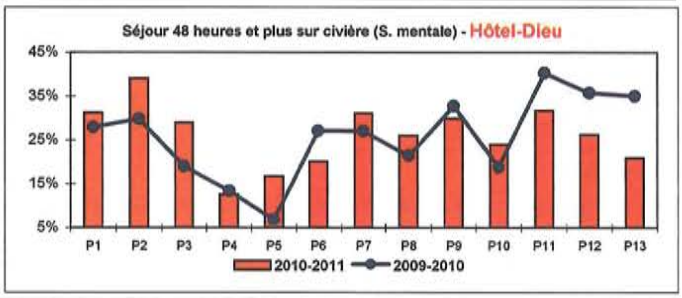












DÉFINITION :

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

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

ANALYSE :

Le MSSS a ajusté la cible à 11 heures le délai des patients sur civière. La durée moyenne de séjour des patients sur civière en santé mentale a légèrement diminué comparativement à l'an dernier, passant de 37.3 à 35.3 (Hôtel-Dieu seulement). La problématique des lits sur les unités de soins occupés par des patients en attente de transfert demeure entière et explique, en bonne partie, notre contre-performance. Cela dit, nous ne devons pas négliger non plus un alourdissement des besoins et de la condition de la clientèle.

L'augmentation du délai pour l'Hôpital Fleurimont (santé physique) est due principalement au fait que certains patients nécessitent des soins spécialisés (soins intermédiaires) et que l'on doit attendre pour des transferts de patients. Pour 2011-2012, nous suivrons l'impact de la modification de la nouvelle codification au triage à l'urgence. Cette nouvelle codification pourrait avoir un impact sur les activités cliniques.

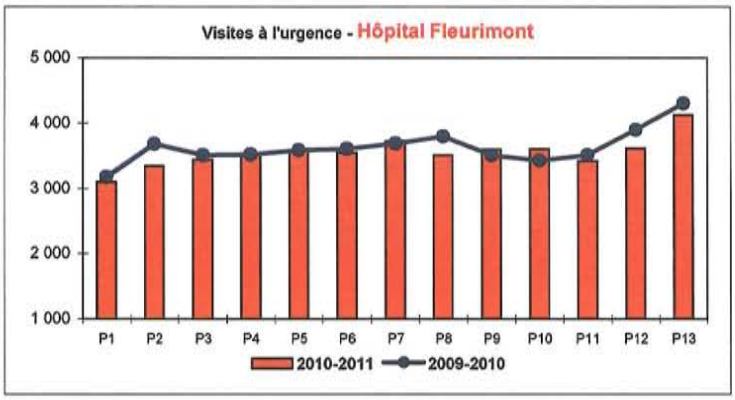
PLAN D'ACTION :

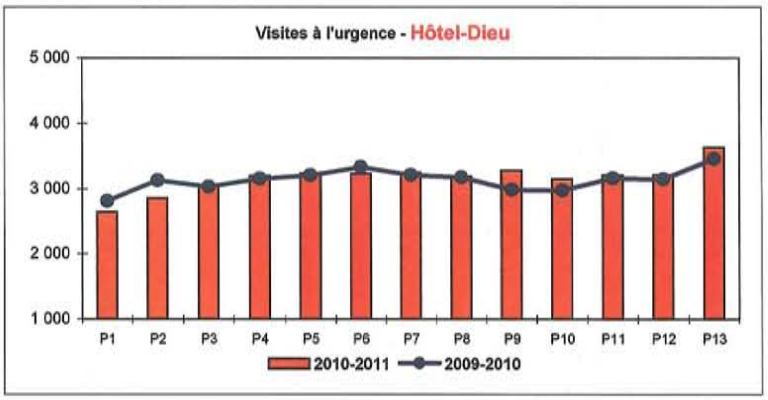
Il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin dans le but de désengorger les urgences. De plus, il y a eu ajout d'un coordonnateur de soins de jour. En lien avec le plan 2010-2011 de désengorgement du secteur santé mentale, les actions mises en œuvre afin de diminuer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

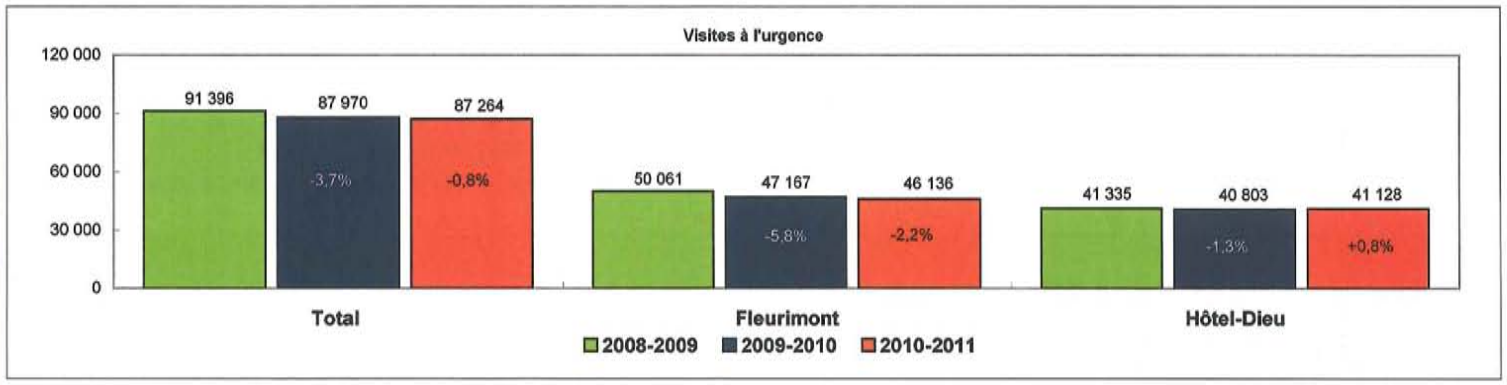
Réf. : Plan d'action détaillé transmis à l'Agence.

1.5 Visites à l'urgence

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont	47 167	46 136	47 167	(1 031)	-2,2%	●	↓
Hôtel-Dieu	40 803	41 128	40 803	325	0,8%	●	↑
CHUS	**87 970**	**87 264**	**87 970**	**(706)**	**-0,8%**	●	↓







DÉFINITION :

Visite à l'urgence :

La présence d'un usager à l'urgence dans le but d'obtenir une consultation. Une visite est comptée dès l'inscription à l'urgence.

Note: Le nombre d'arrivées en ambulance à l'urgence ainsi que le nombre d'hospitalisations via l'urgence sont comptabilisées seulement pour les patients ayant occupé une civière.

ANALYSE :

La diminution des visites à l'urgence par rapport à l'année précédente est positive.

En 2010-11 cumulatif à la période 13, il y avait 18 571 arrivées en ambulances, une augmentation de 682, soit 3,8% comparativement à l'année 2009-10.
Hôpital Fleurimont: + 202
Hôtel-Dieu: + 480

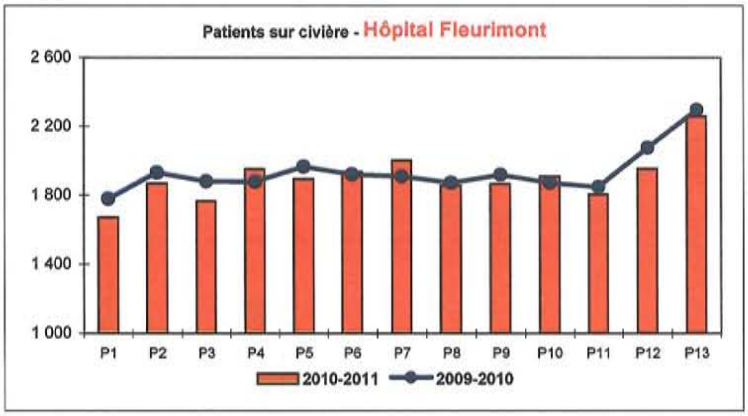
En 2010-11 cumulatif à la période 13, il y avait 15 451 hospitalisations via l'urgence, une augmentation de 266, soit 1,8% comparativement à l'année 2009-10.
Hôpital Fleurimont: - 91
Hôtel-Dieu: + 357

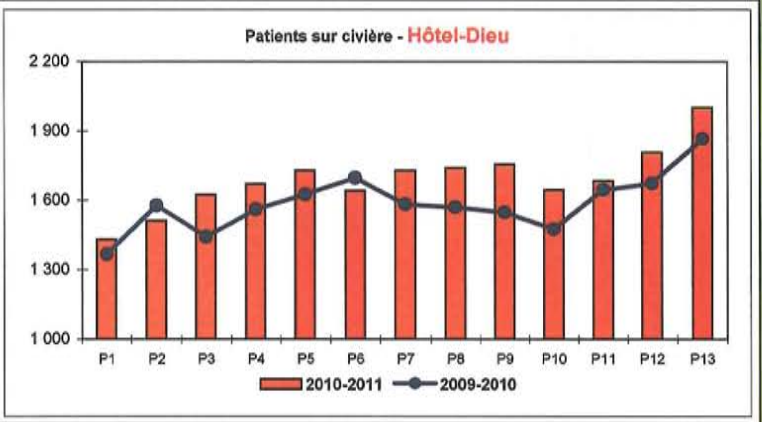
PLAN D'ACTION :

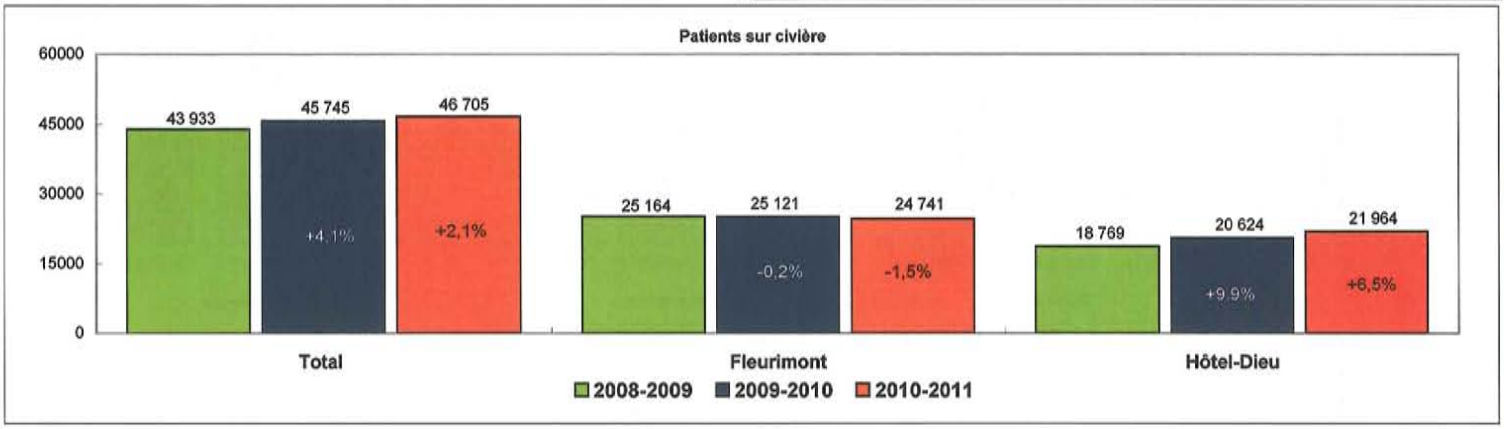
Mise en place de la téléassistance en soins de plaies complexes et clinique du pied diabétique dans le but de désengorger les urgences. Également, il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin dans le but de désengorger les urgences. De plus, il y a eu ajout d'un coordonnateur de soins de jour.

1.5 Patients sur civière

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont	**25 121**	**24 741**	**25 121**	**(380)**	**-1,5%**		
Ratio patients sur civière / visites à l'urgence	53,3%	53,6%					
Hôtel-Dieu	**20 624**	**21 964**	**20 624**	**1 340**	**6,5%**		
Santé physique	18 134	19 016					
Santé mentale	2 490	2 948					
Ratio patients sur civière / visites à l'urgence	50,5%	53,4%					
CHUS	**45 745**	**46 705**	**45 745**	**960**	**2,1%**		
Ratio patients sur civière / visites à l'urgence	52,0%	53,5%					







DÉFINITION :

Patient sur civière :

Toute personne inscrite à l'urgence qui requiert une civière, à cause de sa condition médicale ou psychosociale, pour des fins de traitement ou d'évaluation ainsi que toute personne occupant une civière à l'urgence et qui se trouve en attente d'hospitalisation, de retour à domicile ou de transfert vers une autre ressource du système de soins.

ANALYSE :

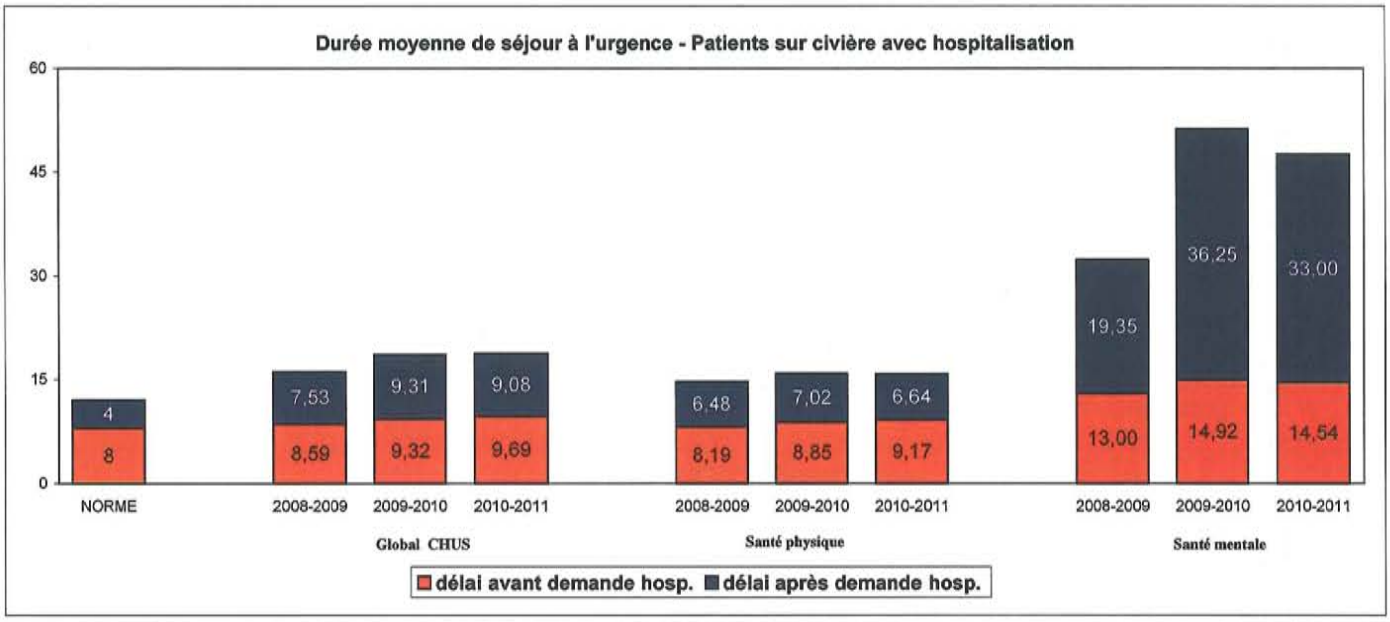
L'augmentation des patients sur civière pour l'Hôtel-Dieu est de 1 340. De ce nombre, l'augmentation pour les patients sur civière du secteur santé mentale est de 458.

PLAN D'ACTION :

Mise en place de la téléassistance en soins de plaies complexes et clinique du pied diabétique dans le but de désengorger les urgences. Également, il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin dans le but de désengorger les urgences. De plus, il y a eu ajout d'un coordonnateur de soins de jour.

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

Spécialité	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Santé physique							
Délai avant hospitalisation - CHUS	**8,85**	**9,17**	**8**	**1,17**	**14,6%**	▲	↑
Hôpital Fleurimont	9,06	9,40	8	1,40	17,5%		
Hôtel-Dieu	8,55	8,88	8	0,88	11,0%		
Délai après hospitalisation- CHUS	**7,02**	**6,64**	**4**	**2,64**	**66,0%**	■	↓
Hôpital Fleurimont	5,85	5,46	4	1,46	36,5%		
Hôtel-Dieu	8,60	8,10	4	4,10	102,5%		
Santé mentale							
Délai avant hospitalisation - CHUS	**14,92**	**14,54**	**8**	**6,54**	**81,8%**	■	↓
Hôpital Fleurimont	11,47	9,83	8	1,83	22,9%		
Hôtel-Dieu	15,15	14,82	8	6,82	85,3%		
Délai après hospitalisation- CHUS	**36,25**	**33,00**	**4**	**29,00**	**725,0%**	■	↓
Hôpital Fleurimont	2,60	2,93	4	(1,07)	-26,8%		
Hôtel-Dieu	38,49	34,67	4	30,67	766,8%		



DÉFINITION :

Séjour moyen sur civière à l'urgence :

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

ANALYSE :

Pour le secteur santé mentale, nous avons ouvert des lits additionnels dans le but de désengorger ce secteur. Cet ajout de lits a entraîné une hausse de 1 847 jours-présence depuis le début de l'année. Beaucoup d'efforts sont faits dans le but de diminuer le séjour sur civière. L'augmentation du délai pour l'Hôpital Fleurimont (santé physique) est due principalement au fait que certains patients nécessitent des soins spécialisés (soins intermédiaires) et que l'on doit attendre pour des transferts de patients.

En 2010-2011, à la période 13, le séjour moyen global (patients hospitalisés ou non) pour le CHUS est de 13.36 . Pour l'année 2009-2010, le séjour moyen global était de 13,23.

PLAN D'ACTION :

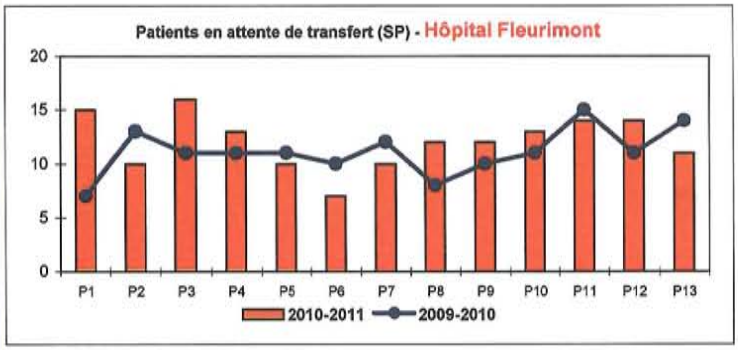
En lien avec le plan 2010-2011 de désengorgement du secteur santé mentale, les actions mises en œuvre afin de diminuer le délai des patients sur civière sont les suivantes: révision du cadre de référence sur la responsabilité de la gestion des lits, entente de collaboration avec l'urgence santé physique,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

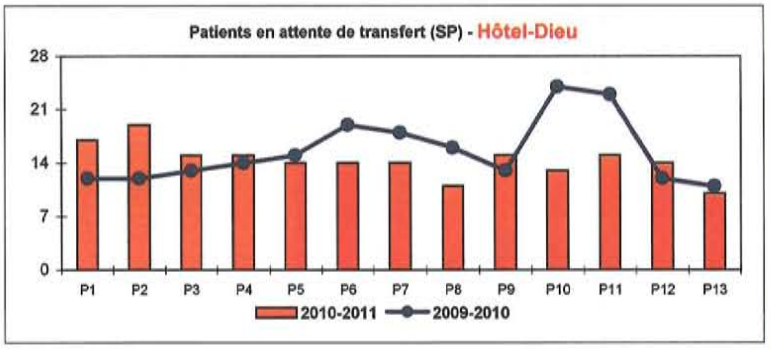
Réf. : Plan d'action détaillé transmis à l'Agence.

