



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie



Rapport annuel de gestion



2014-2015



CHUS – Hôpital Fleurimont

Rapport annuel de gestion
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
2014-2015



CHUS – Hôtel-Dieu

TABLE DES MATIÈRES

1. Mot du président du conseil d'administration et du directeur général.....	7
2. Mot de la présidente-directrice générale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	8
3. Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	9
4. Rapport de la direction.....	10
5. Présentation de l'établissement.....	11
5.1. Notre boussole, la mission du CHUS.....	11
5.2. Covoiturer, quelle bonne idée!.....	11
5.3. Les valeurs fondamentales	11
5.4. Le territoire desservi	12
5.5. Une équipe au service de la population	16
6. Activités de l'établissement 2014-2015	18
6.1. Les services offerts.....	18
6.2. Plan stratégique 2012-2015 – Bilan	21
6.3. La gestion des opérations	21
7. Les conseils et comités de l'établissement : faits saillants des rapports annuels.....	31
7.1. Le conseil d'administration	31
7.2. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	32
7.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	33
7.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)	33
7.5. Le comité des usagers	34
7.6. Le comité de gouvernance et d'éthique	35
7.7. Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	35
7.8. Le comité de vigilance et de la qualité.....	36
7.9. Le comité de gestion des risques	38
7.10. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	40
8. Les ressources humaines au 31 mars 2015	41
8.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2015	41
9. États financiers au 31 mars 2015 et analyse des résultats des opérations.....	42
9.1. État des résultats de tous les fonds au 31 mars 2015	42
9.2. État des résultats du fonds d'exploitation au 31 mars 2015	43
9.3. État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2015.....	44
9.4. État de la situation financière au 31 mars 2015	45
9.5. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2015.....	46
9.6. État des flux de trésorerie au 31 mars 2015	47
9.7. Note sur les acquisitions au 31 mars 2015	49
9.8. Intérêt économique dans un organisme.....	50
9.9. Gestion et contrôle des effectifs.....	51
9.10. Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 ^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015	51
9.11. Rapport de l'auditeur indépendant	51
9.12. Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	51
Annexe 1 – Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	52

Annexe 2 – Tableau de bord du conseil d’administration	67
Annexe 3 – Rapport de l’auditeur indépendant	77
Annexe 4 – Tableau de l’état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l’auditeur indépendant.....	80
Annexe 5 – Code d’éthique et de déontologie des membres du conseil d’administration	83
Annexe 6 – Bilan de la planification stratégique 2012-2015	93

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

Nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2014-2015 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Cette année a vu la conclusion de notre planification stratégique débutée en 2012. La planification devait initialement se terminer à la fin de 2015, mais les fusions d'établissements à la suite de l'adoption du projet de loi n° 10 nous ont amené à la clore au 31 mars 2015.

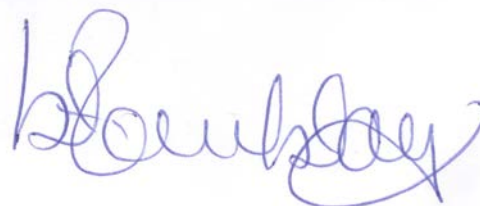
Nos réalisations, dont certaines figurent à ce rapport, s'inscrivent dans notre démarche de planification stratégique en termes d'accessibilité, de qualité, de compétence et de performance. Nous avons veillé à rehausser la qualité de ses soins et services en plaçant toujours **l'humain au cœur de nos réalisations**. Ainsi, une place accrue a été faite aux patients et à leurs proches puisqu'ils ont beaucoup à nous apprendre de leur expérience. Par ailleurs, nous avons investi de larges efforts dans l'amélioration des conditions de travail des équipes.

La fin de l'année financière marque le changement d'une époque. De fait, le 1^{er} avril 2015, le CHUS a été fusionné avec quatorze établissements de l'Estrie, de Granby et de Cowansville. Le CHUS était déjà sur cette voie avec la régionalisation de certaines ressources non cliniques, comme le service de la paie, la buanderie et les ressources informationnelles et technologiques. En cette nouvelle ère pleine de promesses, nous continuerons de placer l'humain au cœur de nos réalisations.

Merci aux membres du conseil d'administration de leur dévouement et de leur soutien indéfectible. Voici notre bilan 2014-2015, qui témoigne du dynamisme de nos équipes. Bonne lecture!