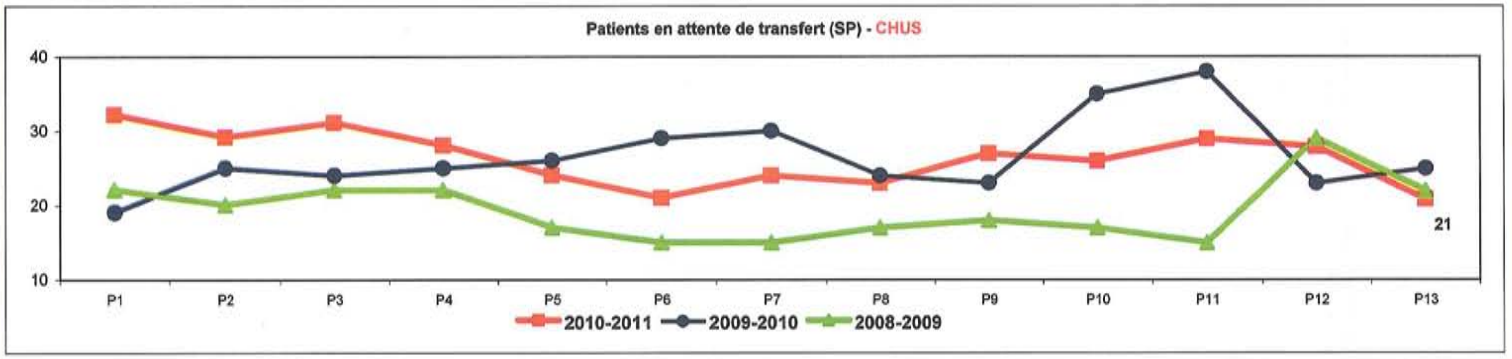
CHUS

1.5 Nombre de patients en attente de transfert

Spécialité	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Moyenne Cumul 09-10	Moyenne Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont (santé physique)	**11**	**12**					↑
UCDG	3	3					
URFI	5	7					
CHSLD	3	2					
Hôtel-Dieu (santé physique)	**16**	**14**					↓
UCDG	3	2					
URFI	2	2					
CHSLD	11	10					
CHUS (santé physique)	**27**	**26**	**15**	**11**	**73%**	■	↓
Hôtel-Dieu (santé mentale)							
CHSLD	6	4					
RI	6	3					
RTF	2	0					
CR	1	4					
AUTRES	2	2					
Total (santé mentale)	**17**	**13**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	↓







DÉFINITION :

Patients en attente de transfert :

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

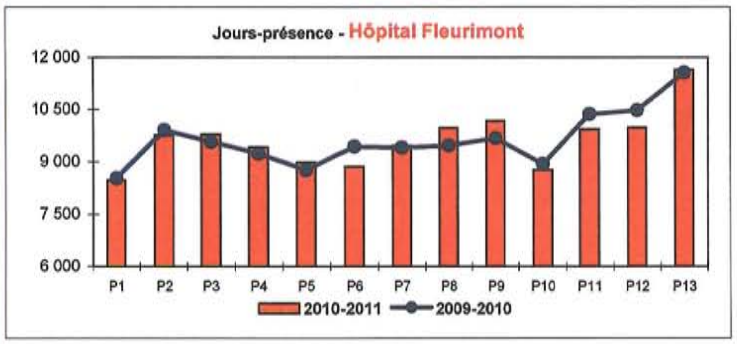
ANALYSE:

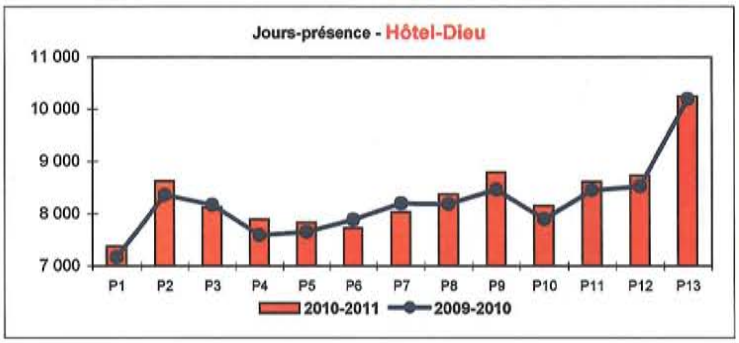
PLAN D'ACTION:

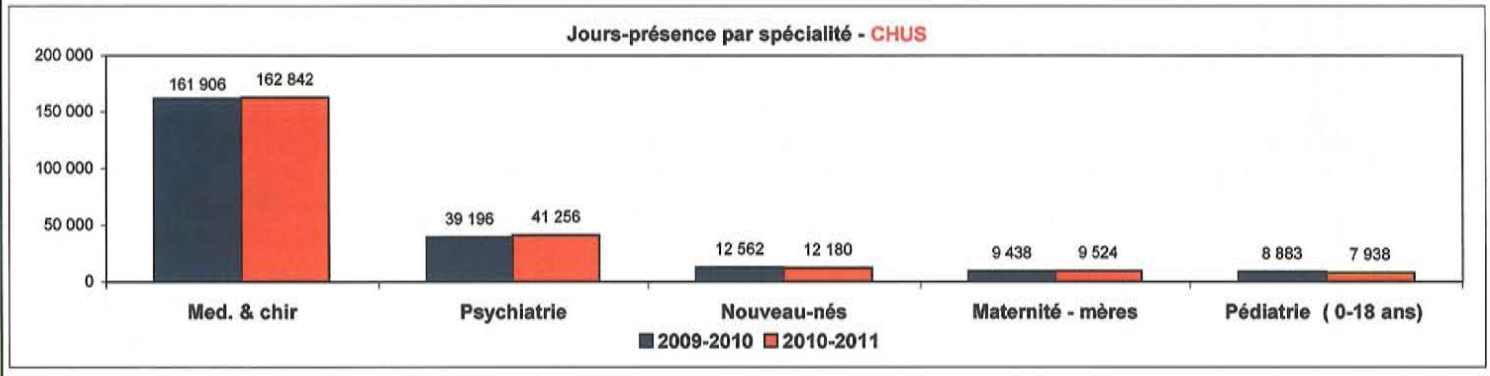
Il y a un comité de travail en cours avec le CSSS-IUGS. La cible retenue par le MSSS concernant le nombre de patients en attente de transfert dans un établissement en hébergement est fixée à 3.

1.5 Nombre de jours-présence

Spécialité	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont	**125 190**	**125 202**	**125 190**	**12**	**0,0%**	●	=
Médecine et chirurgie	92 644	93 684	92 644	1 040	1,1%		
Pédopsychiatrie	1 663	1 876	1 663	213	12,8%		
Nouveau-nés	12 562	12 180	12 562	(382)	-3,0%		
Maternité (mères)	9 438	9 524	9 438	86	0,9%		
Pédiatrie	8 883	7 938	8 883	(945)	-10,6%		
Hôtel-Dieu	**106 795**	**108 538**	**106 795**	**1 743**	**1,6%**	●	↑
Médecine et chirurgie	69 262	69 158	69 262	(104)	-0,2%		
Psychiatrie	37 533	39 380	37 533	1 847	4,9%		
CHUS	**231 985**	**233 740**	**231 985**	**1 755**	**0,8%**	●	↑







Variation	+ 936	+ 2 060	- 382	+ 86	- 945
%	+ 0,6%	+ 5,3%	- 3,0%	+ 0,9%	- 10,6%

DÉFINITION:

Jours-présence :

Le nombre de jours-présence correspond au nombre de jours d'hospitalisation dans ce centre d'activités entre le 1er avril et le 31 mars de l'exercice. Le jour de l'admission compte comme jour d'hospitalisation, mais on n'inclut pas le jour de la sortie.

ANALYSE :

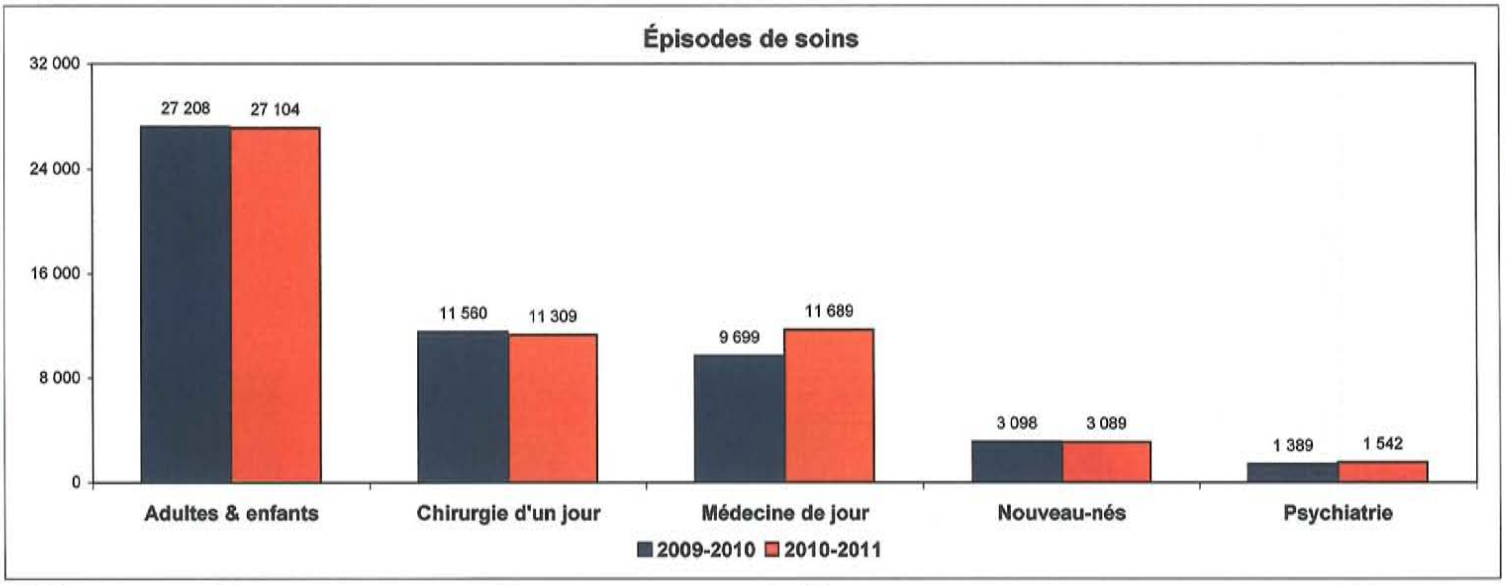
Il y a une hausse de jours-présence dans les programmes de médecine spécialisée, chirurgie et cardiologie. Par contre, il y a une baisse de 945 jours-présence en pédiatrie, soit une diminution de 668 jours-présence en pédiatrie et une diminution de 277 jours-présence aux soins intensifs pédiatriques. Également, on remarque une baisse de 382 du nombre de jours-présence des nouveaux-nés qui est expliquée par une diminution 94 jours-présence en maternité et une diminution de 288 jours-présence en néonatologie. En santé mentale, il y a eu ouverture de lits additionnels, qui représente une augmentation de 1 847 jours-présence pour une moyenne de 5 patients par jour.

Les activités de débordement de lits représentent 1 615 jours-présence à l'Hôpital Fleurimont et 1 514 jours-présence en santé mentale à l'Hôtel-Dieu.

PLAN D'ACTION :

1.5 Épisodes de soins

Spécialité	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Hôpital Fleurimont	**31 594**	**31 688**	**31 594**	**94**	**0,3%**	●	↑
Adultes & enfants	18 636	18 671	18 636	35	0,2%		
Chirurgie d'un jour	2 333	2 148	2 333	(185)	-7,9%		
Médecine de jour	7 457	7 686	7 457	229	3,1%		
Nouveau-nés	3 098	3 089	3 098	(9)	-0,3%		
Psychiatrie	70	94	70	24	34,3%		
Hôtel-Dieu	**21 360**	**23 045**	**21 360**	**1 685**	**7,9%**	●	↑
Adultes & enfants	8 572	8 433	8 572	(139)	-1,6%		
Chirurgie d'un jour	9 227	9 161	9 227	(66)	-0,7%		
Médecine de jour	2 242	4 003	2 242	1 761	78,5%		
Psychiatrie	1 319	1 448	1 319	129	9,8%		
CHUS	**52 954**	**54 733**	**52 954**	**1 779**	**3,4%**	●	↑



Variation	- 104	- 251	+ 1 990	- 9	+ 153
%	- 0,4%	- 2,2%	+ 20,5%	- 0,3%	+ 11,0%

DÉFINITION:

Épisode de soins :

Correspond au nombre total d'admissions en santé physique et mentale, au nombre d'usagers en chirurgie d'un jour ainsi qu'au nombre de jours-soins en médecine de jour adultes et enfants.

ANALYSE:

En médecine de jour, l'augmentation de 1 990 jours-joins est expliquée par une augmentation de 1 761 jours-soins à l'Hôtel-Dieu et une augmentation de 229 jours-soins à l'Hôpital Fleurimont
(FL: augmentation de 525 jours-soins adultes et diminution de 296 jours-soins en médecine de jour pédiatrique).

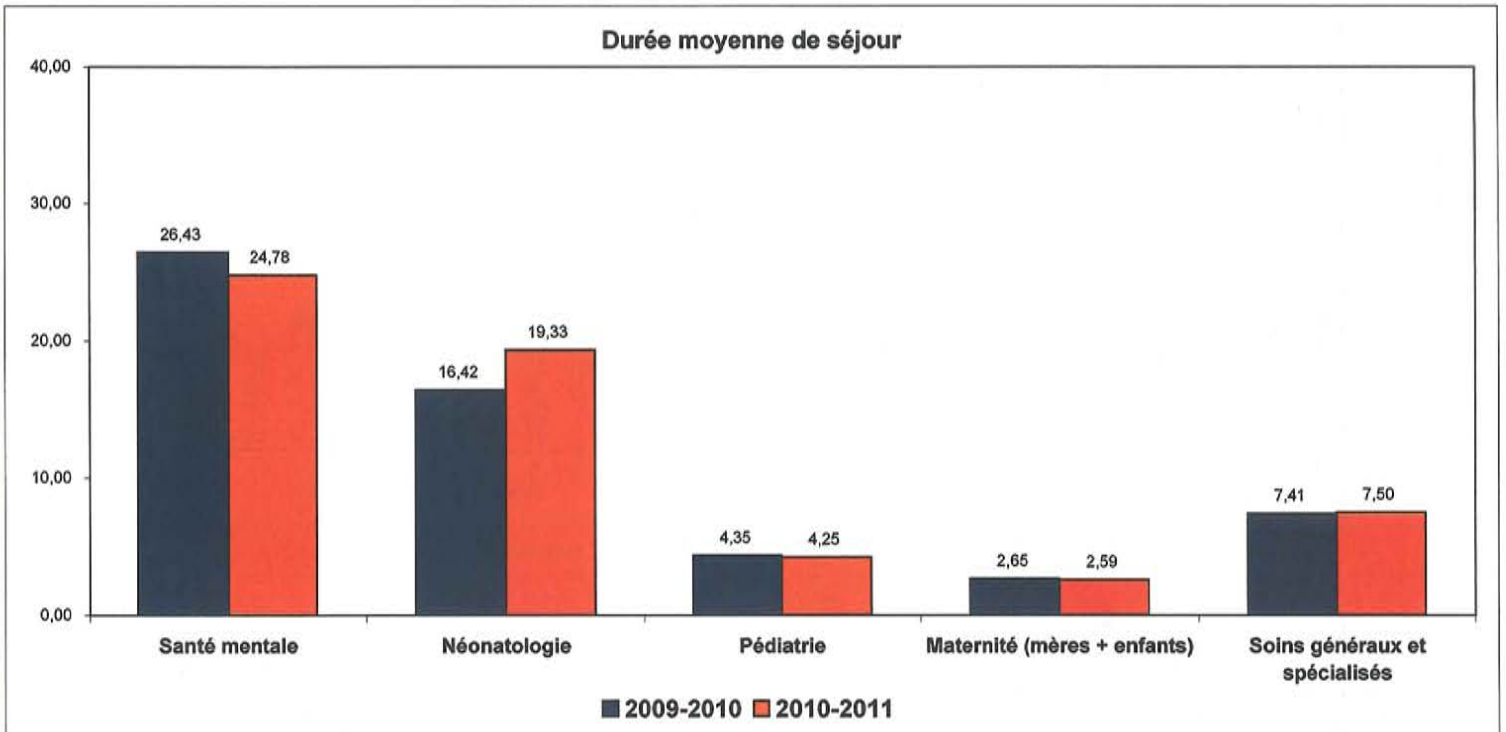
En 2010-2011, cumulatif à la période 13, il y a une baisse de 9 admissions pour les nouveau-nés par rapport à l'année précédente (augmentation de 46 admissions en maternité et diminution de 55 admissions en néonatologie).

PLAN D'ACTION :

CHUS

1.5 Durée moyenne de séjour

Spécialité	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Séjour moyen global	**7,26**	**7,38**	**7,26**	**0,12**	**1,7%**	●	↑
Santé mentale	26,43	24,78	26,43	(1,65)	-6,2%		
Néonatologie	16,42	19,33	16,42	2,91	17,7%		
Pédiatrie	4,35	4,25	4,35	(0,10)	-2,3%		
Maternité (mères + enfants)	2,65	2,59	2,65	(0,06)	-2,3%		
Soins généraux et spécialisés	7,41	7,50	7,41	0,09	1,2%		
Hôpital Fleurimont	6,93	6,96	6,93	0,03	0,4%		
Hôtel-Dieu	8,16	8,38	8,16	0,22	2,7%		



DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour :

Nombre moyen de jours d'hospitalisation par spécialité calculé à partir de l'admission de l'usager jusqu'à son départ.

ANALYSE :

L'explication de l'augmentation de la durée de séjour en néonatologie est justifiée par une augmentation de présences aux soins intensifs avec un taux d'occupation plus élevé. Ces patients demeurent plus longtemps sur l'unité et sont à risque de plus de conséquences d'ordre médical.

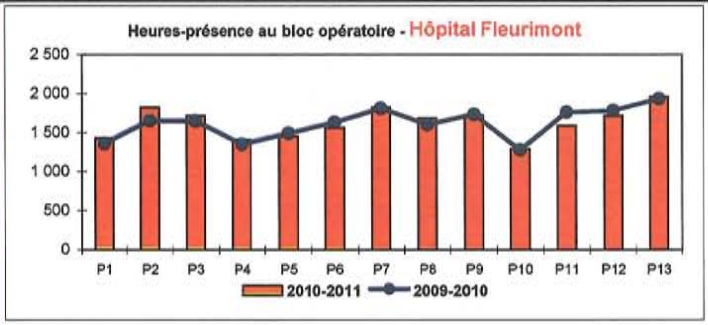
PLAN D'ACTION :

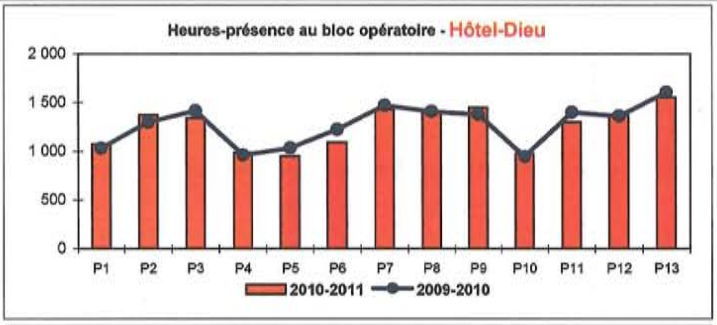
Beaucoup d'efforts et interventions ont été réalisés dans la dernière année en collaboration avec l'équipe médicale afin de diminuer la durée moyenne de séjour en néonatologie. Nous avons maintenu une accessibilité constante depuis juin 2009 en plaçant les patients au bon endroit.

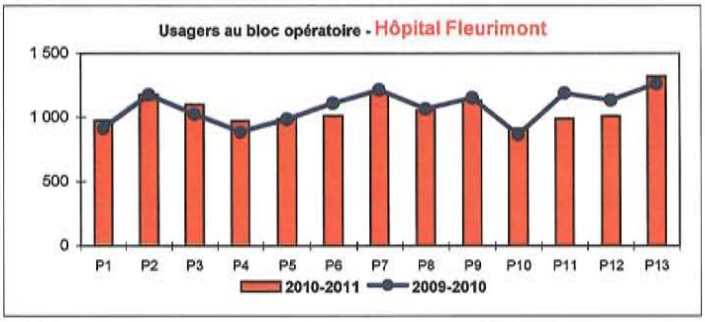
CHUS

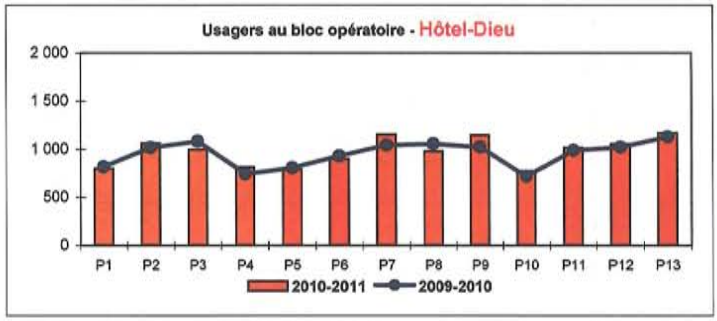
1.6 Heures - présence et usagers au bloc opératoire

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Heures-présences - CHUS	**37 498**	**37 459**	**37 498**	**(39)**	**-0,1%**		
Hôpital Fleurimont	**20 968**	**21 174**	**20 968**	**206**	**1,0%**	●	↑
Ambulatoire	2 828	2 810	2 828	(18)	-0,6%		
Chirurgie d'un jour	2 679	2 481	2 679	(198)	-7,4%		
Hospitalisé	15 461	15 883	15 461	422	2,7%		
Hôtel-Dieu	**16 530**	**16 285**	**16 530**	**(245)**	**-1,5%**	●	↓
Ambulatoire	5	4	5	(1)	-21,8%		
Chirurgie d'un jour	9 144	8 913	9 144	(231)	-2,5%		
Hospitalisé	7 381	7 368	7 381	(13)	-0,2%		
Usagers - CHUS	**26 301**	**26 478**	**26 301**	**177**	**0,7%**		
Hôpital Fleurimont	**13 939**	**13 840**	**13 939**	**(99)**	**-0,7%**	●	↓
Ambulatoire	5 596	5 596	5 596	0	0,0%		
Chirurgie d'un jour	2 333	2 148	2 333	(185)	-7,9%		
Hospitalisé	6 010	6 096	6 010	86	1,4%		
Hôtel-Dieu	**12 362**	**12 638**	**12 362**	**276**	**2,2%**	●	↑
Ambulatoire	5	5	5	0	0,0%		
Chirurgie d'un jour	9 227	9 526	9 227	299	3,2%		
Hospitalisé	3 130	3 107	3 130	(23)	-0,7%		









DÉFINITION :

Heures-présence au bloc opératoire :
Durée en heure que nécessite l'intervention, à partir du moment où l'usager est admis à la salle d'opération jusqu'à sa sortie. On n'inclut pas le temps passé à la salle de réveil.

Usagers au bloc opératoire: Nombre de personnes ayant séjourné au bloc opératoire pour y subir une ou des interventions lors d'un même séjour. Il ne peut s'agir de ventes de services.

ANALYSE :

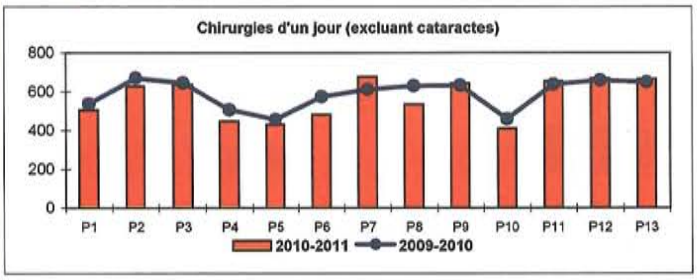
Nous constatons une hausse du nombre d'heures-présence moyen pour les usagers hospitalisés. Ceci explique une lourdeur des cas. Pour l'Hôpital Fleurimont, il y a une hausse d'usagers dans la spécialité de la chirurgie vasculaire thoracique. Pour l'Hôtel-Dieu, nous avons une baisse d'usagers dans les spécialités de l'orthopédie et de la plastie et une hausse d'usagers dans la spécialité de l'ophtalmologie.
À l'Hôtel-Dieu, le nombre de patients en chirurgie d'un jour inclut 365 chirurgies effectuées au CSSS de Memphrémagog.

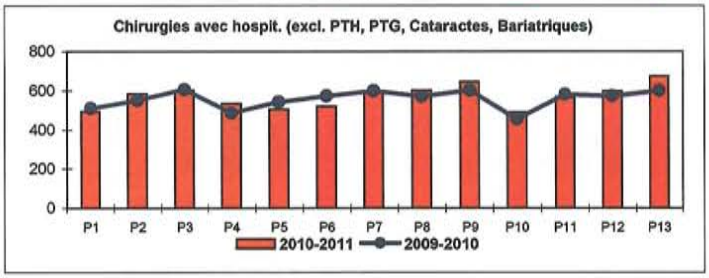
PLAN D'ACTION :

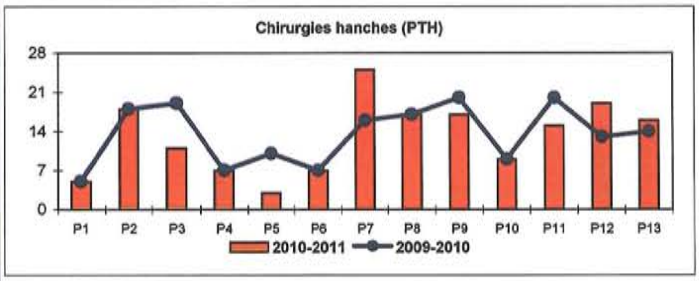
Des priorités opératoires ont été prévues en lien avec les chirurgies relatives à l'accessibilité.

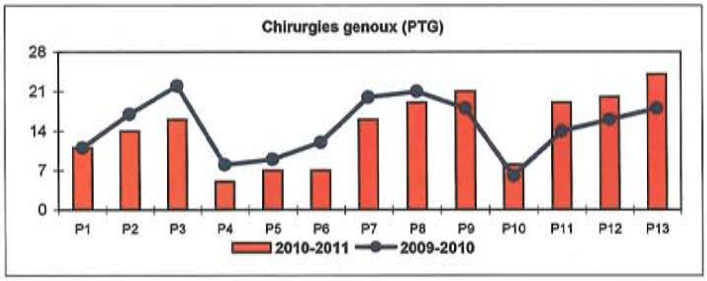
1.6 Nombre de chirurgies réalisées (selon les ententes de gestion)

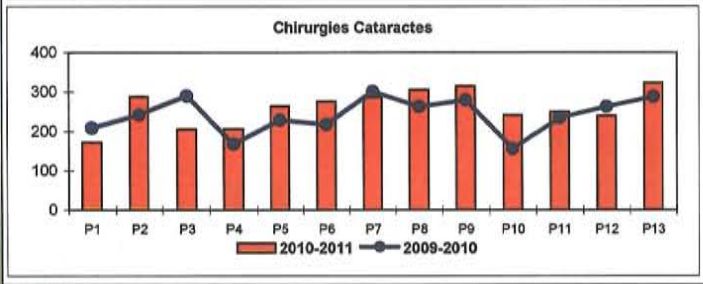
Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	7 654	7 387	7 900	(513)	-6,5%		
Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	7 229	7 404	7 300	104	1,4%		
Chirurgies Hanches (PTH)	175	169	190	(21)	-11,1%		
Chirurgies Genoux (PTG)	192	187	200	(13)	-6,5%		
Chirurgies Cataractes	3 129	3 370	3 300	70	2,1%		
Chirurgies bariatriques	25	29	55	(26)	-47,3%		

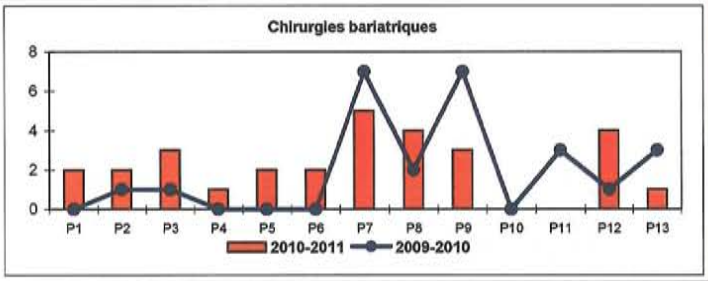












DÉFINITION :

Chirurgies d'un jour réalisées :

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

Chirurgies avec hospitalisation réalisées :

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

Chirurgies réalisées - cataractes :

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

Chirurgies réalisées - genoux et hanches :

Présence d'un usager au bloc opératoire pour une intervention chirurgicale de remplacement total de la hanche ou du genou nécessitant une hospitalisation pour plus de 24 heures.

ANALYSE ET PLAN D'ACTION :

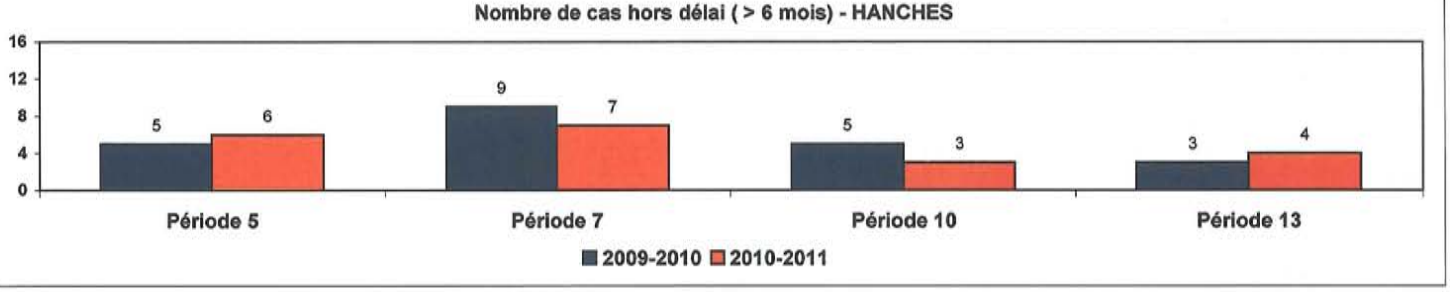
Pour les PTG, nous avons dû composer avec les priorités opératoires et les listes d'attentes des orthopédistes. Malgré l'ensemble des obstacles rencontrés (pénurie de personnel, etc.), l'effort de tous (continuum en orthopédie) nous avons connu une faible diminution du nombre de chirurgies comparativement à l'an dernier. Pour la chirurgie des cataractes, il y a eu amélioration des processus opératoires (ajout de cabarets pour ce type de chirurgie), ce qui nous a permis de traiter plus de patients. Pour les chirurgies d'un jour, nous avons connu une diminution comparativement à l'an dernier.

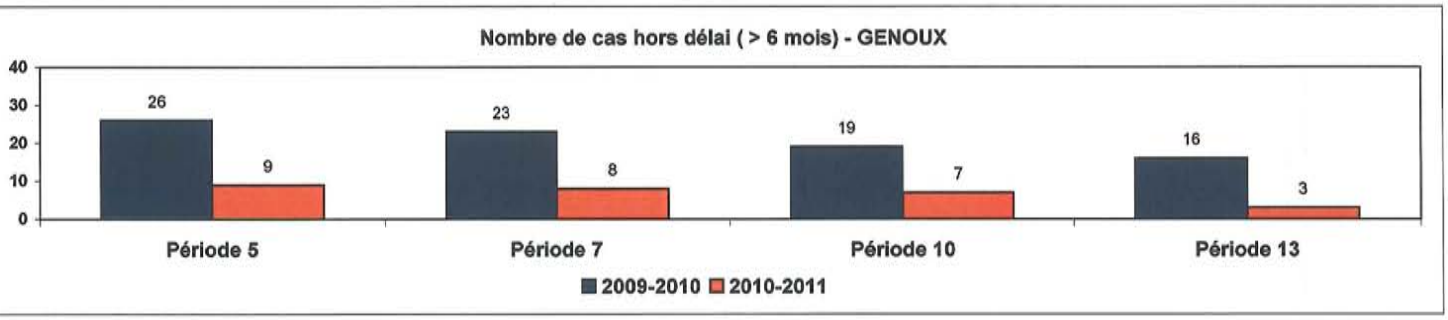
Par contre, il faut mentionner qu'un partenariat est établi depuis quelques années avec le CSSS-Memphrémagog, ce qui nous a permis de référer 365 patients en chirurgie d'un jour en 2010-2011. Pour les chirurgies hospitalières, nous avons distribué les priorités opératoires à des spécialités ayant des cas nécessitant plus d'heures de présence au bloc opératoire, telles des chirurgies oncologiques, chirurgies thoraciques et chirurgies cardiaques. Pour les chirurgies bariatriques, le départ à l'automne d'une chirurgienne pour congé de maternité ne nous aide pas à rencontrer notre cible, car habituellement les deux chirurgiennes s'assistent entre elles. Par contre, nous avons l'arrivée d'une troisième chirurgienne ce printemps qui viendra soutenir la pratique.

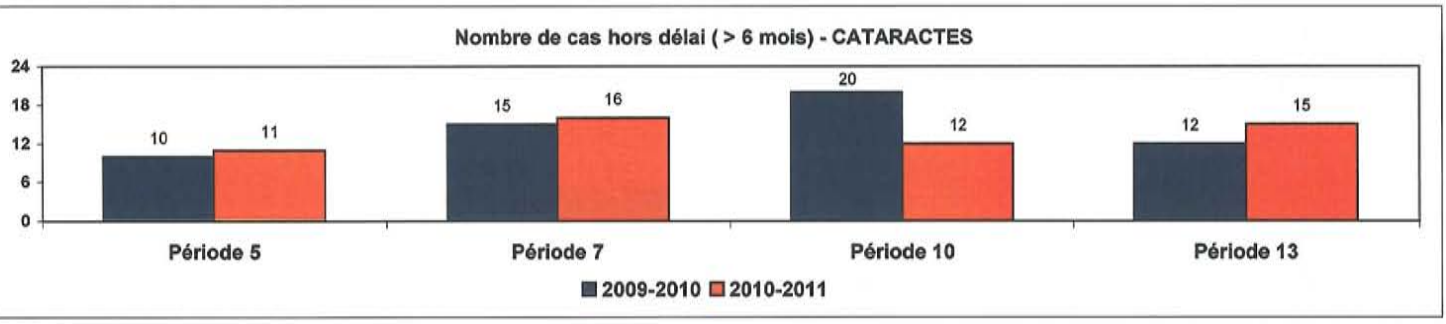
CHUS

1.6 Nombre de cas hors délai (> 6 mois)

Indicateur	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
	2009-2010	2010-2011				
Hanches	3	4	0	4		
Genoux	16	3	0	3		
Cataractes	12	15	0	15		







DÉFINITION :

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

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

ANALYSE :

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

En 2010-2011, nous avons eu 11 cas de prothèses bilatérales (soit une arthroplastie aux deux genoux simultanément), alors que nous obtenons le financement pour une seule arthroplastie.

Pour la dernière année, nous avons une augmentation de volume pour la chirurgie de la cataracte.

PLAN D'ACTION :

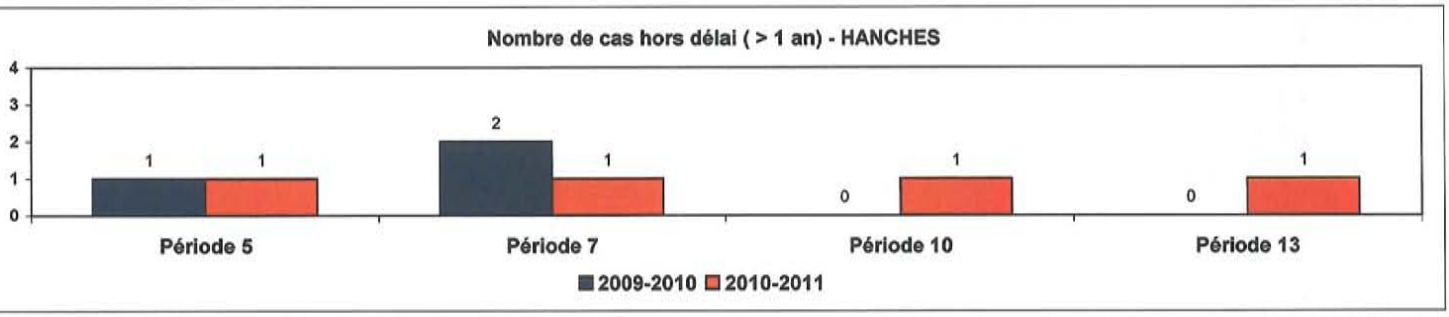
Selon le plan d'action 2010-2011 en lien avec le corridor de services avec le CSSS-Memphrémagog, après 13 périodes, nous avons référé 35 patients au CSSS-Memphrémagog pour une chirurgie du genou.

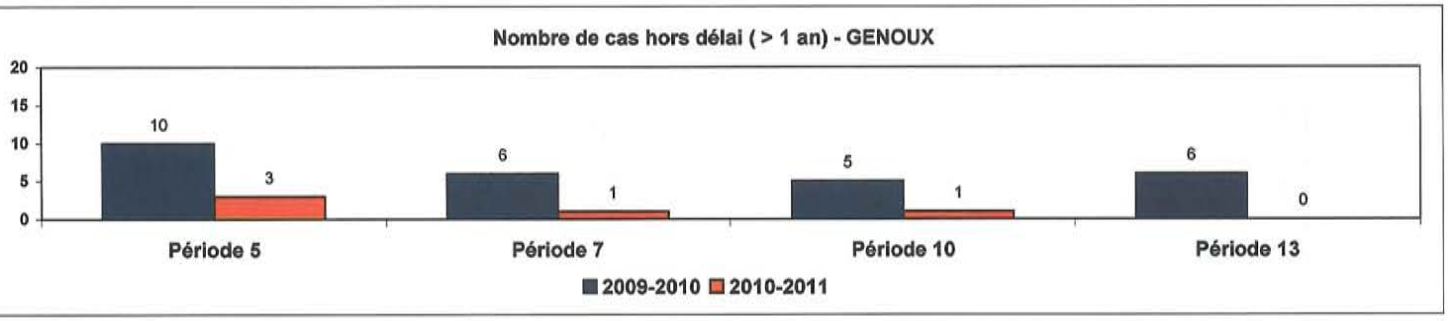
- Implantation du continuum en orthopédie.
- Suivi et priorisation des cas hors délai par l'agent de planification, l'infirmière du continuum et le chirurgien.

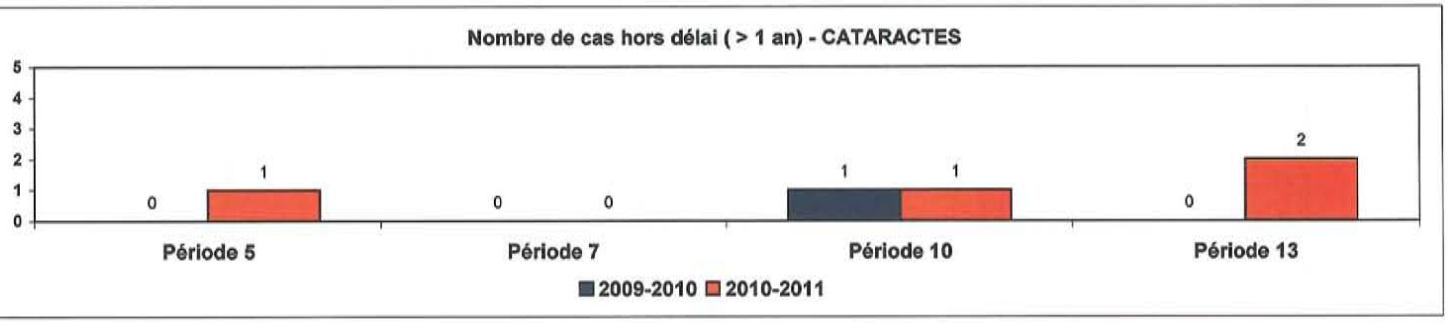
CHUS

1.6 Nombre de cas hors délai (> 1 an)

Indicateur	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
	2009-2010	2010-2011				
Hanches	0	1	0	1		
Genoux	6	0	0	0		
Cataractes	0	2	0	2		







DÉFINITION :

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

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

ANALYSE :

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

PLAN D'ACTION :

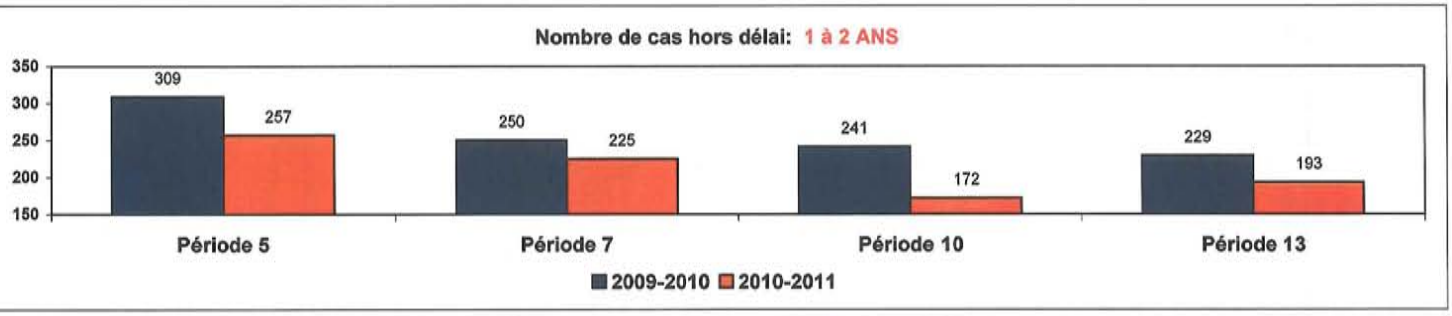
Selon le plan d'action 2010-2011 en lien avec le corridor de services avec le CSSS-Memphrémagog, après 13 périodes, nous avons référé 35 patients au CSSS-Memphrémagog pour une chirurgie du genou.

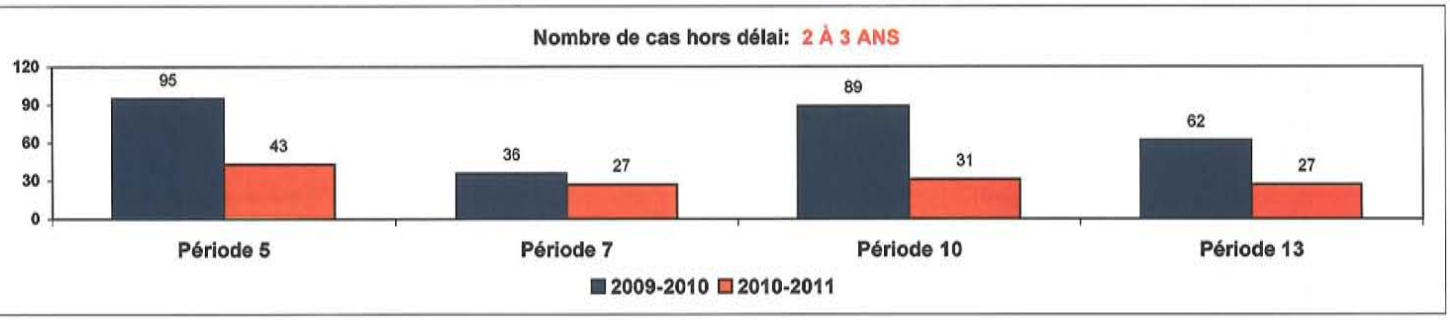
- Implantation du continuum en orthopédie.
- Suivi et priorisation des cas hors délai par l'agent de planification, l'infirmière du continuum et le chirurgien.

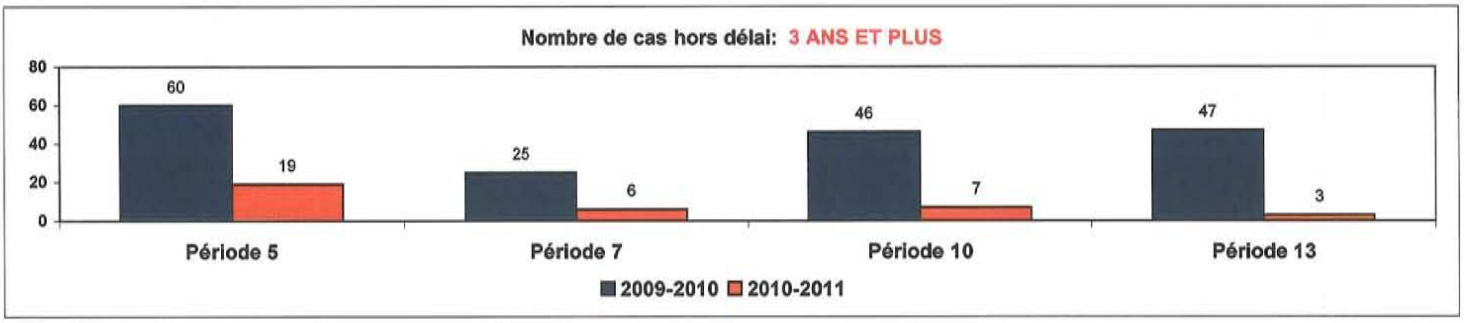
CHUS

1.6 Nombre de cas hors délai

Indicateur	Résultats		Cible	Écart	Picto	Tendance
	2009-2010	2010-2011				
1 à 2 ans	229	193	0	193		
2 à 3 ans	62	27	0	27		
3 ans et plus	47	3	0	3		







DÉFINITION :

Nombre de cas hors délai:

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

ANALYSE :

Le suivi régulier (bimensuel) des cas hors délai permettra de diminuer considérablement le nombre.