Jacques Fortier
Président du conseil d'administration



Stéphane Tremblay
Directeur général

2. MOT DE LA PRESIDENTE-DIRECTRICE GENERALE DU CENTRE INTEGRE UNIVERSITAIRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS)

À partir du 1^{er} avril 2015, l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, l'efficacité et l'efficacé des services aux usagers et aux usagères. Pour nous, cela représente la fusion de quatorze établissements, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) La Pommeraie et de la Haute-Yamaska qui se sont joints à notre CIUSSS, et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Quel défi de taille...!

C'est avec beaucoup de fierté et de détermination que j'ai accepté de prendre la tête de cette nouvelle organisation. La transformation du réseau, telle que proposée dans la Loi, s'avère une opportunité pour l'Estrie, voire un levier. En unissant nos forces, en partageant nos pratiques d'excellence et notre vision novatrice, nous irons encore plus loin.

« *En Estrie, ensemble, innovons pour la VIE!* » est la nouvelle vision de l'établissement. Dans l'énoncé, on constate la force de la collaboration, le désir de sortir des sentiers battus pour faire toujours mieux, tout en gardant à l'esprit notre raison d'être : la VIE. La VIE réfère au secteur de la santé et des services sociaux dans lequel nous œuvrons, mais aussi au fait que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS offrira la gamme la plus étendue de services des établissements du Québec, de la prévention aux soins de fin de vie, des soins et services primaires à ceux surspécialisés.

Pour s'imprégner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. En tout, c'est près de 2500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'**humanisme**, l'**engagement** et l'**adaptabilité**.

En terminant, je tiens à remercier les membres des conseils d'administration des quinze précédentes organisations qui, grâce à leur engagement et à leur dévouement, ont su faire du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie un lieu de soins, d'interventions et de travail rempli de sens et ce au service de notre population.



M^{me} Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

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

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

La présidente-directrice générale,



Patricia Gauthier

4. RAPPORT DE LA DIRECTION

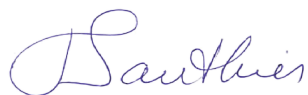
Les états financiers du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend les choix des conventions comptables appropriées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

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

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

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

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



Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale



Pierre-Albert Coubat
Directeur des ressources financières

5. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

5.1. Notre boussole, la mission du CHUS

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

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

5.2. Covoiturer, quelle bonne idée!

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

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

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

5.3. Les valeurs fondamentales

Le respect

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

L'écoute

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

L'esprit d'équipe

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

Le professionnalisme

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

La créativité

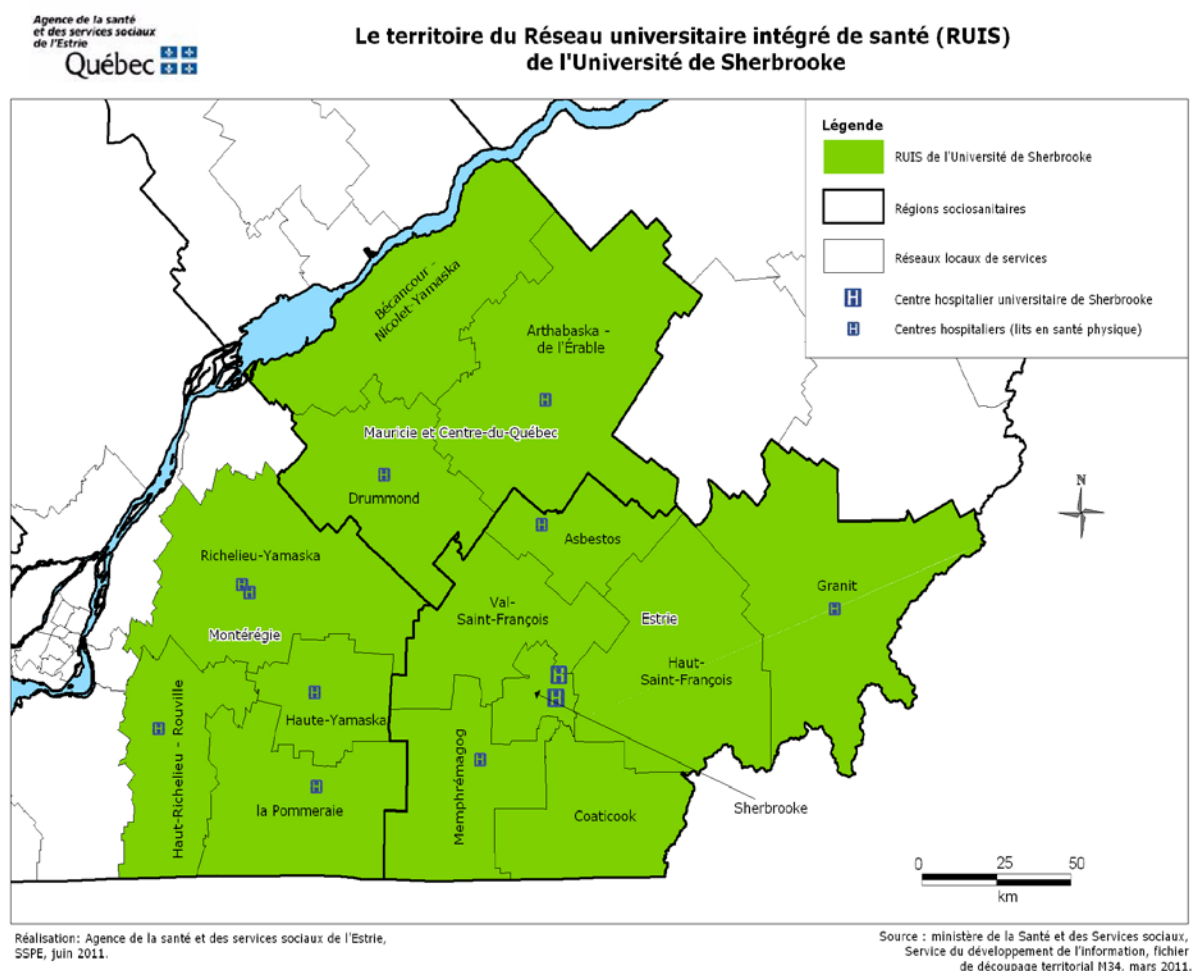
Au CHUS, nous sommes ouverts à explorer de nouvelles avenues pour relever les défis quotidiens et continuer de répondre aux besoins des patients.