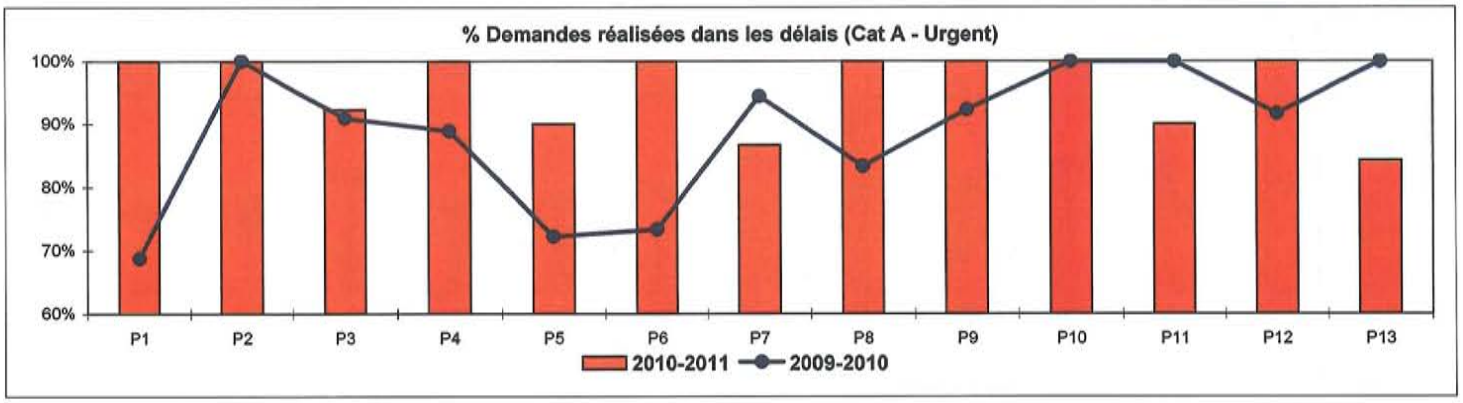
PLAN D'ACTION :

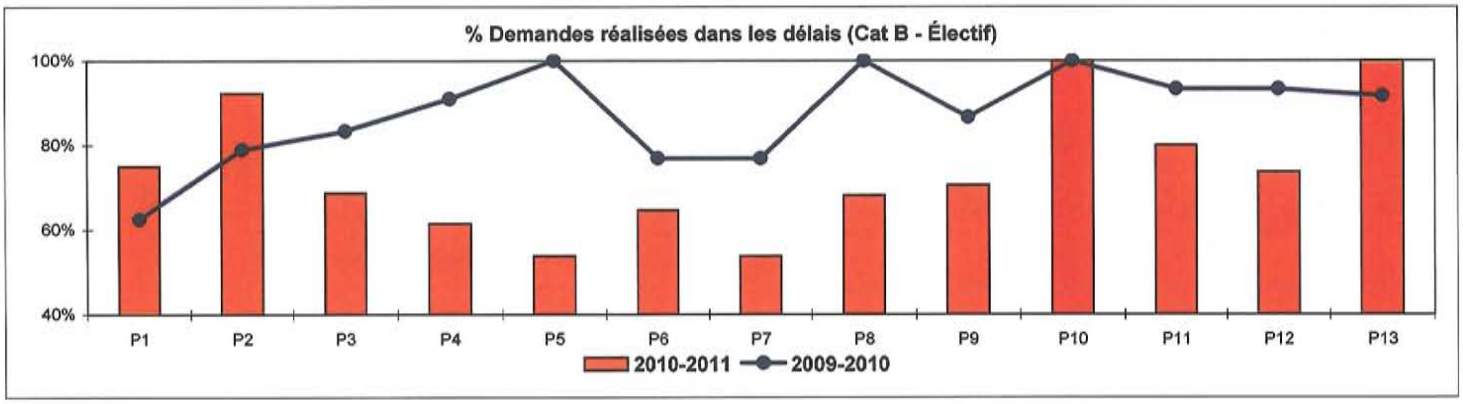
1. Suivi du fichier 1B avec le Ministère.
2. Épuration constante des listes d'attente.
3. Suivi mensuel des cas hors délai avec les chirurgiens.
4. Attribution des priorités opératoires supplémentaires aux chirurgiens qui ont des cas hors délai.

CHUS

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

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
% Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	87,5%	82,6%					
Urgent (Cat. A)	88,2%	94,8%	100%	-5,2%	-5%	●	↑
Électif (Cat. B)	86,8%	72,7%	90%	-17,3%	-19%	▲	↓





DÉFINITION :

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

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

ANALYSE :

Pour les chirurgies cardiaques, les priorités 1 et 2 sont toujours priorisées. Par contre, la disponibilité des ressources (anesthésistes, infirmières) et l'ensemble des spécialités chirurgicales, pour lesquels nous devons assurer l'accessibilité, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques. Les disponibilités des ressources infirmières aux soins intensifs sont aussi un facteur influençant l'atteinte des cibles. Alors, considérant le temps opératoire constant, et contrairement à l'année dernière, la priorité a été accordée aux demandes urgentes. Le nombre de hors délai de catégorie B se trouve par le fait même augmenté.

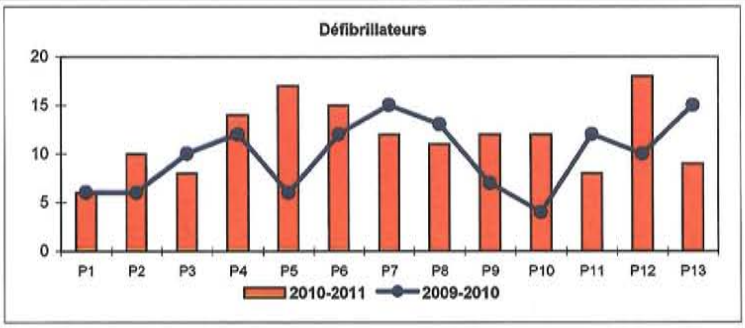
PLAN D'ACTION :

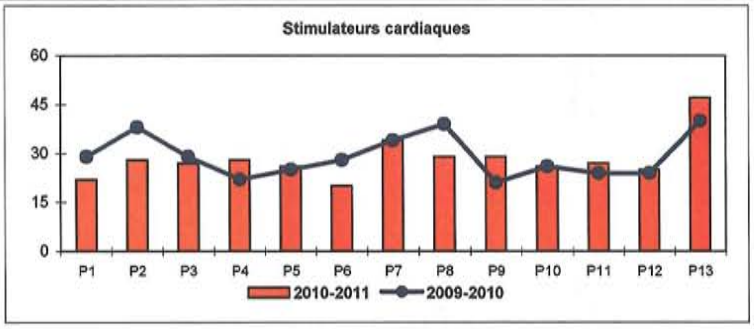
Il n'y aucune possibilité d'améliorer le ratio (catégorie B) sans une augmentation du temps opératoire.

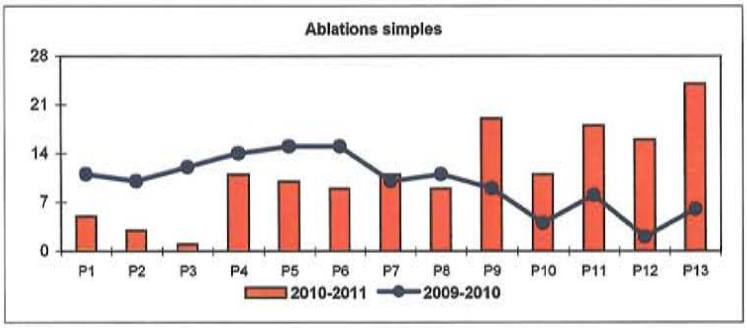
CHUS

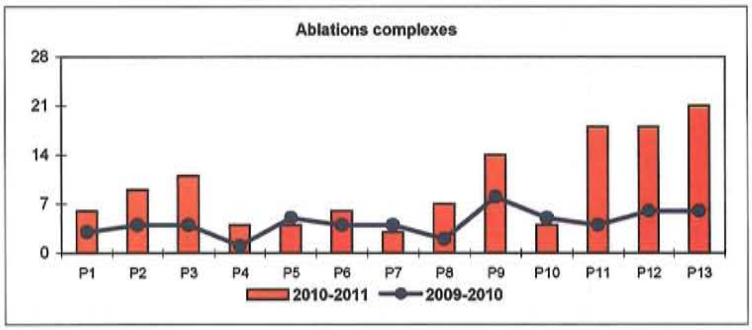
3.2 Activités réalisées en électrophysiologie

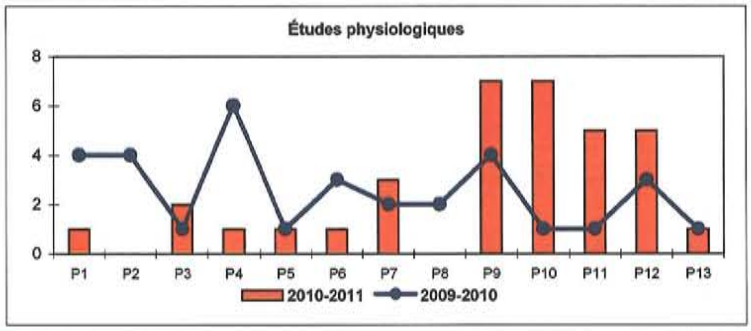
Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Défibrillateurs	128	152	141	11	7,8%	●	↑
Stimulateurs cardiaques	379	368	348	20	5,7%	●	↓
Ablations simples	127	147	267	(120)	-44,9%	■	↑
Ablations complexes	56	125	125	0	0,0%	●	↑
Études physiologiques	33	34	80	(46)	-57,5%	■	↑











ANALYSE:

L'ouverture de la salle à temps plein a eu lieu le lundi 8 novembre. Le retard de l'ouverture est dû à la rareté des ressources humaines en soins infirmiers. La pratique médicale a changé. Nous faisons beaucoup plus d'ablations complexes que d'ablations simples. De plus, la majorité des études électrophysiologiques deviennent des procédures d'ablation, donc par conséquent, la cible pour études n'est pas atteinte.

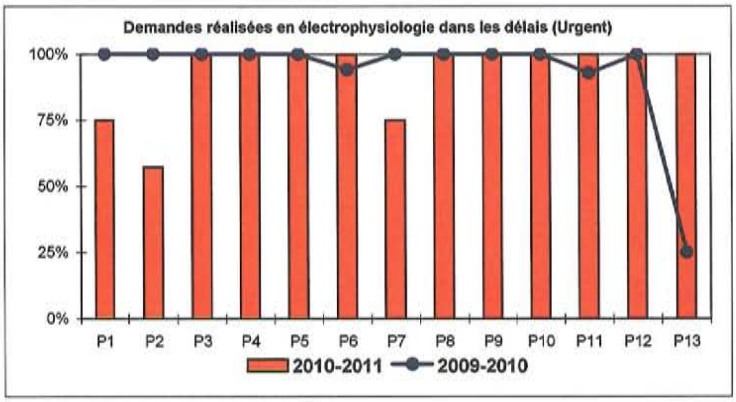
PLAN D'ACTION :

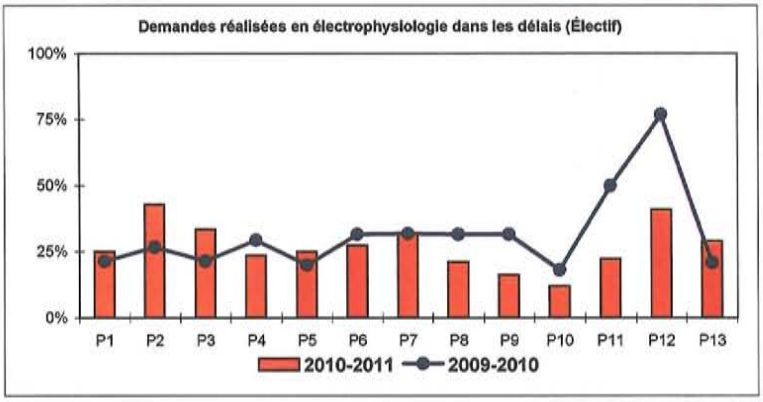
Ouverture de la salle à temps complet.

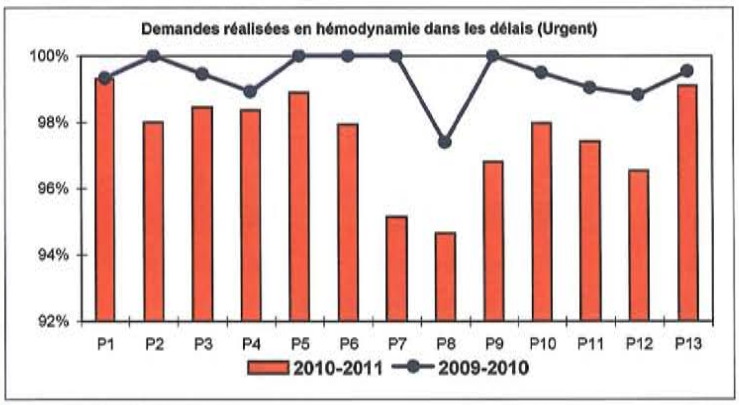
CHUS

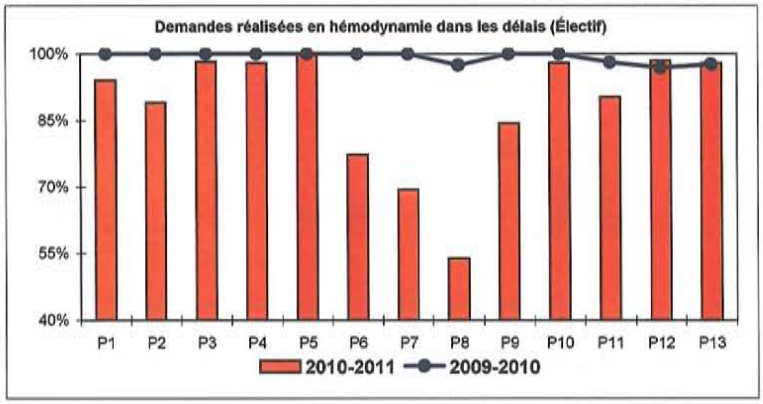
3.2 % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (électrophysiologie & hémodynamie)

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Électrophysiologie : % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	56,4%	46,1%					
Urgent (Cat. A)	96,5%	93,5%	100%	-6,5%	-7%	●	↓
Électif (Cat. B)	30,8%	27,0%	60%	-33,0%	-55%	■	↓
Hémodynamie: % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	99,3%	95,5%					
Urgent (Cat. A)	99,4%	97,6%	100%	-2,4%	-2%	●	↓
Électif (Cat. B)	99,2%	89,0%	90%	-1,0%	-1%	●	↓









DÉFINITION :

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

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

ANALYSE :

Hémodynamie: Plusieurs actions ont été réalisées afin que nous soyons en mesure de respecter nos cibles en hémodynamie. En novembre dernier, nous avons ouvert une salle dédiée entièrement à l'électrophysiologie nous permettant de réaliser des interventions en électrophysiologie, ce qui a permis de reprendre les interventions à temps complet dans les deux salles d'hémodynamie.

La baisse dans la catégorie B est due à la non-disponibilité de salle ou des patients pour raisons médicales ou personnelles. Le système SGAS ne nous permet pas de modifier les dates de disponibilité ce qui induit une augmentation de la « non-disponibilité ».

Électrophysiologie : Afin d'éviter des délais importants pour les priorités de la Catégorie A, l'emphase a été mise sur celles-ci. En même temps, l'information au sujet de l'ouverture officielle de la salle était transmise et le nombre de demandes d'interventions a augmenté de façon considérable (certains patients étaient auparavant directement dirigés vers Montréal ou Québec, faute de service en région). Depuis la période 9, soit depuis l'ouverture de la salle à temps complet le pourcentage de demandes réalisées de catégorie A, a par le fait même augmenté passant de 88% (avant l'ouverture de la salle) à 93%

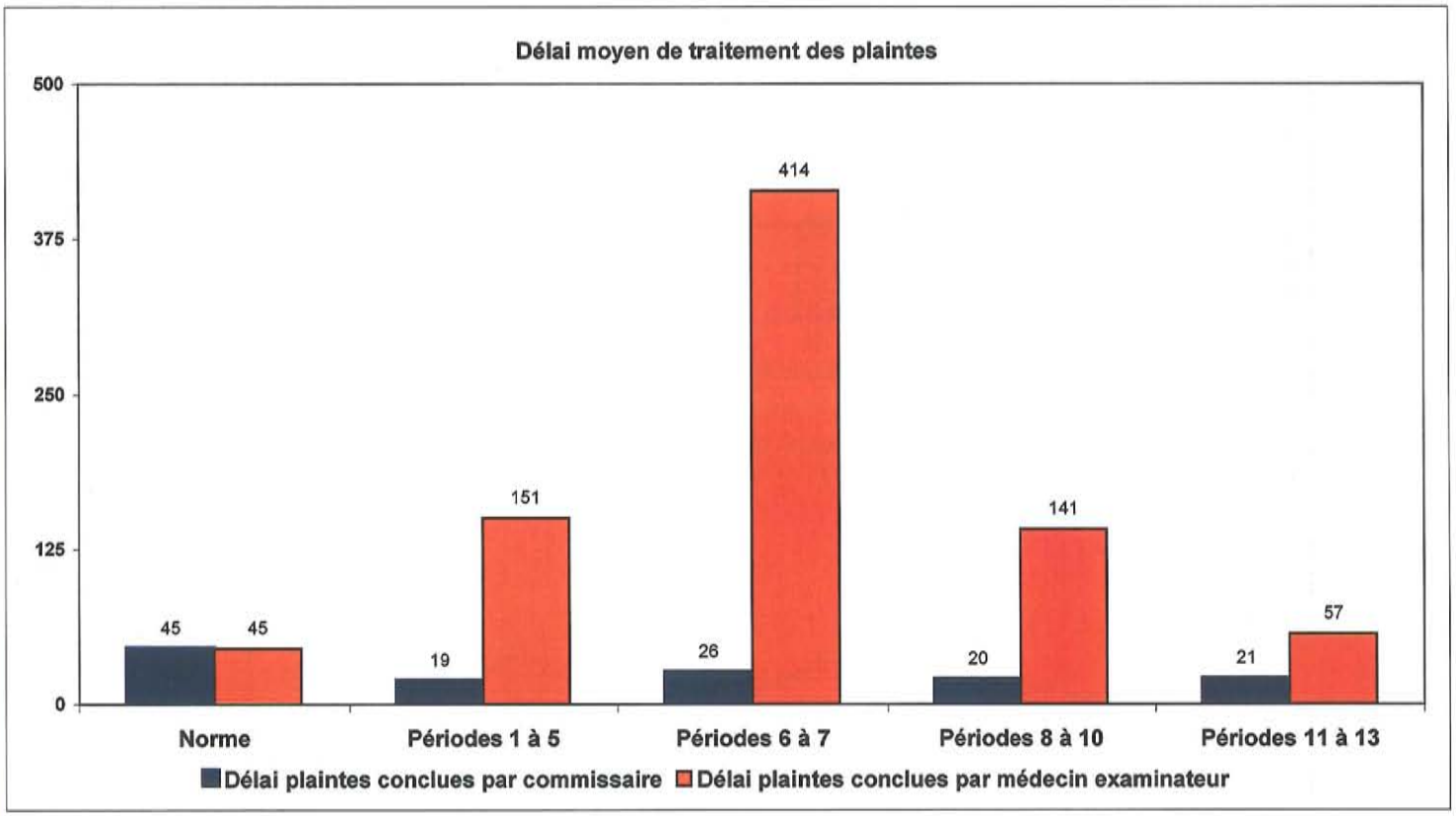
PLAN D'ACTION :

L'ouverture de la salle EPS depuis le 8 novembre devrait permettre d'améliorer les résultats s'il n'y a pas d'augmentation significative de la demande.

CHUS

5.1 Délai moyen de traitement des plaintes (jours)

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Plaintes conclues par le commissaire	29	21	< 45	(24)	-53,9%	●	↓
Plaintes conclues par le médecin examinateur	126	234	< 45	189	419,2%	■	↑



DÉFINITION :

Délai moyen de traitement :

Temps moyen écoulé entre la réception de la plainte et la communication des conclusions de l'examen par le commissaire local aux plaintes. Le délai moyen de traitement s'applique seulement pour les plaintes conclues durant la période.