5.4. 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.

5.4.1. La population desservie – Estrie et RUIS



La population estimée totale de l'Estrie, répartie en 7 MRC, se chiffre en 2011¹ à 310 263, soit 4 % de la population québécoise (tableau 1). Le % de personnes de 65 ans (17 %) est légèrement plus élevé que celui du Québec (16 %). La population totale du RUIS, se chiffrant à plus de 1 M de personnes, représente 14 % de la population québécoise.

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

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

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

Source : 2011 à 2031

MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information. Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, basées sur le recensement de 2006. Ces données de population tiennent compte également de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009 (découpage en vigueur le 1^{er} janvier 2010).

En Estrie, les MRC et les RLS sont des territoires équivalents.

5.4.2. *Le profil de santé*

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

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

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

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

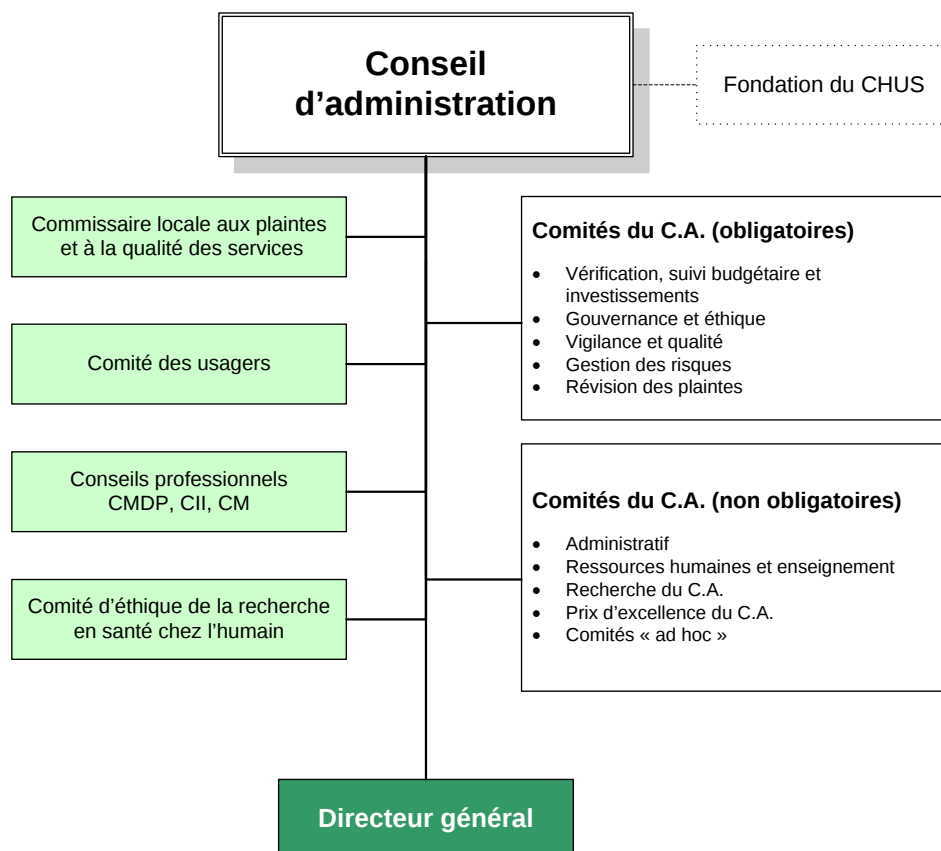
À souligner : l'Estrie se démarque toujours négativement du Québec au chapitre des traumatismes non intentionnels et de l'incidence de certaines maladies infectieuses. De fait, une plus forte proportion d'Estriens sont hospitalisés pour des chutes accidentelles et des accidents de la route. Également,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

Le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_publique_evaluation/portrait_region.php.

5.5. Une équipe au service de la population

5.5.1. Le conseil d'administration et la gouverne



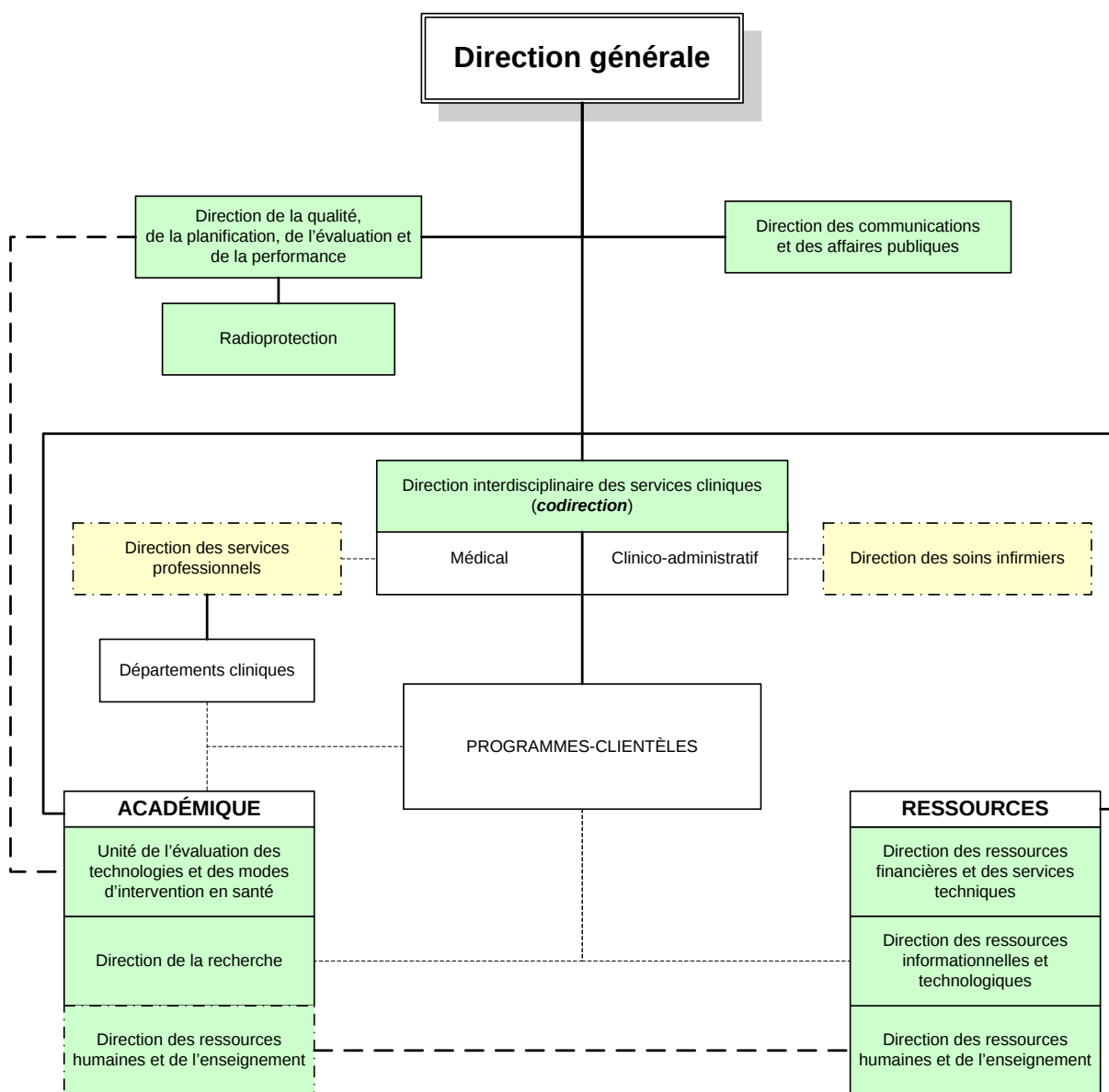
Le conseil d'administration a notamment pour fonctions de :