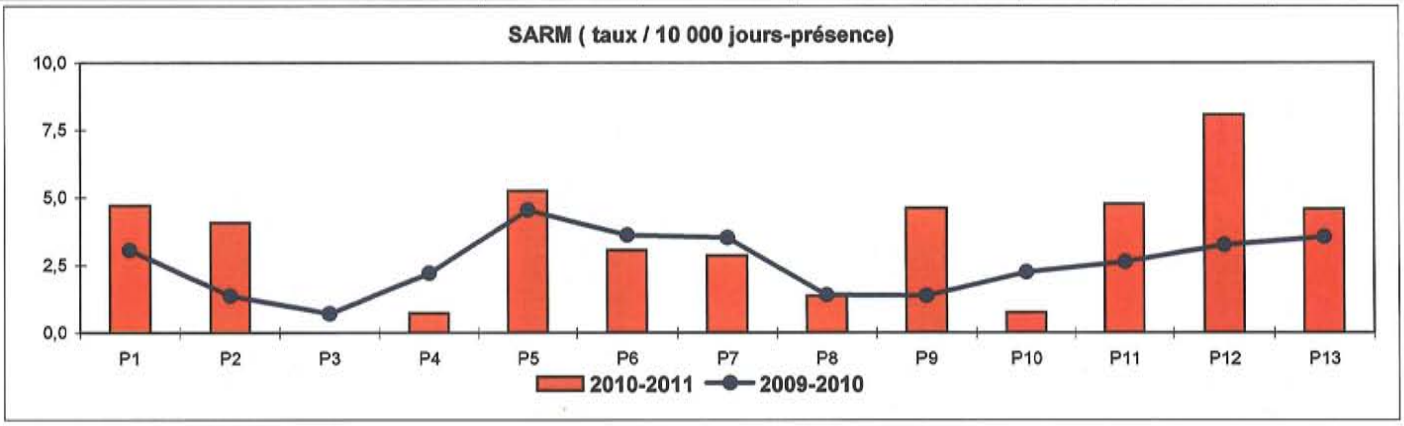
ANALYSE :

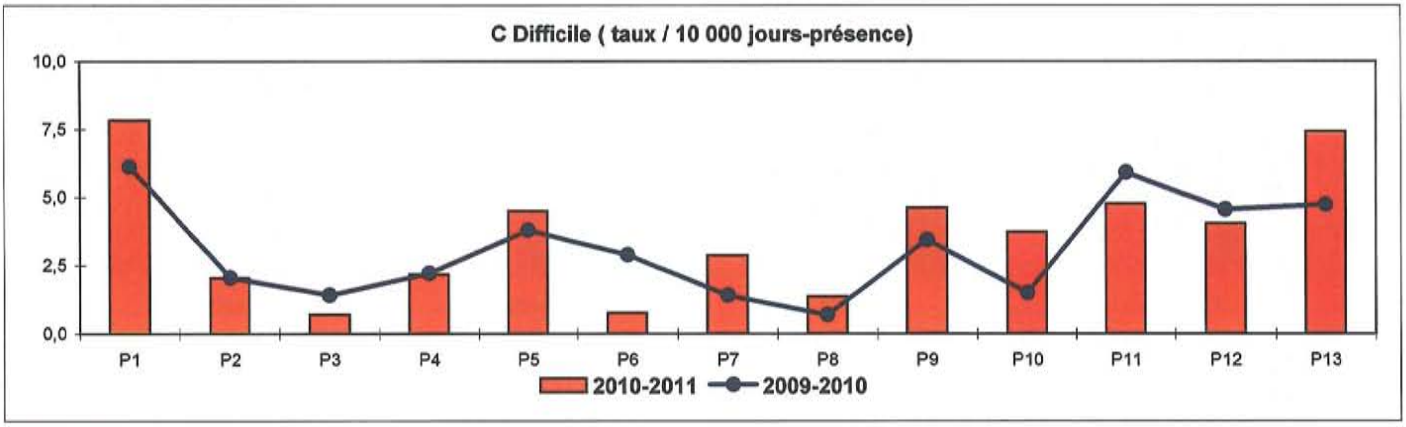
Le délai moyen de traitement des plaintes par la CLPQS respecte la norme prescrite. Au niveau du médecin examinateur, le délai élevé est principalement expliqué par un changement de pratique puisqu'auparavant, lorsque ce dernier acheminait une plainte au comité de discipline, le délai de traitement continuait à courir. Cette procédure a désormais été modifiée. Ainsi, depuis l'automne 2010, le délai de traitement cesse de courir une fois la plainte acheminée à ce comité ce qui contribue à projeter un délai de traitement plus réaliste. Enfin, le délai moyen de traitement élevé s'explique par la fermeture de dossiers en attente, donc certains étaient actifs depuis 2006. D'ailleurs, l'analyse des périodes 11 à 13 fait état des efforts soutenus pour respecter le délai de traitement prescrit par la loi.

PLAN D'ACTION :

5.3 Infections nosocomiales

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Taux / 10 000 jours-présence							
SARM	2,6	3,5	< 2.6	0,9	34,1%		
C Difficile	3,2	3,6	< 3.2	0,4	14,0%		





DÉFINITION :

SARM (taux / 10 000 jours-présence :

Nombre de nouveaux cas de "Staphylococcus aureus" résistant à la méthicilline (SARM) acquis en cours d'hospitalisation.

C Difficile (taux / 10 000 jours-présence:

Nombre de nouveaux cas de diarrhées associées au "Clostridium difficile" acquis en cours d'hospitalisation.

ANALYSE :

Le taux global d'infection nosocomiale à SARM pour l'année 2010-2011 est de 3.5 (nombre de cas / 10 000 jours/présence) par rapport à l'année 2009-2010 dont le taux était de 2.6.

Le taux global d'infection nosocomiale à C. difficile pour l'année 2010-2011 a aussi augmenté pour se situer à 3.6 (nombre de cas / 10 000 jours/présence), alors que pour l'année 2009-2010 le taux était de 3.2.

Pour les infections nosocomiales à C. difficile, malgré une augmentation par rapport à 09-10, nos taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 jours/présence selon les caractéristiques des CH demeurent inférieurs au taux moyen du Québec qui est de 7.7 pour les CH ≥ 250 lits et de 7.8 pour les CHU.

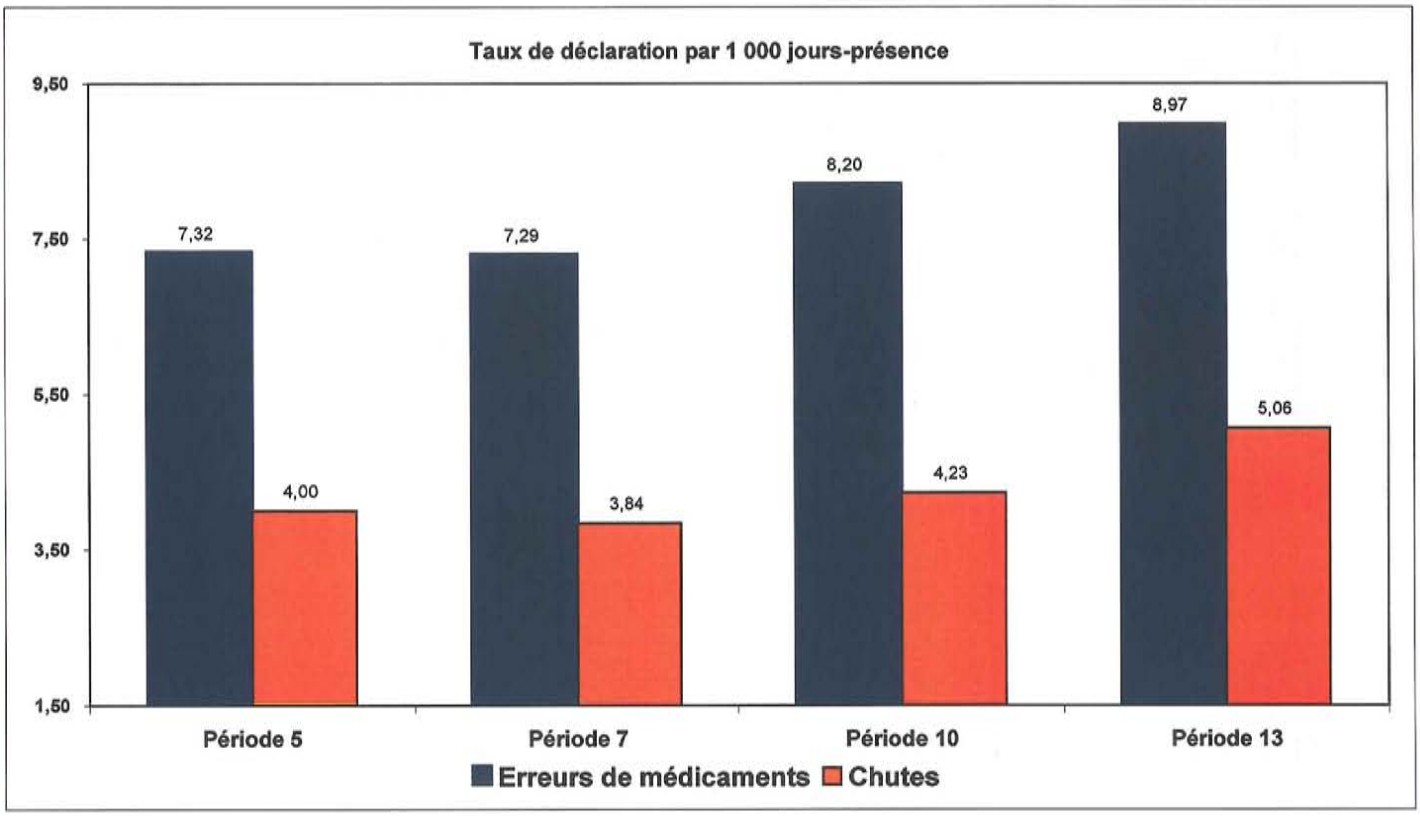
Ces résultats obtenus méritent de souligner les efforts du personnel sur le terrain, au centre de l'application des mesures pour le contrôle du SARM et du Clostridium difficile.

PLAN D'ACTION :

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

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

Indicateur	Résultats 2010-2011			
	Cumul P5	Cumul P7	Cumul P10	Cumul P13
Taux de déclaration d'erreurs de médicaments	7,32	7,29	8,20	8,97
Taux de déclaration de chutes	4,00	3,84	4,23	5,06



DÉFINITION :

Taux de déclarations d'erreurs de médicaments par 1 000 jours-présence :

Nombre total d'erreurs de médicaments déclarées pour les unités d'hospitalisation et enregistrées au registre local par 1 000 jours-présence.

Taux de déclaration de chutes par 1 000 jours-présence :

Nombre total de chutes déclarées pour les unités d'hospitalisation et enregistrées au registre local par 1 000 jours-présence.

ANALYSE :

Les taux de déclarations d'erreurs de médicaments et de chutes indiqués en période 13 reflètent le portrait réel des déclarations d'événements survenus durant l'année. Le nombre de déclarations d'erreurs de médicaments est , à chaque année, supérieur au nombre de chutes. Comme nous sommes à notre première année d'exercice face à ces indicateurs de sécurité, nous serons davantage en mesure d' établir des comparatifs et de dégager des tendances dans l'année qui vient.

PLAN D'ACTION:

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

CHUS

6.4 Nombre d'effectifs - volet universitaire

Résidents	Au 31 mars 2010	Fin période 5	Fin période 7	Fin période 10	Fin période 13
Résidents 2010-2011	501	567	560	547	538
Chercheurs (Centre recherche clinique ÉTIENNE LE-BEL)	**Au 31 mars 2010**	**Fin période 5**	**Fin période 7**	**Fin période 10**	**Fin période 13**
Cliniciens	78	82	82	83	86
Fondamentalistes	107	110	111	112	114
TOTAL	**185**	**192**	**193**	**195**	**200**

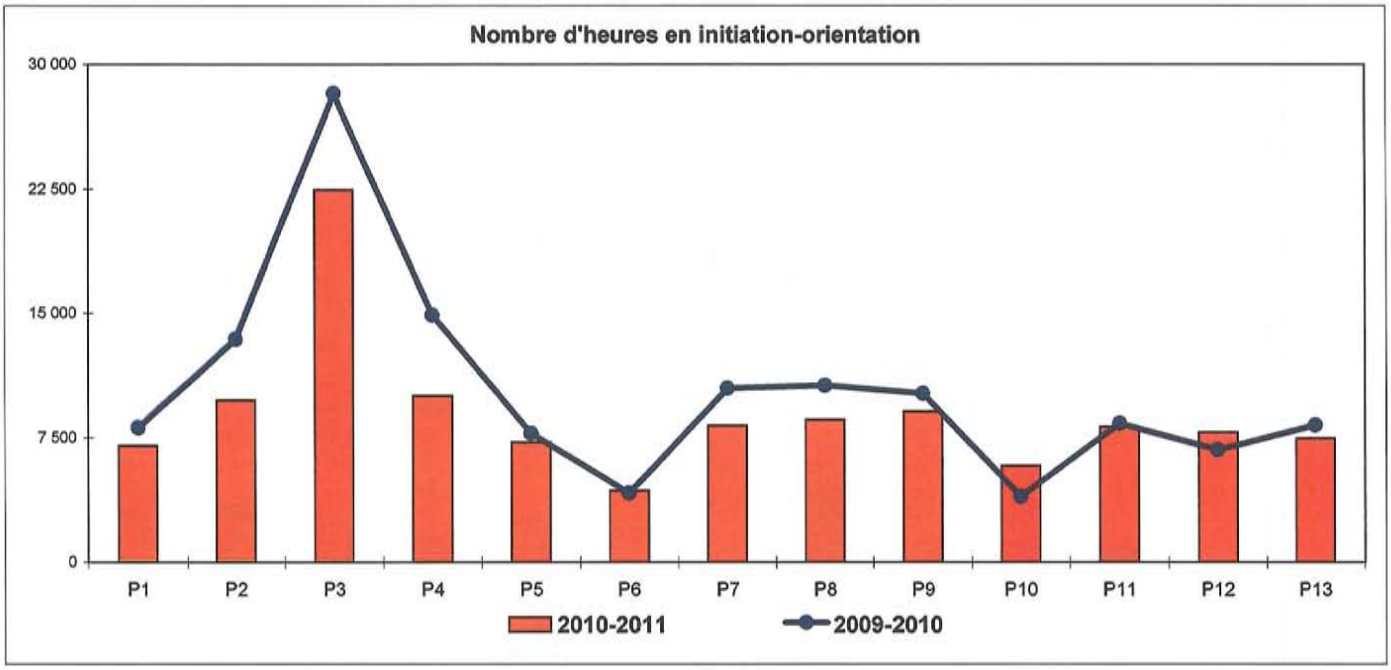
DÉFINITION :

ANALYSE :

PLAN D'ACTION :

7.2 Nombre d'heures en initiation-orientation

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Préposés aux bénéficiaires	14 259	10 334					
Infirmières+ candidates	48 827	39 676					
Infirmières auxiliaires	13 439	13 500					
Sous-total Personnel de soins	**76 525**	**63 510**	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Techniciens (imagerie, labos, ...)	16 797	14 435					
Personnel administratif	13 657	12 658					
Personnel de soutien	4 826	3 048					
Professionnels	8 578	9 777					
Commis et réceptionnistes	11 454	9 663					
Cadres	277	328					
Autres	2 895	2 405					
Sous-total Autre personnel	**58 484**	**52 314**	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
TOTAL	**135 009**	**115 824**	**104 945**	**10 879**	**10,4%**	●	↓



DÉFINITION :

N.B. : Il est très délicat de se doter d'une cible pour cet indicateur qui est ambivalent (l'orientation est un processus-clé pour s'assurer de la compétence des employés du CHUS, et par là-même de la qualité et de la sécurité des soins et services assurés dans notre établissement), mais nous devons limiter la croissance des dépenses associées à ces activités.

Aussi avons-nous choisi de nous référer aux dépenses de l'année 2007-2008 (année de référence avant le PFT Hôtel-Dieu), soit des dépenses annuelles de 3,2 M $. Cette référence devra être révisée si des développements engendrant des ajouts et mouvements de personnel importants sont prévus.

ANALYSE :

- On constate une très nette diminution des heures d'initiation et d'orientation au CHUS, et ce, dans la quasi-totalité des catégories d'emploi. Ainsi, entre P1 et P13 2010-2011, les heures d'initiation et orientation ont été plus basses de 19 185 heures par rapport au cumul 2009-2010 des mêmes périodes financières. Cela représente une baisse de plus de 14 % des heures d'initiation et orientation. Cette baisse correspond à une baisse de plus de 416 000 $ dans les dépenses d'initiation et d'orientation cumulées à P13 entre l'année 2009-2010 et l'année 2010-2011.
- Trois facteurs principaux expliquent la baisse : moins d'embauches (rareté des ressources dans certaines catégories d'emploi, embauches plus ciblées dans d'autres et des mouvements de personnel), moins de mouvements de personnel et une très grande rigueur de la part des gestionnaires dans le suivi des heures d'initiation et d'orientation (notamment en ce qui concerne les heures des moniteurs).

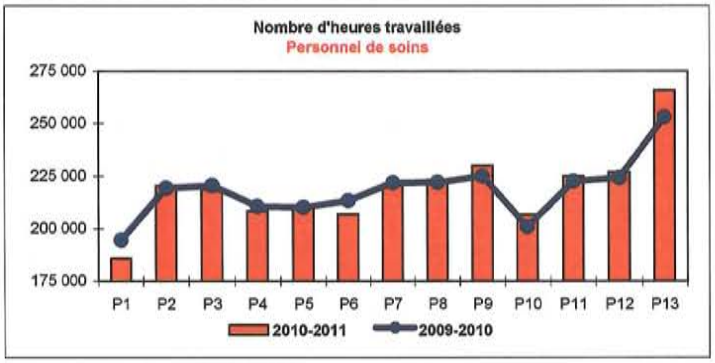
PLAN D'ACTION :

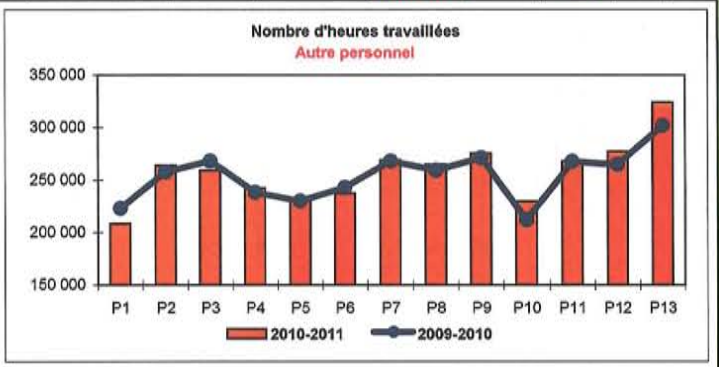
- Poursuivre les travaux visant à améliorer la séquence des mouvements de personnel.

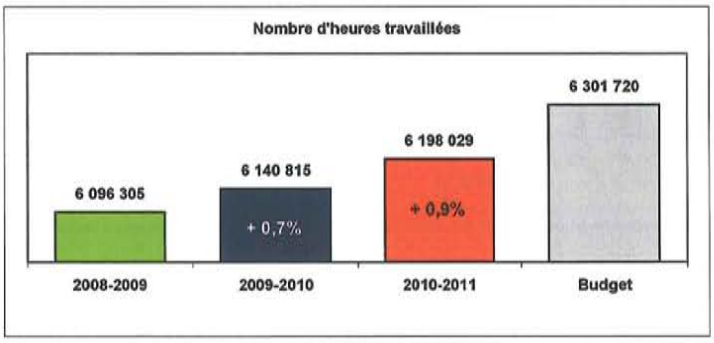
- Poursuivre l'optimisation des programmes d'initiation et d'orientation, ainsi que les efforts de rigueur dans les suivis sur le terrain (pour ce faire, outiller davantage les gestionnaires à partir de rapports par direction / programme / unité).

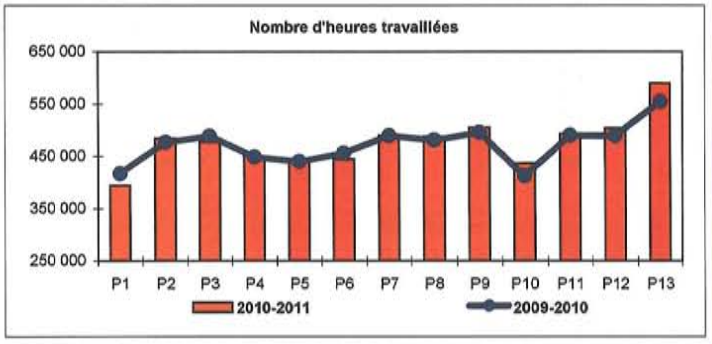
7.4 Nombre d'heures travaillées

Indicateur	Résultats			Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Écart		Qté	%		
Préposés aux bénéficiaires	704 531	720 437	15 906	689 116	31 321	4,5%		
Infirmières+ candidates	1 814 809	1 775 126	(39 683)	1 834 775	(59 649)	-3,3%		
Infirmières auxiliaires	316 928	353 173	36 245	336 237	16 936	5,0%		
Sous-total Personnel de soins	**2 836 268**	**2 848 736**	**12 468**	**2 860 128**	**(11 392)**	**-0,4%**	●	↑
Techniciens (imagerie, labos, ...)	639 365	632 950	(6 415)	638 825	(5 875)	-0,9%		
Personnel administratif	697 426	704 540	7 114	719 971	(15 431)	-2,1%		
Personnel de soutien	816 076	823 803	7 727	831 667	(7 864)	-0,9%		
Professionnels	505 016	517 174	12 158	537 447	(20 273)	-3,8%		
Commis et réceptionnistes	332 134	345 438	13 304	335 816	9 622	2,9%		
Cadres	198 620	205 845	7 225	273 300	(67 455)	-24,7%		
Autres	115 910	119 543	3 633	104 566	14 977	14,3%		
Sous-total autre personnel	**3 304 547**	**3 349 293**	**44 746**	**3 441 592**	**(92 299)**	**-2,7%**	●	↑
TOTAL	**6 140 815**	**6 198 029**	**57 214**	**6 301 720**	**(103 691)**	**-1,6%**	●	↑









DÉFINITION:

Nombre d'heures travaillées :

Il s'agit du nombre total d'heures travaillées par l'ensemble du personnel que ce soit à taux régulier ou à taux supplémentaire.