- 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.

5.5.2. Les directions

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



6. ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT 2014-2015

6.1. Les services offerts

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

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

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

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

Quant aux départements cliniques, nous retrouvons :

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

6.1.1. Le nombre de lits

Le nombre de lits au permis au 31 mars 2015 est de 712, incluant 20 incubateurs en néonatalogie. La répartition de ces lits est la suivante :

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

6.1.2. Les secteurs de pointe

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

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

Le scalpel gamma : les lésions du cerveau opérées sans opération

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

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

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

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

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

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

Production de radioisotopes par cyclotron

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

Le dépistage des maladies génétiques : programme unique

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

Angiographie : des services uniques au CHUS

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

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

Le traitement de la douleur

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

Traitement chirurgical et médical de l'incontinence urinaire

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

6.2. Plan stratégique 2012-2015 – Bilan

Le bilan de la planification stratégique 2012-2015 est disponible à l'annexe 6.

6.3. La gestion des opérations

Le projet de loi n° 10, déposé en septembre 2014, a évidemment retenu l'attention. Le CHUS, en collaboration avec ses partenaires régionaux, a déposé son mémoire à la commission parlementaire le 30 octobre 2014. Ce mémoire soutenait notamment la création en Estrie d'un centre intégré universitaire avec un bassin de desserte élargi, le seul au Québec à intégrer toutes les missions des anciens établissements, incluant, un CHU, un institut universitaire de gériatrie et un institut universitaire de première ligne (en attente de confirmation au moment du dépôt). Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a été créé le 1^{er} avril 2015, incluant le territoire de l'Estrie et l'ajout du CSSS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie.

Malgré la période inévitable de turbulence engendrée par le projet de loi n° 10, le CHUS a tenu à maintenir le patient au centre des préoccupations de tous. En plus des réalisations de notre plan stratégique, nos équipes ont à leur actif d'autres réalisations visant à maintenir ou améliorer la performance de l'organisation. Ces réalisations sont présentées en fonction des quatre volets de notre système de performance.

6.3.1. Efficience des PROCESSUS

- Les efforts de l'équipe d'amélioration continue ont portés sur le déploiement du système de performance (voir la Route de la performance - plan stratégique).
- Une 3^e cohorte des professionnels ayant suivi une formation sur le LEAN avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a été diplômée en juin 2014. Dix employés du CHUS, gestionnaires, médecin et professionnels, faisaient partie de cette cohorte. Le CHUS compte maintenant une vingtaine d'employés formés par l'UQTR.
- La Direction des communications et des affaires publiques, en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UTÉMIS), a mené en novembre un vaste sondage sur le journal *Entre NOUS* afin de connaître les habitudes de lecture et d'améliorer le contenu, le format et le mode de distribution du journal. En tout, 643 personnes ont répondu, de toutes les catégories d'âge et d'emploi. Le journal *Entre NOUS* est connu par l'ensemble du personnel. On remarque aussi que la diminution papier ne semble pas avoir d'impact important sur le lectorat, puisque 86 % des répondants continuent de le lire régulièrement bien que la quantité de copies papier ait diminué de moitié. Les résultats indiquent que la grande majorité des sujets couverts par *Entre NOUS* est jugée importante ou très importante par l'ensemble des répondants, qui souhaitent toutefois un journal un peu plus

humain, mais aussi un journal qui fasse un pont plus étroit avec la direction du CHUS. Concernant les coûts, depuis l'automne 2014, pour participer aux efforts budgétaires, la Direction des communications et des affaires publiques (DCAP) a modifié ses façons de faire afin d'économiser au maximum : réduction de moitié du nombre de copies, montage du journal par la DCAP et impression à l'interne (au Service de reprographie du CHUS). Grâce à ces changements, les coûts de production sont maintenant de 0,60 \$ par copie, environ, ce que la vente d'espaces publicitaires permet d'absorber en totalité permettant ainsi d'autofinancer le journal.

6.3.2. Engagement des personnes envers nos PRATIQUES

- Les efforts de tous ont particulièrement portés sur le plan de sécurité (voir la route de la qualité - plan stratégique).
- Sept audits post-projets réalisés afin de s'assurer de la pérennisation des solutions implantées par les équipes Kaizen entre 6 à 36 mois après la fin d'un projet (secteurs audités : néonatalogie, pharmacie (2), clinique externe pédiatrie, urgence (3)).
- Le CHUS a accueilli 1 456 stagiaires de 39 établissements d'enseignement en 2014-2015, une hausse de 4 % par rapport à l'an dernier. Ces étudiants ont généré 37 637 jours de stages dans 53 disciplines différentes.
- L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMS) a publié ou présenté :
 - 29 bulletins « Vigie en ETMIS » qui ont rejoint les 424 personnes inscrites réparties dans le RUIS de l'Université de Sherbrooke incluant le CHUS;
 - 3 rapports d'évaluation :
 - Hémolyse par réchauffement : comparaison des réchauffe-liquides HL-90 et HL-90-38;
 - Aménagement et espaces favorisant la santé et le mieux-être au Pavillon Enfant-Soleil du CHUS;
 - Les bains d'accouchement dans un contexte d'implantation au CHUS.
 - 2 brefs rapports :
 - Revascularisation de l'artère fémoro-poplitée avec le ballon médicamenté : revue de la littérature et analyse coût efficacité ;
 - Intervention coronarienne percutanée avec stents médicamentés (1re et 2e génération) versus stents métalliques nus : revue de la littérature et coût-efficacité.
 - 3 notes de synthèse :
 - Bilan comparatif des médicaments : des économies de coûts par patient sont-elles à attendre?
 - Évaluation des effets du projet d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie : résultats préliminaires;
 - Robot chirurgical Da Vinci au CHUS : conditions optimales d'implantation et d'utilisation.
 - 6 présentations lors de conférences :
 - *L'évaluation médico-économique dans le processus de décision hospitalier: l'expérience québécoise, Communication présentée sur invitation par Thomas Poder, 5e Journée Nationale des Innovations Hospitalières (JNIH 2014), Bordeaux (France).*
 - *L'évaluation : un moteur pour la valorisation des technologies innovantes en milieu hospitalier, Conférence présentée par Christian Bellemare, Sage-Innovation, Créneau Accord-Santé Estrie, Institut universitaire d'innovation technologique, Sherbrooke (Québec) Canada.*
 - *Step up THA toolbox : a way to enhance innovation, Affiche présentée par Jean-François Fisette. Colloque HTAi 2014, Washington, DC, USA.*
 - *Analyse des déclarations d'omissions d'administration de médicaments au CHUS, Affiche présentée par Thomas Poder. Auteurs: Maltais, Serge; Poder, Thomas G.; Benoît, Brigitte; Bolduc, Brigitte; Frénette, Jocelyne; Goupil, Danielle; Lafrenière, Cécile ; Journée de formation "Utilisation sécuritaire des médicaments pour une prestation optimale des services en centre hospitalier." Orford (Québec) Canada.*

- *Hémolyse par réchauffement : comparaison des réchauffe-liquides HL-90 et HL-90-38, Affiche présentée par Thomas Poder, Congrès annuel de la Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) 2014, (Québec) Province de Québec (Canada).*
- *Hémolyse par réchauffe-liquide : revue systématique et étude de cas, Communication présentée sur invitation par Thomas Poder, Congrès annuel de la Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) 2014, (Québec) Province de Québec (Canada).*
- 6 articles :
 - Poder, T.G., Nonkani, W.G. & Tsakeu Leponkouo, É., « Blood warming and hemolysis : a systematic review with meta-analysis », *Transfusion Medicine Reviews* (2015) [Epub ahead of print].
 - Poder, T.G., Bellemare, C.A., Bedard, S.K & Lemieux, R., « Social acceptance and population confidence in telehealth in Quebec », *BMC Health Services Research* (2015) 15 :72.
 - Hammana, I., Lepanto, L.Y., Poder, T.G., Bellemare, C. & Ly, M.S., «Speech recognition in the radiology department: a systematic review.», *Health Information Management Journal*.
 - Gagnon, M.P., Desmartis, M., Poder, T. & Witteman, W, «Effects and repercussions of local/hospital-based health technology assessment (HTA): a systematic review.», *Systematic Review*, 3 :129.
 - Poder, T.G; He, J.; Simard C.; Pasquier, J.C. «Willingness to pay for ovulation induction treatment in case of WHO II anovulation: a study using the contingent valuation method.» *Patient Preference and Adherence*, vol. 8, pp. 1337 – 1346, 2014.
 - Poder, T.G. & Larivière, M., « Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau : une revue systématique. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42, 706-713.