ANALYSE :

- Le nombre d'heures travaillées entre les périodes financières P1 et P13 est plus élevé en 2010-2011 par rapport au niveau de l'année 2009-2010 (57 214 heures de plus). Au niveau des cadres, l'écart des heures travaillées par rapport au budget est expliqué par le nombre de postes vacants et le remplacement de ceux-ci par des intérims qui ne sont pas rémunérés sous le titre d'emploi de cadre.

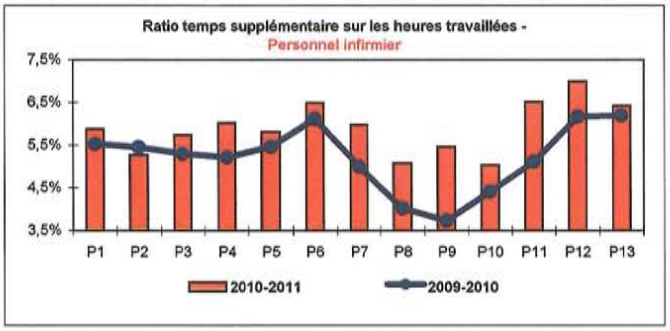
- Pour le personnel oeuvrant dans le secteur des soins infirmiers, la baisse des heures travaillées par les infirmières liée à l'accentuation de la rareté des ressources est en partie compensée, dans le cadre de travaux de réorganisation du travail, par une augmentation des heures travaillées par les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

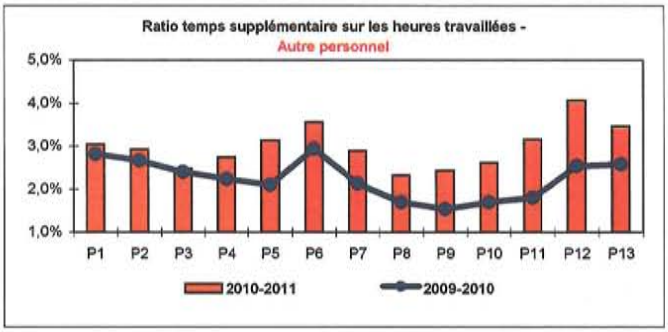
PLAN D'ACTION :

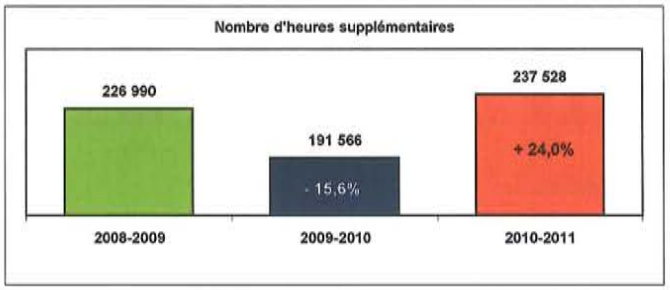
- Poursuivre les travaux de réorganisation du travail ainsi que les efforts d'attraction et de rétention du personnel afin de maintenir l'accessibilité des services.

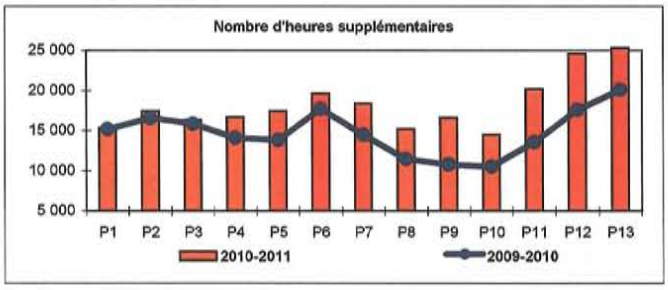
7.4 Ratio temps supplémentaire vs heures travaillées

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Infirmières+ candidates	5,2%	5,9%					
Sous-total Personnel infirmier	**5,2%**	**5,9%**	**5,7%**	**0,23%**	**4,1%**	●	↑
Infirmières auxiliaires	4,8%	5,5%					
Préposés aux bénéficiaires	3,9%	5,5%					
Techniciens (imagerie, labos, ...)	3,3%	3,7%					
Personnel administratif	1,1%	1,6%					
Personnel de soutien	1,1%	1,8%					
Professionnels	1,8%	2,2%					
Commis et réceptionnistes	2,1%	3,0%					
Cadres	0,1%	0,2%					
Autres	0,9%	1,1%					
Sous-total Autre personnel	**2,2%**	**3,0%**	**3,4%**	**-0,41%**	**-12,1%**	●	↑
TOTAL	**3,1%**	**3,8%**					↑









DÉFINITION :

Ratio temps supplémentaire vs heures travaillées :

Proportion du nombre d'heures supplémentaires par rapport au total des heures travaillées.

ANALYSE :

- On constate une augmentation du ratio de temps supplémentaire dans la totalité des catégories d'emploi. Cette augmentation est en partie liée à la rareté des ressources, ce qui a pour impact que les ressources en place sont beaucoup plus sollicitées pour faire du temps supplémentaire.
- Dans le secteur des soins, l'augmentation des heures travaillées en temps supplémentaire par les infirmières est liée à une rareté des ressources.
- Pour les autres catégories d'emploi, l'augmentation du ratio de temps supplémentaire s'explique en partie par des embauches beaucoup plus ciblées et réduites, notamment pour le personnel oeuvrant sur les listes de rappel, et ce, afin d'assurer une prestation de travail en temps régulier substantielle pour l'ensemble des employés du CHUS.

PLAN D'ACTION :

Maximiser le travail effectué en temps régulier

- Rehaussement des conditions d'emploi : renforcer la prestation de travail des infirmières en temps régulier sur les quarts vulnérables de soir et de nuit en leur octroyant un statut à temps complet. Le rehaussement des conditions d'emploi a permis d'augmenter la force de travail du CHUS de près de 25 équivalents temps complet.
- Mise en place d'horaires de 12 heures dans certains secteurs (projet pilote à l'urgence de l'Hôpital Fleurimont).
- Mise en place par le service de santé des personnes et des groupes de mécanismes de réaffectation au travail des infirmières en assurance salaire, en les soutenant grâce à l'accompagnement d'infirmières auxiliaires ou de préposés aux bénéficiaires.

Maximiser la contribution d'employés œuvrant dans des titres d'emploi pour lesquels la pénurie n'est pas aussi prononcée

C'est là le but de l'ensemble des projets de réorganisation de travail qui ont été menés dans l'établissement. La contribution des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et des éducateurs spécialisés (en santé mentale) a ainsi été maximisée pour réduire les requis d'infirmières.

Ces projets permettront de réduire les requis d'infirmières de près de 30 équivalents temps-complet entre 2010-2011 et 2012-2013. Les rôles des préposés en hygiène et au transport sont également en cours de révision.

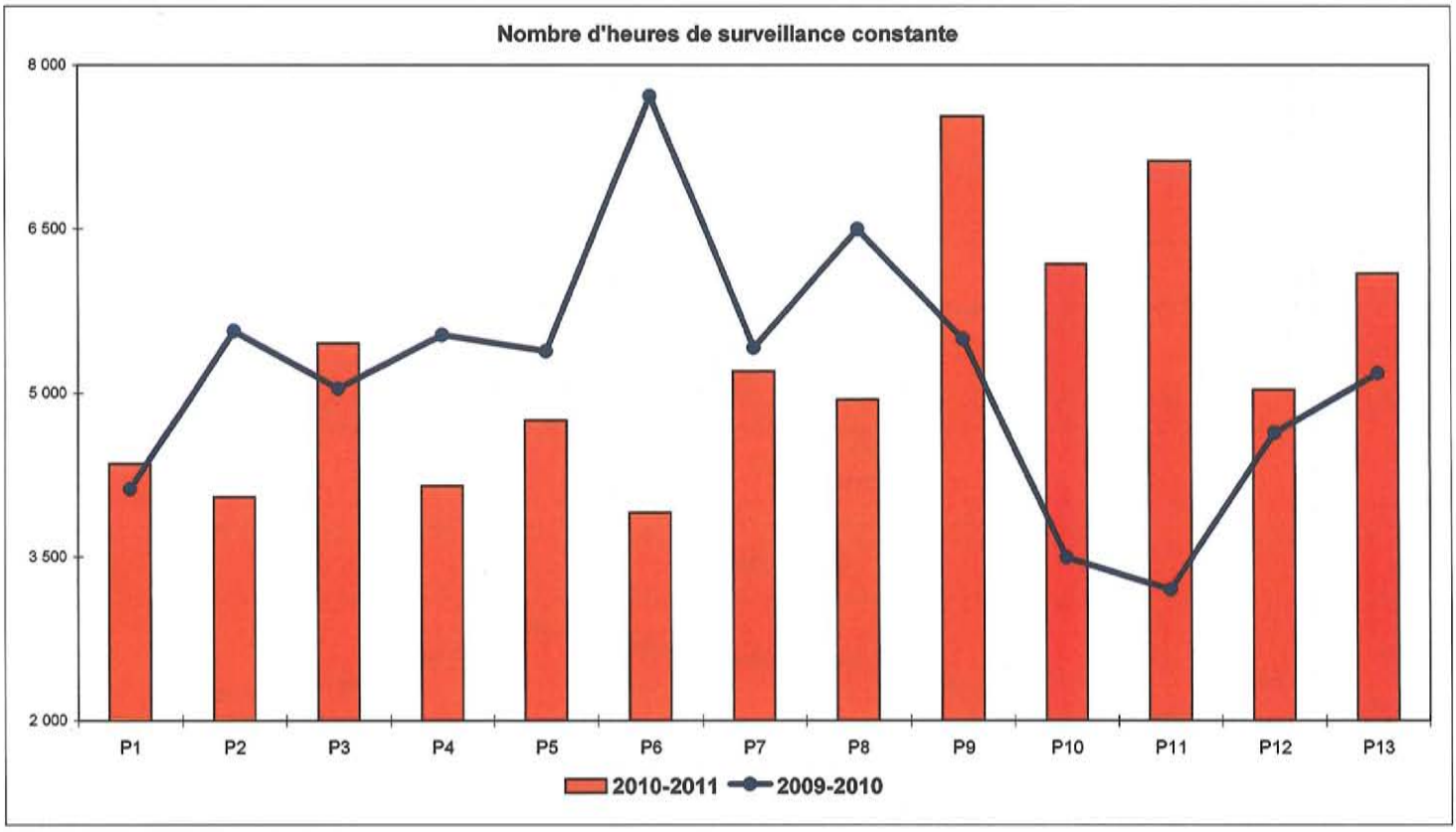
Limiter autant que possible la réalisation de travail en temps supplémentaire imposé

- La mise en place des horaires informatisés au cours des années 2009-2010 et 2010- 2011 nous a permis de planifier de façon extrêmement proactive les remplacements sur les quarts les plus vulnérables, et par là même de limiter le travail en temps supplémentaire imposé.
- Le projet d'affichage systématique des quarts à effectuer en temps supplémentaire dans les centres d'activité permettra également de limiter le travail en temps supplémentaire imposé des infirmières.
- La mise en place d'indicateurs tels que la cote de présence, indicateurs qui seront retravaillés et affinés au cours des prochains mois, permet également d'optimiser l'allocation des ressources par la direction interdisciplinaire des services cliniques.

CHUS

7.4 Nombre d'heures de surveillance constante

Indicateur	Résultats			Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11	Écart		Qté	%		
Heures de surveillance constante	67 280	68 770	1 489	55 932	12 838	23%		
Salaires en surveillance constante	**1 248 246 $**	**1 316 329 $**						



DÉFINITION :

Surveillance constante :

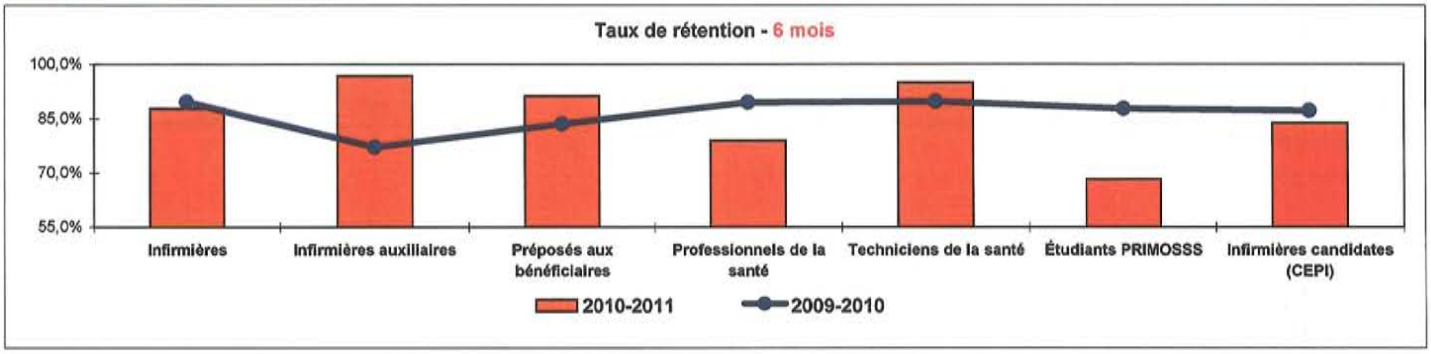
Mesure de surveillance et d'accompagnement d'un professionnel (habituellement un préposé aux bénéficiaires) dédié sur place, auprès d'un patient vulnérable, dont les comportements sont susceptibles de compromettre sa santé, sa sécurité ou celles d'autrui.

ANALYSE :

PLAN D'ACTION :

7.4 Taux de rétention

Indicateur	Résultats				Cible		Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10		Cumul 10-11							
	6 mois	1 an	6 mois	1 an	6 mois	1 an	6 mois	1 an		
Infirmières	89,4%	80,1%	87,8%	N/A	85,0%	75,0%	2,8%	N/A	●	↓
Infirmières auxiliaires	77,1%	70,0%	96,8%	N/A	85,0%	75,0%	11,8%	N/A	●	↑
Préposés aux bénéficiaires	83,5%	82,3%	91,2%	N/A	85,0%	75,0%	6,2%	N/A	●	↑
Professionnels de la santé	89,5%	84,2%	78,9%	N/A	85,0%	75,0%	-6,1%	N/A	●	↓
Techniciens de la santé	89,7%	89,7%	95,0%	N/A	85,0%	75,0%	10,0%	N/A	●	↑
Étudiants PRIMOSSS	87,8%	79,1%	68,2%	N/A	85,0%	75,0%	-16,8%	N/A	▲	↓
Infirmières candidates (CEPI)	87,3%	76,4%	83,8%	N/A	85,0%	75,0%	-1,2%	N/A	●	↓



DÉFINITION:

Taux de rétention:

Proportion du nombre de personnes embauchées au cours de la dernière année encore à l'emploi.

Établit le pourcentage de personnes embauchées (ou réembauchées) pour une année financière donnée toujours à l'emploi de l'établissement au terme d'une période de temps déterminée après leur embauche.

ANALYSE :

Il est trop tôt pour présenter la rétention des employés à 6 mois et à 1 an pour l'année financière en cours. Le taux de 81% présenté dans la rétention 6 mois de l'année 2010-2011 n'est pas final. Seulement 69% des embauches ont atteint le cap des 6 mois. Sur les 617 embauches cumulatives à la P13 2010-2011, il y a 189 embauches qui ont été faites il y a plus de 6 mois. Parmi ces embauches, il y a eu 112 départs à ce jour.

Pour l'année précédente, on peut dire que pour l'ensemble des embauches de la P1 à la P13, les taux de rétention 6 mois et 1 an sont finaux.

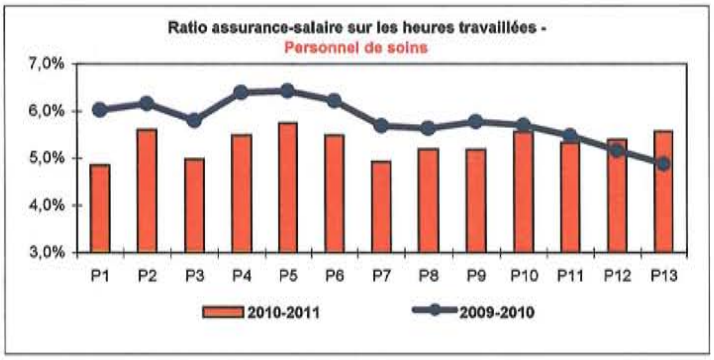
N.B. : Pour ce qui est du taux de rétention des étudiants PRIMOSSS, il ne constitue pas un indicateur pertinent du fait de la nature même du fonctionnement des programmes d'employabilité. En effet, les étudiants travaillent au cours de la période estivale, démissionnent souvent pendant la période des cours pour revenir à l'emploi du CHUS lors de leurs vacances ou une fois leurs études terminées.

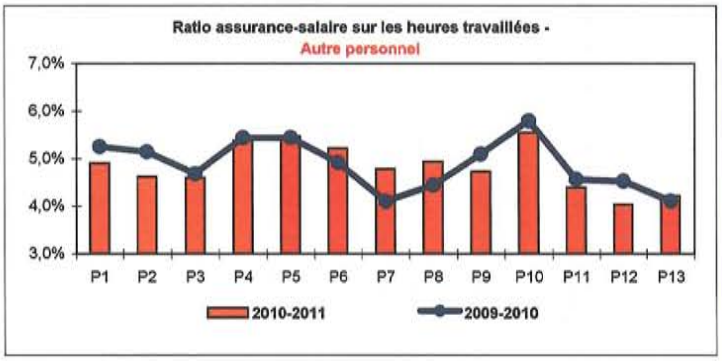
PLAN D'ACTION :

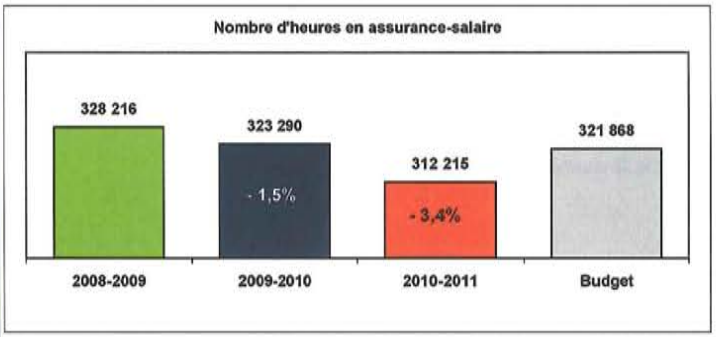
Actions axées sur l'accueil, l'intégration et l'orientation du personnel, le développement des compétences, le développement d'un environnement de travail sain, l'instauration et le maintien de conditions de travail attrayantes et équitables et le rôle prépondérant du gestionnaire dans les modes d'intervention associés à la rétention.

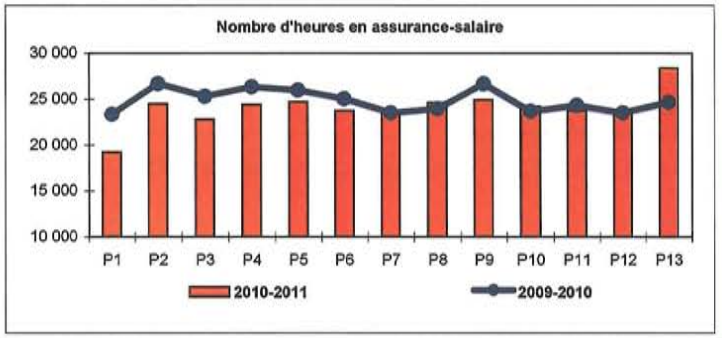
7.6 Ratio assurance-salaire vs heures travaillées

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Préposés aux bénéficiaires	7,2%	6,6%	5,3%	1,3%	25%		
Infirmières+ candidates	5,2%	4,5%	5,3%	-0,8%	-14%		
Infirmières auxiliaires	6,0%	6,7%	5,3%	1,4%	26%		
Sous-total Personnel de soins	**5,8%**	**5,3%**	**5,3%**	**0,0%**	**0%**	●	↓
Techniciens (imagerie, labos, ...)	3,6%	3,3%	5,3%	-2,0%	-38%		
Personnel administratif	5,3%	6,8%	5,3%	1,5%	28%		
Personnel de soutien	5,7%	5,1%	5,3%	-0,2%	-3%		
Professionnels	4,5%	4,1%	5,3%	-1,2%	-24%		
Commis et réceptionnistes	7,2%	5,8%	5,3%	0,5%	9%		
Cadres	1,4%	3,1%	5,3%	-2,2%	-42%		
Autres	4,1%	1,8%	5,3%	-3,5%	-66%		
Sous-total Autre personnel	**4,85%**	**4,80%**	**5,3%**	**-0,5%**	**-9%**	●	↓
TOTAL	**5,3%**	**5,0%**	**5,3%**	**-0,3%**	**-5%**	●	↓
Impact financier (incluant ch. sociales 11.5%)	**6 808 865 $**	**6 668 620 $**					
ETC (nombre d'employés)	**171**	**166**					









DÉFINITION :

Ratio en assurance-salaire:

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

ANALYSE :

L'écart entre le ratio à la fin de l'année dernière (cible) et le ratio actuel est de 0,2 de qui représente une amélioration de 3,77%.
Les heures en assurance-salaire ont diminué de 4% comparé à l'année passée alors que les heures travaillées des activités principales de la même période ont diminuées de 1%.
Le nombre de demandes d'assurance-salaire est en hausse de 3,4%.