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

- Cette année, six subventions de 25 000 \$ chacune ont été offertes par l'entremise du programme d'aide au financement interne (PAFI) du CRCHUS pour le démarrage de projets de recherche. Ces projets ont été sélectionnés par un comité formé de neuf chercheurs à partir des 30 demandes reçues.
 - Analyse des profils pro-inflammatoires dans l'ascite de patientes avec cancer ovarien pour établir un profil de biomarqueurs permettant de prédire la réponse au traitement de première ligne : une étude pilote;
 - Nouveau biomarqueur pour contrer les fungémies;
 - Les contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs : approfondir les liens avec le système cardiovasculaire;
 - Profil des micro-ARNs dans les ostéoclastes de patients avec polyarthrite rhumatoïde;
 - Mesure de la perfusion cérébrale par résonance magnétique : cible potentielle de réanimation aux soins critiques;
 - Analyse des épisodes de soins hospitaliers des patients avec une MPOC au CHUS : stratégies visant à diminuer les réhospitalisations évitables.

6.3.3. Utilisation judicieuse des RESSOURCES

6.3.3.1. Les ressources financières

En juillet, les membres du conseil d'administration du CHUS ont adopté un budget de 476 M\$ pour l'année 2014-2015, soit près du même montant que le réel 2013-2014, le CHUS ayant dépensé 475 M\$. Les compressions demandées au CHUS depuis 2010 totalisent 22,3 M\$ dont 8,8 M\$ pour 2014-2015. Les décisions prises par la direction pour atteindre l'équilibre budgétaire :

- geler les embauche dans les titres d'emploi autres que le personnel de soins, y compris chez les gestionnaires. Tout poste qui devient libre temporairement (maladie, congé de maternité) est évalué, de même que tout surcroît de personnel;

- maintenir les services avec les aménagements physiques actuels (pas de nouvelle salle d'opération, pas de nouvelle clinique externe, etc.);
- Arrêter l'essai de nouvelles fournitures médicales spécialisées, souvent plus coûteuses;
- poursuivre les efforts pour privilégier des médicaments moins chers que les nouvelles générations de molécules tout en ayant les mêmes effets cliniques pour nos patients;
- concentrer les efforts sur les cinq projets prioritaires: plan de sécurité, AAPA, chantier d'attraction et de rétention (recrutement de personnel de soins), pompes volumétriques, système de performance du CHUS;
- créer un groupe d'intervention financière (GIF) qui suivra de près les dépenses tout au long de l'année.

Toutes les directions ont joints leurs efforts pour que le CHUS termine l'année financière à l'équilibre. Que ce soit par l'abolition de surcroits temporaires de travail, le questionnement accru pour la pertinence des formations et colloques, la diminution des impressions, la coupure de certaines activités administratives, des appels d'offres, le contrôle des médicaments et des fournitures, la gestion des lits, la révision de la pertinence de certains examens, etc. tous ont contribué pour éviter que soit touchés les soins et services directs aux patients.

- Au total, 31 462 M\$ ont été investis dans les infrastructures du CHUS :
 - 15 987 M\$ pour les bâtiments (agrandissement du CRC, mise à niveau des génératrices, efficacité énergétique, laboratoire de simulation clinique, réfection des façades, etc.);
 - 13 440 M\$ pour les équipements (IRM 3 tesla, pompes volumétriques, accélérateur linéaire, moniteurs cardiaques, lits, analyseur d'urine et test de dépistage du cancer colorectal (RSOSI), lampes chirurgicales, etc.);
 - 990 K\$ pour les équipements informatiques;
 - 1 042 M\$ pour les mobiliers et autres équipements.