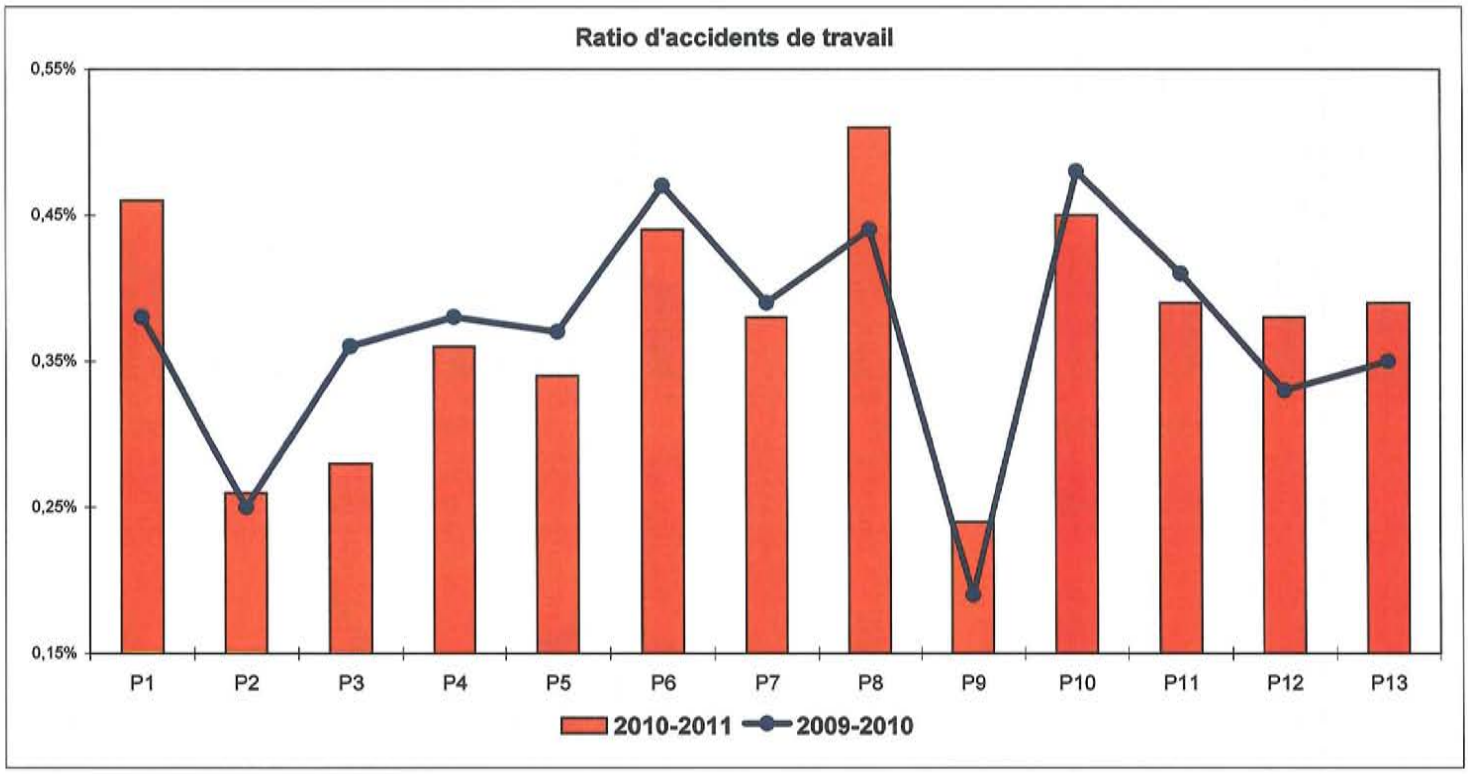
PLAN D'ACTION :

Gestion médico-légale : suivi mensuel par un agent de la gestion du personnel, suivi par médecin-conseil aux 6 semaines, expertises supports par des spécialistes, corridors privilégiés en imagerie médicale et en physiothérapie, collaboration des spécialistes pour des chirurgies, expertises légales, arbitrage médical, programme d'aide aux employés, assignation temporaire, accompagnement lors de retour au travail, postes réservés et accommodement pour le personnel avec limitations fonctionnelles et déploiement d'un tableau de bord auprès des gestionnaires.

CHUS

7.6 Ratio d'accidents de travail

Indicateur	Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Ratio d'accidents de travail	0,37%	0,38%	0,37%	0,01%	1%		



DÉFINITION :

Ratio d'accidents de travail :

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

ANALYSE :

Il y a un léger écart entre le ratio à la fin de l'année dernière (cible) et le ratio cumulatif au 31 mars 2011.

C'est au cours de la P8 que le ratio CSST a augmenté au même niveau que le ratio final de 2009-2010.

Les heures CSST cumulatives au 31 mars 2011 sont un peu plus élevées que celle de l'année passée à la même date (1.4% plus élevée en 2011).

Le nombre total d'accidents APT et EALB sont en baisse de 2% comparativement à la même période l'an passé (+23% APT et -14% EALB).

Les déclarations d'accidents SPT ont augmenté de 22% en P13. Ce n'est pas nécessairement négatif, car celles-ci sont encouragées afin de mieux détecter les situations problématiques et ainsi y apporter les correctifs.

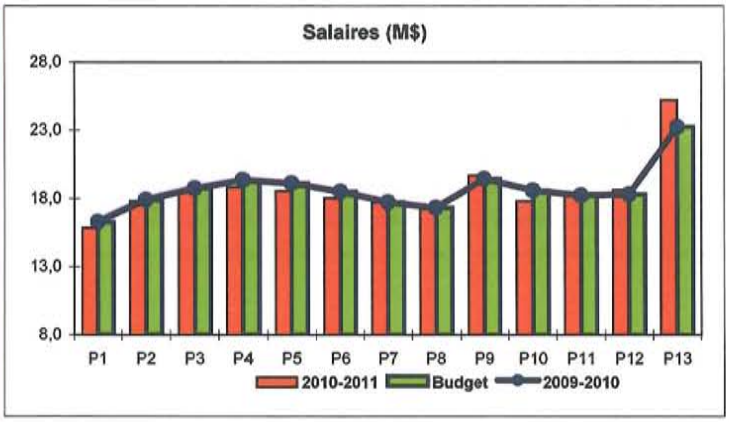
PLAN D'ACTION :

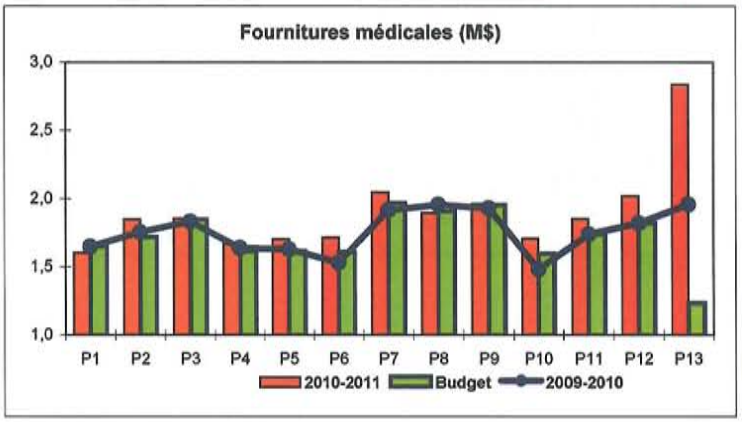
Gestion médico-légale : gestion par un agent de la gestion du personnel, assignations, expertises, partage de coûts, déploiement d'un tableau de bord auprès des gestionnaires.

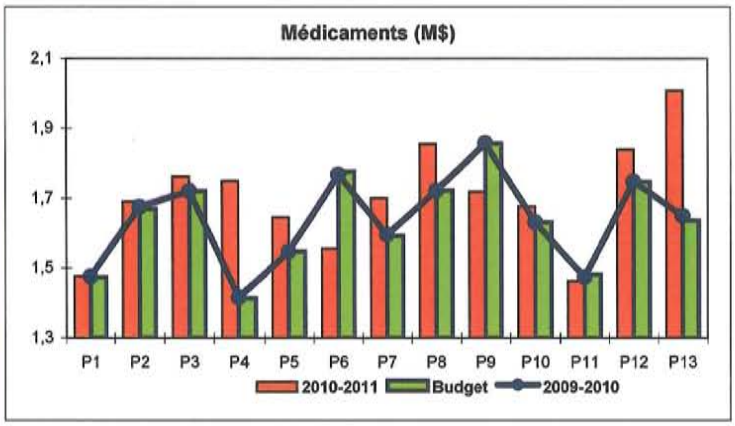
Prévention : investissement de 400 000 $ annuel en petits équipements liés à des risques pour la santé et sécurité du personnel, analyses ergonomiques (ergo-bureau, rénovations et construction), instructeurs PDBS (mobilisation des patients), comités de santé et sécurité (7), autres comités comme expert (5), support et assistance auprès des gestionnaires et des employés, programme d'immunisation, programme de protection respiratoire, projet aiguilles avec dispositif sécuritaire, projet de protection lors de la manipulation de médicaments dangereux, projet de mise à jour NPG Climat sain et libre de toute forme de violence et CHUS-Énergique.

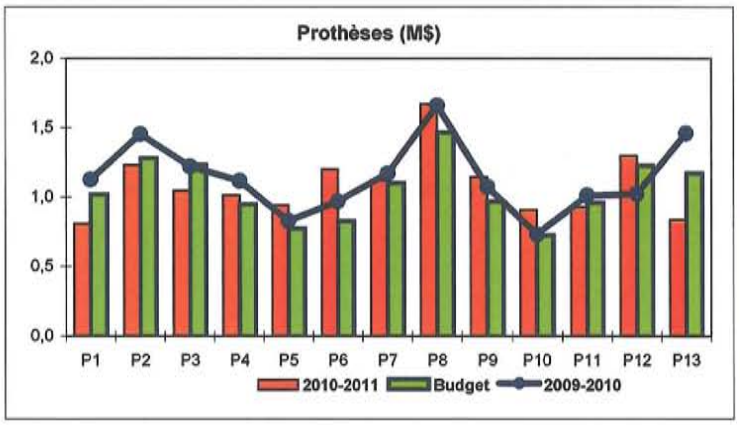
8.1 Résultats financiers - Évolution des coûts

Indicateur	Résultats (M$)		Cible	Écart		Picto	Tendance
	Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Salaires totaux	239,9	242,1	242,5	(0,3)	-0,1%	●	↑
Fournitures médicales	22,8	24,7	22,3	2,4	10,8%	▲	↑
Médicaments	21,3	22,1	21,3	0,9	4,1%	●	↑
Prothèses	14,9	14,2	13,7	0,4	3,0%	●	↓









DÉFINITION :

Résultats financiers :

Ensemble des dépenses en milliers de dollars pour l'ensemble du CHUS selon les natures de dépenses spécifiées.

ANALYSE :

Au niveau des salaires, nous observons une économie expliquée par une rareté des ressources. En ce qui concerne les fournitures médicales, nous avons un dépassement causé par une augmentation de la dépense pour le matériel de perfusion. Quant aux prothèses, la baisse des coûts par rapport à l'année précédente est liée principalement aux appels d'offres dans les secteurs de l'hémodynamie et de l'électrophysiologie ainsi qu'à une diminution du nombre de prothèses endovasculaires en angio générale. Par contre, le dépassement de la cible budgétaire est causé par une augmentation des activités en hémodynamie et en électrophysiologie.

PLAN D'ACTION :

CHUS

8.4 Nombre d'effectifs médicaux

Effectifs médicaux	Total au 31 mars 2010	Actifs	Associés	Conseils	Total à la fin de la période 13
Spécialistes	446	420	20	28	468
Omnipraticiens	135	99	30	14	143
Pharmaciens	48	50	3	0	53
TOTAL	**629**	**569**	**53**	**42**	**664**

DÉFINITION :

ANALYSE :

PLAN D'ACTION :

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- Selon le plan d'action
- À risque moyen - échéancier - RH ou $
- À risque élevé - échéancier - RH ou $

	Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
			0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE DES SOINS ET SERVICES									
✓	1.3 Consolider le processus de gestion des rendez-vous et des listes d'attente.				✓		taux de réponse	72%	●	Le taux de réponse était à 69 % en 2007-2008. Nous travaillons actuellement sur l'algorithme téléphonique ainsi que sur l'organisation du travail pour améliorer encore ce taux.
✓	1.7 Poursuivre les projets en réorganisation du travail.	Déc. 2011	SM, Soins critiques, néonatalogie	Maternité	Méd.-chir	pédiatrie	11 secteurs touchés/ 23 équipes de soins différentes / 55 ressources infirmières converties		▲	Ralentissement des projets en lien avec la disponibilité des ressouces (infirmières auxiliaires). Pour la néonatalogie, travaux en cours avec les équipes, implantation planifiée à l'automne 2011. Pour la santé mentale, projet pilote 9e de soir pour l'été 2011.
	1.8 Poursuivre le projet de transformation du travail avec nos partenaires (santé mentale).				✓				●	Expérimentations en cours. Nouveau projet en phase diagnostique pour la clientèle DI-TED
	1.9 Développer et soutenir la télésanté.	Juillet 2011				✓	Nombre d'infirmières ressources formées/total des infirmières formées (96)	96 sur 96	●	La formation est complétée comme elle avait été prévue.
		Août 2011		✓			Nombre d'équipements déployés/total des équipements à déployer (73)	53 sur 73	●	Les déploiements se déroulent comme ils avaient été prévus. Les déploiements seront complétés à l'été 2011.
		Déc. 2011		✓			TASP : Cliniques virtuelles (cible 960)	599 sur 960	●	La cible de TASP est une cible collective. L'ensemble des sites déployés doit y contribuer à raison de 2 cliniques par mois minimum pour atteindre notre objectif en décembre 2011. Nous avons une avance de 92 cliniques sur le nombre de cliniques à réaliser à la fin de la période 13.
2.	CONTRIBUER A L'AMELIORATION DU CONTINUUM DE SOINS DANS LE CADRE DES PROJETS CLINIQUES DE LA REGION									
	2.1 Mettre en œuvre l'offre de service de chaque programme clientèle dans le cadre des projets cliniques des CSSS.	Avril 2011		✓			# de projets de continuum de services en cours	4	●	- Santé mentale adulte - Santé mentale jeunesse - Oncologie - Interruption volontaire de grossesse - Plagiocéphalie
							# ententes régionales	238	●	- 238 ententes de collaboration pour tout le CHUS. - Faire reconnaître au CHUS et régionalement le cadre de référence pour la rédaction d'une entente de collaboration pour assurer que tous les éléments sont considérés et en faciliter le repérage. - Clarification en cours des ententes de collaboration pour le programme de biologie médicale. - Clarification en cours du processus de conservation des ententes avec la DQPEP.
	2.2 Améliorer la communication avec la clientèle et les médecins référents.	Non défini	✓				- Médecins traitants CSSS - Médecins traitants GMF - Transferts interhospitaliers - Hébergements	100% 0% 0% 0%	▲	Travaux selon la capacité de programmation et d'implantation de l'équipe Ariane. Formation à suivre.
✓	2.3 Finaliser la mise en place de la fiche Réseau.	Avril 2011		✓			- Hospitalisations - Soins de jour - Cliniques externes	90% 50% 0%	▲	Travaux selon la capacité de programmation et d'implantation de l'équipe Ariane. Formation à suivre.
3.	DEVELOPPER L'OFFRE DE SERVICES CLINIQUES SUPRAREGIONAUX (RUIS)									
	3.1 Promouvoir l'établissements de corridors de services suprarégionaux.	En continu					# ententes supra		●	Dotation effectuée pour le poste d'adjoint aux partenariats cliniques. Révision des demandes par établissement pour le RUIS. Deuxième tournée RUIS prévue au printemps prochain.
✓	3.3 Identifier et développer des champs d'excellence en soins tertiaires et quaternaires.								●	Nouvelle direction à la DISC, un état de situation sera fait au cours de la prochaine année, ayant le souci d'arrimer le tout en lien avec la planification stratégique et les axes d'excellence du CHUS.
	3.4 Améliorer l'accessibilité en néonatologie	En continu							●	Le MSSS interdit de refuser des bébés provenant des centres référents. Des rencontres ont été faites avec les centres référents afin de les sensibiliser à la reprise en charge de leurs bébés une fois stabilisés au CHUS. Depuis juin 2009, aucun bébé provenant d'autres centres n'a été refusé. Une nouvelle catégorisation de soins est en vigueur pour toutes les unités néonatales au Québec pour la classification des patients en soins intensifs, intermédiaires et convalescents depuis le 28 février dernier. À cet effet, le contenu du Site Néo a été modifié en fonction de cette nouvelle catégorisation.

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- Selon le plan d'action
- À risque moyen - échéancier - RH ou $
- À risque élevé - échéancier - RH ou $

	Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
			0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
4	ADAPTER NOS SOINS ET SERVICES AUX BESOINS DE LA POPULATION									
✓	4.1 Mettre en œuvre le plan d'action concernant l'approche interdisciplinaire en soins et services à la personne âgée.	Non défini		✓					●	Les travaux comme CH pilote pour l'implantation de l'approche à la personne âgée en CH se poursuivent. Le poste de conseillère cadre dédiée à la personne âgée est vacant, mais un recrutement intérimaire devrait entrer en fonction en mai-juin ainsi qu'un chargé de projet pour soutenir la démarche. Activités planifiées de P7 à P13 réalisées. Pour le prochain rapport soit à P7 2011, un plan de projet sur les activités d'implantation devrait être déposé.
	4.2 Débuter la mise en œuvre d'une approche spécifique de soins pour la clientèle 0-18 ans.									Non débuté
	4.3 Finaliser l'implantation du plan thérapeutique infirmier.	Juin 2011							■	Non implanté à l'urgence de Fleurimont (nouveau chef, projet quart de travail de 12 heures, etc...) Non implanté en maternité dans les 2 secteurs (réorganisation du travail en cours)
	4.4 Développer des pratiques professionnelles en interdisciplinarité.	Terminé				✓			●	**Adoption du cadre** - Continuum de soins (meilleures pratiques cliniques centrées sur l'usager-qualité, meilleurs processus centrés sur l'organisation-continuité, meilleurs procédés centrés sur l'action concertée - accessibilité) - Cadre porteur dossier informatisé DISC L'interdisciplinarité est un concept qui se traduit en comportement. Nous devrons nous assurer qu'il soit utilisé lorsque les activités et/ou le suivi de clientèle l'exigeront.
5.	RENFORCER LA DEMARCHE QUALITE DANS L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION									
✓	5.1 Élaborer un cadre de référence en matière de gestion de la qualité.	18 mai 2011	✓						●	Le projet est rédigé et en consultation auprès de la DISC, du comité de gestion des risques et du comité de vigilance
	5.2 Accentuer les mesures concernant l'utilisation sécuritaire des médicaments - suivi du plan d'action sur la sécurité pharmaco thérapeutique.	Décembre 2012	✓				# objectifs actifs/25 # objectifs atteints	14 0	▲	Fin post-2012. Nous avons déterminé les priorités 2010-2011, nous avons un mécanisme en place pour la mise à jour du plan et le plan comporte plusieurs activités transversales, d'où sa difficulté (compétition de ressources, complexité,..)
	5.3 Poursuivre la réalisation du plan d'action concernant la prévention des infections.	2011		✓			% d'indicateurs du plan d'action régional réalisés		●	La plupart des objectifs sont en continu. Le tableau de bord régional doit être retourné à l'Agence fin mai
✓	5.4 Obtenir l'Agrément en 2010 (suivi du plan d'action).	18 mai 2011	✓						● ▲	Rapport suivi du 18 nov. 2010 approuvé. Rapport de suivi du 18 mai 2011: approuvé selon le portail d'Agrément Canada. Lettre officielle à obtenir. Rapport de visite du 9 mai: 3 normes pour les labos restent à documenter pour le 18 nov. 2011.
	5.6 Mettre en place le centre d'expertise clinique en radioprotection.	31 mars 2011	✓				Équipe consolidée Locaux aménagés 1er mandat exécuté		▲	Le CECR est en 4ième affichage pour un physicien-coordonnateur. Pas trouvé encore. Un physicien est partagé avec le MSSS à 3 jrs/sem. Le local à l'Édifice Murray est prêt et occupé. Il s'agit du 0212. La tournée provinciale est en démarrage. Tout va bien de ce côté.
6.	DEVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE									
	6.1 Assurer un milieu propice à l'enseignement.									À partir d'avril 2011, il y aura une nouvelle direction. La direction de l'enseignement sera intégrée avec celle des ressources humaines.
	6.2 Implanter la téléformation.	Avril 2012	✓				nombre d'équipements déployés/total des équipements à déployer (65)	12 sur 65		Nous sommes dans l'attente de réponses de plusieurs partenaires quant à la démarche de priorisation des déploiements.
		31 Déc. 2011	✓				# téléformation (cible 734)	65 sur 734	●	Les outils statistiques sont en place et sont en phase de test. Ces outils nous informent de l'utilisation selon 4 catégories : consultation, formation, administratif et autre.

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- Selon le plan d'action
- À risque moyen - échéancier - RH ou $
- À risque élevé - échéancier - RH ou $

	Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
			0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
6.	DEVELOPPER LE VOLET UNIVERSITAIRE									
	6.3 Actualiser le plan de développement de la recherche 2010-2014.	Automne 2011		✓						Identification des axes d'excellence en cours. Consultation élargie auprès des chercheurs en mars 2011.
	6.4 Accroître le transfert des connaissances et la valorisation des résultats de la recherche.	Automne 2011			✓		× Bureau aff. réglementaires × # de collabo			Bureau aff. régl. mis en place. Interactions avec partenaires pour valorisation en continu.
	6.5 Promouvoir et accroître les activités de recherche et d'évaluation dans les soins et services (dans les programmes).	Hiver 2011			✓		# de projets de recherche			Concours pr projets recherche par professionnels du CHUS sera lancé d'ici fin avril 2011.
		31 mars 2011					nb demandes nb projets en cours nb projets terminés	6 6 0		Accroître activités ÉTMIS: Projets en collaboration avec la DISC, Télésanté, CRC. Certains projets (recherche) sont à plus long terme.
7.	INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION									
✓	7.1 Actualiser le programme-cadre d'accueil du nouveau personnel, des étudiants et des stagiaires.	Non défini					Plus de 900 employés accueillis chaque année depuis 2008-2009.			Bilan des actions réalisées : - Le nouveau programme d'accueil organisationnel et ses outils (guide de préaccueil et guide d'accueil) pour les nouveaux employés sont implantés depuis février 2010. - Entente avec la Faculté pour l'accueil des externes (Saguenay, Moncton, etc.) et mise en place d'une procédure. À revoir pour les cohortes de 2011-2012. -Perspectives de travail : - Accueil des stagiaires - Accueil dans les services et unités - Revoir les outils d'évaluation et formaliser les outils d'amélioration continue.
✓	7.2 Adopter et implanter un programme-cadre d'orientation et d'intégration du personnel.	Non défini								Bilan des actions réalisées : - Développement du Cadre de référence pour le développement des compétences (incluant l'orientation et l'intégration du personnel) en collaboration avec toutes les directions du CHUS (février à septembre 2010) - Consultation auprès de la direction générale et de la DISC - Adoption du Cadre de référence pour le développement des compétences en octobre 2011 - Diffusion auprès de la table des chefs de programmes Perspectives de travail : - Diffusion dans les autres directions et auprès des chefs de services et d'unités.
	7.3 Adapter nos pratiques de reconnaissance du personnel aux valeurs et attitudes face à l'emploi.									Bilan des actions réalisées : - Révision et optimisation du programme de reconnaissance organisationnel (retrait du spectacle, activité coûteuse, à la suite de la recommandation du comité directeur des ressources humaines) - Mise en place de l'activité " 5, 10, 15, ... 1 000 fois merci! " qui nous a permis de reconnaître notre personnel dans leurs services (employés visés : tous ceux dont les années de service étaient un multiple de 5). Un franc succès, et une très belle reconnaissance, appréciée par nos employés.

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- Selon le plan d'action
- À risque moyen - échéancier - RH ou $
- À risque élevé - échéancier - RH ou $

Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
		0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
7. INTEGRER L'ATTRACTION ET LA RETENTION DU PERSONNEL, DES MEDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION									
7.5 Structurer les initiatives de préparation de la relève et le développement de carrière.								●	Bilan des actions réalisées : - Poursuite du microprogramme en gestion avec un accent mis sur la relève. Travail étroitement associé à la planification de main-d'oeuvre du personnel d'encadrement dans chaque direction.Mise en place de tests d'évaluation du potentiel de gestion dans le processus d'identification de la relève. - Soutien aux gestionnaires ciblés en fonction des constats observés dans l'appréciation de la contribution des cadres (contribution de chacun des gestionnaires du CHUS a été appréciée) - Plan de développement des compétences individualisé effectué par chaque gestionnaire avec leur supérieur immédiat pour 10-11 (accent au niveau du soutien clinique) - Programme d'accueil restructuré et élargi aux cadres par intérim (programme d'habilitation au poste pour les nouveaux cadres - requis de base en place depuis le printemps 2010) Perspectives de travail : - Travaux sur un modèle de développement de carrière. - Utilisation des nouveaux outils informatisés à acquérir pour inventorier les compétences et formations suivies en vue de mieux définir les parcours professionnels envisageables.
7.7 Poursuivre la mise en place du plan organisationnel d'amélioration du climat de travail								●	Bilan des actions réalisées : - Soutien à l'amélioration du climat - personnel services auxiliaires - Poursuite et consolidation du comité climat comme instance consultative et vigie du climat - Projet visant à faciliter la tenue de rencontres d'équipes (22 projets soutenus humainement et financièrement pour un total annuel d'environ 30 000 $, dans des équipes où des enjeux de climat apparaissaient dans le dernier sondage) - Réévaluation du climat de travail par secteur, sur demande (6 équipes) à la suite d'efforts d'amélioration du climat ou en vue de la mise en place de projets de réorganisation - Renforcement de l'habilitation sur la gestion de conflit (gestionnaires et personnel) Perspectives de travail : - Maintien du comité climat - Réévaluer le climat secteurs services auxiliaires et autres sur demandes - Habiliter sur la gestion du changement volet humain (gestionnaire et personnel).
7.8 Poursuivre le développement de partenariats avec les maisons d'enseignement.									Bilan des actions réalisées : - Amélioration de la coordination des contrats de stages, mise à jour et renouvellement des contrats avec les maisons d'enseignement (renouvellement de 10 ententes de stages) - Rapport sur les revenus de stages - Démarrage du projet régional pour améliorer et outiller la coordination des stages entre les maisons d'enseignement et les établissements de santé - Laboratoire de simulation clinique : participation aux rencontres de planification et à une démonstration d'un laboratoire de simulation aux urgences Perspectives de travail : - Poursuite du projet régional pour améliorer et outiller la coordination des stages entre les maisons d'enseignement et les établissements de santé - Pérennisation du projet PRIMOSSS - Poursuite de la collaboration du CHUS et de l'Université de Sherbrooke au projet de Laboratoire de simulation clinique.
7.9 Cibler le placement des offres d'emploi et faire connaître le CHUS hors région.								●	Bilan des actions réalisées : - Offres ciblées en fonction des catégories d'emploi pour lesquelles nous recherchons du personnel - Mise en place d'un microsite de recrutement pour atteindre de nouvelles cibles - Accent mis sur la participation aux salons professionnels dans les régions plutôt qu'à Montréal (recrutement très faible dans les salons de la région montréalaise) - Baisse des coûts d'affichage de postes de plus de 25 % entre 2009-2010 et 2010-2011 (contexte de la Loi 100) Perspectives de travail : - Poursuite de la mise en place des visites d'établissements scolaires pour aller à la rencontre des étudiants du secondaire, et ce, dans le cadre d'initiatives concertées avec les instances régionales.

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- Selon le plan d'action
- À risque moyen - échéancier - RH ou $
- À risque élevé - échéancier - RH ou $

	Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
			0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
7.	INTÉGRER L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL, DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS AU CŒUR DES ACTIONS DE GESTION									
	7.10 Revoir la place des stages comme stratégies d'attraction et de rétention du personnel.						# stages annuels		●	Bilan des actions réalisées : - Travaux d'optimisation de la coordination des contrats de stages, mise à jour et renouvellement des contrats avec les maisons d'enseignement - Rôle moteur dans le projet régional pour l'amélioration de la coordination des stages entre les maisons d'enseignement et les établissements de santé Perspectives de travail : - Pérennisation régionale des initiatives destinées à améliorer et outiller la coordination des stages entre les maisons d'enseignement et les établissements de santé - Création d'une nouvelle direction intégrant la gestion des ressources humaines et de l'enseignement, dont la vision comporte les volets suivants : être un milieu de vie et d'apprentissage stimulant et valorisant, constituer une passerelle renforcée entre la santé et l'éducation et s'impliquer dans la conception et l'évaluation des programmes de formation initiale et continue.
	7.11 Soutenir le développement des compétences.						750 activités de formation depuis le 1er avril 2010		●	Bilan des actions réalisées : - Adoption du Cadre de référence pour le développement des compétences en octobre 2010 et mise en place du cycle de gestion de la formation continue - Élaboration des PDRH 2010-2011 : création d'un outil de cueillette informatisé des besoins de formation - Suivi budgétaire régulier auprès des gestionnaires par le biais d'outils informatisés - Soutien aux projets de réorganisation du travail - Planification et organisation de plus de 750 activités de formation depuis le 1er avril 2010 Perspectives de travail : - Poursuite de la mise en place de nouvelles stratégies de formation dans l'action - Acquisition et mise en place d'un logiciel intégré de gestion de la formation - Mise en place d'un Portail pour le cyberapprentissage - Exploration de collaboration avec le CHUQ - Développer des outils pour soutenir le transfert et l'évaluation des apprentissages - Appréciation de la contribution : approche fondée sur la reconnaissance et soutenir les gestionnaires dans l'application (phase 1).
✓	7.12 Mettre en œuvre des stratégies afin de soutenir le gestionnaire dans l'accomplissement de son rôle (Aménagement du temps de travail).									Bilan des actions réalisées : - Soutien au personnel d'encadrement dans la gestion du temps de travail (techniciens dédiés à l'élaboration des horaires à la direction des ressources humaines, et ce, sans ajout de personnel) et implantation et pérennisation des horaires informatisés. - Mise en place d'horaires de 12 heures à l'urgence de Fleurimont. Perspectives de travail : - Application efficace et efficiente des dispositions des conventions collectives nationales relatives à l'aménagement du temps de travail et soutien aux gestionnaires par rapport à ces aspects. - Utiliser le levier des négociations locales pour optimiser l'aménagement du temps de travail, et ce, en impliquant étroitement les gestionnaires du CHUS. - Affichage du temps supplémentaire à combler dans les centres d'activités.
8.	ATTEINDRE LA CIBLE BUDGÉTAIRE CONVENUE									
	8.1 Élaborer un cadre de référence en matière de contrôle budgétaire et d'imputabilité.	Oct. 2011	✓						●	La NPG 1505 sur le processus et contrôle budgétaire est en cours de révision d'ici sept. 2011. Une formation de base sur le contrôle budgétaire a été développée et donnée aux nouveaux cadres.
✓	8.2 Optimiser les processus d'acquisition et d'utilisation des instrumentations médicales.								●	Doit attendre la fin de WMS.
	8.3 Revoir les processus de gestion des registres de postes et de l'approvisionnement (loi 17).	mars 2011			✓				●	Pour le processus de l'approvisionnement (loi 17), il y a eu formation pour tous les employés ainsi que l'introduction de nouveaux outils d'appels d'offres
	8.4 Arrimer le plan des effectifs médicaux avec la structure budgétaire.	autonmne 2011							●	Première année du plan d'effectifs connu. Plan d'effectifs quinquennal complété à l'automne 2011.

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- Selon le plan d'action
- À risque moyen - échéancier - RH ou $
- À risque élevé - échéancier - RH ou $

	Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
			0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
9.	AMÉLIORER EN CONTINU NOS MODES DE GESTION									
✓	9.1 Développer une approche de gestion intégrée.	Déc. 2012	✓						●	Le projet approuvé suit son cours. L'équipe de projet est en place. Différents outils sont déjà en révision pour l'implantation du modèle.
	9.2 Intégrer l'évaluation dans nos processus décisionnels.	31 mars 2011	✓				nb demandes nb projets en cours nb projets terminés	5 3 2	●	Pas de rétroaction par les demandeurs sur l'acceptation des recommandations et leur mise en oeuvre. L'équipe travaille à établir un plan de communication pour mieux informer les décideurs et professionnels à l'interne des activités de l'Unité ÉTMIS.
	9.3 Élaborer et mettre en place un cadre de gestion de la performance.	Déc. 2012	✓						●	Voir 9.1. Révision des modes de gouvernance et des comités.
	9.4 Élaborer et diffuser un cadre de gestion de projet.	Juin 2011		✓					▲	La finalisation de la NPG dépendera des recommandations retenues dans le rapport du "consultant GPBL" en regard de l'audit interne du bureau de projet. Ce rapport sera déposé en juin
10.	AMÉLIORER ET INTENSIFIER NOS COMMUNICATIONS									
	10.1 Optimiser les communications auprès du personnel et des médecins.	Déc. 2012	✓						●	Activités ponctuelles réalisées. Plan en cours de développement.
✓	10.2 Implanter progressivement un portail WEB (intranet / extranet).	Déc. 2012	✓						▲	Financement du Webmestre à finaliser. Projet bien amorcé avec l'intranet.
	10.3 Élaborer et collaborer à la mise en place d'un plan régional de visibilité.	Déc. 2012	✓						●	Le plan de développement est en cours.
	10.4 Promouvoir et accroître la visibilité du centre de recherche clinique Étienne-Le Bel.	Déc. 2012	✓						●	Le plan est en cours de développement.
11.	POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DES INFRASTRUCTURES IMMOBILIÈRES EN INTÉGRANT DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE									
✓	11.1 Finaliser les réaménagements à l'Hôtel-Dieu.	Février 2012			✓				●	Les deux derniers lots (5 et 6) sont en chantier jusqu'à la fin février 2012.
✓	11.2 Poursuivre la réalisation des projets majeurs en cours à l'Hôpital Fleurimont.	2013	✓						●	PARHF-Volet1: P&D définitifs en cours. Début construction prévue juin 2011.
✓	11.3 Réaliser l'agrandissement du centre de recherche Étienne-Le Bel.	2014	✓						●	Lot 1 (route) : finalisation en cours. Lot 2 (cyclotron et agr.) : Contrat signé avec Longer contruction. Débutée 9 mai, fin prévue 15 décembre. Lot 3: P&D en cours. Début constr. prévue été 2012.
	11.4 Développer et mettre en œuvre des stratégies en regard de la pénurie de locaux.	**Hôtel-Dieu** 2011			✓				●	Plusieurs locaux ont été réaménagés avec le PARHD. D'autres projets permettront de satisfaire les besoins pour l'HD.
		Hôpital Fleurimont non défini	✓						■	Réalisation des projets: Chambre de médecins, réaménagements du magasin, agrandissement électro-physio et service postal. Demandes insatisfaites :45 locaux milieu clinique, 19 locaux milieu médecin et 18 locaux milieu bureau et technique.
		Éd. Murray 2010-2011			✓				●	Plusieurs déménagements ont été faits, maximisation des locaux en jumellant, ce qui augmente la capacité de 31 personnes. (5 autres locaux seraient nécessaires)
	11.5 Améliorer la sécurité des lieux et la protection des biens de l'établissement.	2010-2011		✓			# projets maintien actifs		●	Appels d'offres pour audit sécurité en cours. PCFI 2011-2014 adopté. Plan quinquennal résorption du déficit d'entretien préparé pour 2010-11: rehaussement génératrices. Élaboration du plan directeur de maintien d'actif-électricité en cours.
	11.6 Poursuivre la mise en place d'actions concernant le développement durable.	En continu		✓					●	Nouveaux projets en cours: Implantation îlots récupération dans le CHUS, intégration autres personnes santé mentale Projets économie d'énergie en cheminement, négos en cours (projet autofinancé 1,4M$ économies récurrentes). Programme de transport durable bonifié (ajout de navettes et meilleure desserte STS)

9.4 État d'avancement des projets (période 7 et 13)

- **Selon le plan d'action**
- **À risque moyen - échéancier - RH ou $**
- **À risque élevé - échéancier - RH ou $**

	Projets	Échéancier (fin)	État d'avancement				Indicateurs		Picto	Commentaires / Explications
			0-50 %	50-75 %	+ 75 %	Terminé	Description	valeur		
12.	ELABORER ET ACTUALISER UN PLAN DIRECTEUR DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES									
✓	**12.1** Établir une vision en matière de soutien clinique.		✓						●	PDRIT - Plan de projet (MOP) et plan de travail à venir au démarrage du projet
	12.2 Démarrer la mise en œuvre du cadre de gestion des opérations – ITIL.		✓						●	Démarrage janvier 2011. Projet sur plusieurs années pour atteindre le niveau de maturité souhaité.
	12.3 Déployer la technologie « client léger » pour les postes Ariane.		✓				590 postes clients légers en production		●	L'enveloppe du MAI en provenance du MSSS a été accordée pour 2010 - 2011 ce qui va nous permettre de poursuivre le déploiement.
	12.4 Poursuivre les projets en cours :									
	- PRIE et DE gouvernance régionale		✓						●	Selon échéancier prévu
	- Déploiement de l'infrastructure réseau sans fil			✓					●	Déploiement se poursuit en lien avec les projets
✓	- L'implantation des horaires informatisés					✓			●	Selon échéancier prévu voir RH

Autres informations statistiques

Indicateur		Résultats		Cible	Écart		Picto	Tendance
		Cumul 09-10	Cumul 10-11		Qté	%		
Cliniques externes	La visite	202 010	213 558	202 010	11 548	5,7%		
Radio-oncologie	Unité technique provinciale	1 685 592	1 738 336	1 685 592	52 744	3,1%		
Gamma Knife	Unité technique provinciale	89 052	85 468	89 052	(3 584)	-4,0%		
	Le patient	314	308	314	(6)	-1,9%		
Curiethérapie	Unité technique provinciale	19 595	26 192	19 595	6 597	33,7%		
	Le patient	50	46	50	(4)	-8,0%		
Hémodynamie	L'examen	7 089	7 984	7 089	895	12,6%		
	Le patient	3 079	3 305	3 079	226	7,3%		
	Nombre de stents installés	2 677	2 839	2 677	162	6,1%		
Électrophysiologie interventionnelle	L'examen	706	1 163	706	457	64,7%		
	Le patient	363	579	363	216	59,5%		
	Nombre de défibrillateurs installés	128	152	128	24	18,8%		
	Nombre de pacemakers installés	379	368	379	(11)	-2,9%		
Hémato-oncologie	La visite de traitement	11 949	11 802	11 949	(147)	-1,2%		
Hémodialyse :								
Hospitalière	Le traitement	18 158	18 774	18 158	616	3,4%		
DPAC	Le traitement	12 713	11 801	12 713	(912)	-7,2%		
Nocturne	Le traitement	4 085	3 493	4 085	(592)	-14,5%		
Angio-général (Imagerie médicale)	L'examen	8 523	9 674	8 523	1 151	13,5%		
TEP (Médecine nucléaire)	L'examen	4 139	4 332	4 139	193	4,7%		
Maternité	L'accouchement	2 846	2 922	2 846	76	2,7%		

ANNEXE 3 - VOLUMES D'ACTIVITES AU CHUS – HOTEL-DIEU 2010-2011

CHUS

VOLUMES PFT HD

Sommaire

		Année de référence 2007-2008 P1 à P13			2009-2010	2010-2011 P1 à P13			Écart			Financement 2010/11				
Centres d'activités	Unités de mesure	Hotel-Dieu	Fleurimont	CHUS	CHUS	Hotel-Dieu	Fleurimont	CHUS	Hotel-Dieu	Fleurimont	CHUS	Coût unitaire	Financement demandé	Montant autorisé	Manque à gagner	Commentaires
Urgence	patients arrivés en ambulance	7 305	9 094	16 399	17 889	8 732	9 839	18 571	1 427	745	2 172					
	patients sur civière	18 362	24 610	42 972	45 745	21 964	24 742	46 706	3 602	132	3 734	436 $	1 628 024 $	1 042 000 $	586 024 $	Financerait selon volume des patients sur civière au taux de 436$, année de base 2007-2008. Urgence HD et FL
Lits d'hospitalisation Médecine et chirurgie excluant 6 lits chir HD	Jours présence	59 417	80 198	139 615	143 840	64 581	80 470	145 051	5 164	272	5 436	293,00 $	1 592 748 $	1 304 000 $	288 748 $	Projection HD et FL en retirant les jours-présence des 6 lits de chirurgies
Lits d'hospitalisation Soins intensifs	Jours-présence 2008-2009	3 808	14 710	18 518	17 994	3 724	14 126	17 850	(84)	(584)	(668)	293,00 $	(195 724 $)	0 $	(195 724 $)	Dans le montant, le MSSS tient compte de 6053-Soins intensifs base 08-09
Consultations externes (sc-a 6300) excluant coumadin	Visites moyenne 05-08	80 124	114 862	194 985	202 721	93 730	119 828	213 558	13 606	4 967	18 573	22,84 $	424 202 $	35 000 $	389 202 $	Attention le MSSS considère seulement le 6302. Alors que l'année de référence à 194 985 visites est le total du 6300 incluant le 6303. Dans ma projection à 206K visites, je tiens compte du 6300
Médecine de jour	Jours-soins moyenne 05-08	12 144	12 595	24 739	29 668	11 952	16 639	28 591	(192)	4 044	3 852	94,37 $	363 537 $	451 000 $	(87 463 $)	montant autorisé au budget est OK
Imagerie médicale (excluant IRM)	Unités techniques moyenne 05-08	1 922 366	3 638 983	5 561 349	5 798 817	2 171 208	3 973 374	6 144 582	248 842	334 391	583 233	2,31 $	1 347 269 $	554 000 $	793 269 $	Les UTP excluent IRM à HD et FL
Imagerie médicale IRM	Unités techniques moyenne 05-08												400 000 $	400 000 $	0 $	Montant autorisé annualisé à 400$K en 2010-2011
Services de soutien clinique													832 000 $	416 000 $	416 000 $	EN fonction du nombre de jour présence add. (22 lits vs 11lits)
Fonctionnement du bâtiment et des équipements													3 020 000 $	3 020 000 $	0 $	
													9 412 055 $	**7 222 000 $**	**2 190 055 $**	
Dépense non récurrente (financée à même les économies temporaires d'intérêts)													**0 $**	**0 $**	**0 $**	
											Intégré dans la base		**3 020 000 $**	**3 020 000 $**		
											IRM		**400 000 $**	**400 000 $**		
											Solde à recevoir		**5 992 055 $**	**3 802 000 $**	**2 190 055 $**	

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

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

1. PRÉAMBULE

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

Considérant la mission du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

Considérant les valeurs de l'organisation :

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

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

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

3. CONFIDENTIALITÉ ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

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

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

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

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

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

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

5. INTÉGRITÉ

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

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

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

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

6. APPLICATION DU CODE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 1

ENGAGEMENT PERSONNEL

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

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

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

_____

Signature

_____

Date

ANNEXE 2

AFFIRMATION DE DISCRÉTION DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE

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

_____

Signature

_____

Date

ANNEXE 3

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Déclaration d'intérêts

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

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

1. Intérêts financiers dans une entreprise ☐ Oui ☐ Non

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

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

2. Activités exercées personnellement

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

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

2.1.2 Autres activités régulières ☐ Oui ☐ Non

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

2.1.3 Interventions ponctuelles à titre de conseiller ☐ Oui ☐ Non

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

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

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

2.1.5 Interventions ponctuelles – autres ☐ Oui ☐ Non

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

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

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

4. Autres ☐ Oui ☐ Non

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

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

Date _____ ***Signature*** _____

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

ANNEXE 3 (suite)

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