6.3.3.2. *Les ressources matérielles*

Lancés à l'automne 2011, les travaux d'économie d'énergie du CHUS – Hôpital Fleurimont tirent à leur fin. Les neuf mesures implantées visent à réduire la consommation d'énergie de l'hôpital de moitié, soit une cible de 48 % ou l'équivalent de la consommation de 2 700 maisons. En termes de réduction des gaz à effet de serre (GES), ce sont 9 078 tonnes de CO₂ de moins chaque année qui sont prévues, comme si on enlevait 2 800 voitures de la circulation. Ce projet écoénergétique, le 3^e plus gros réalisé dans le réseau de la santé au Québec à ce jour, a nécessité un investissement de départ de 20,3 M\$, financé au quart par des subventions du MSSS (4 M\$), d'Hydro-Québec et de Gaz Métro. Le reste du financement provient d'une contribution du CHUS calculée en fonction des économies garanties de 1,4 M\$ par année qui permettront de la rembourser en sept ans. Le fait d'avoir réalisé ce projet en mode « contrat de performance » plutôt qu'en mode traditionnel a permis de remplacer plusieurs systèmes électromécaniques dans un court laps de temps tout en assurant une standardisation dans les concepts retenus et les équipements installés. Autre avantage : le suivi serré des nouveaux systèmes par la firme écoénergétique afin de valider leur fonctionnement, et ce, pendant plusieurs saisons. Après trois ans de travaux, même si la phase d'optimisation des mesures implantées demeure, on peut dire mission accomplie!

Les mesures implantées :

1. Conversion vapeur-eau chaude du réseau de chauffage : près d'un kilomètre de nouveaux tuyaux ont été installés pour améliorer l'efficacité du système de chauffage.

2. Optimisation de la centrale thermique : retrait d'une vieille chaudière à vapeur par deux nouvelles chaudières à eau chaude à haute efficacité. Une nouvelle chaudière électrique produisant de la vapeur a aussi été ajoutée.
3. Récupération de chaleur : cette nouvelle thermopompe récupère la chaleur des zones surchauffées, des compresseurs de cuisine, de certains équipements médicaux et des gaz de cheminée pour une puissance de chauffage supérieure à 1 000 chauffe-eau domestiques de 60 gallons.
4. Géothermie : 20 puits, dont la profondeur de 180 m (600 pi) équivaut à quatre fois la hauteur de la plus grande cheminée de la centrale thermique, ont été forés pour puiser la chaleur gratuite du sol. On voit ici deux foreuses à l'œuvre.
5. Optimisation du réseau d'eau refroidie : le volume d'eau circulé est désormais modulé selon la demande de climatisation de l'hôpital, générant ainsi d'importantes économies électriques sur les pompes du réseau d'eau refroidie.
6. Optimisation et modernisation de la ventilation : 26 systèmes de ventilation ont été remplacés. Les volumes d'air circulés varient selon le taux d'occupation des zones desservies. Ces systèmes ont été spécifiquement sélectionnés pour tirer profit de la chaleur dégagée par la thermopompe.
7. Optimisation de la production d'eau chaude domestique : l'eau neuve provenant de l'aqueduc est d'abord préchauffée par la chaleur provenant du réseau de chauffage, permettant encore une fois de tirer profit de l'efficacité accrue de la thermopompe.
8. Mur solaire : installé au mur extérieur du 11^e étage de l'aile 5, il fait 100 m de long sur 3,6 m de haut.
9. Éclairage efficace : ce sont 18 000 tubes fluorescents qui ont été remplacés, représentant 100 000 \$ d'économies annuelles.

Le projet d'agrandissement du Centre femme-jeunesse-famille du CHUS – Hôpital Fleurimont est maintenant inscrit au Plan québécois des infrastructures. Il s'agit d'un des cinq grands projets québécois d'infrastructures mis à l'étude pour la décennie 2015-2025. En plus de la construction du Centre femme-jeunesse-famille, ce projet permettra le réaménagement des urgences.

La dernière étape du projet d'agrandissement de CRCHUS consistait à réaménager les espaces de recherche clinique de l'aile 8 pour les rendre plus fonctionnels, augmenter le nombre d'études cliniques et favoriser le lien avec la recherche fondamentale. Les travaux complétés au cours de l'automne 2014 dans l'aile 8 permettent désormais aux chercheurs, aux professionnels de recherche et aux étudiants des axes Mère-enfant, diabète, obésité et complications cardiovasculaires et inflammation-douleur d'utiliser des espaces neufs pour la recherche clinique au bénéfice des patients. Au deuxième niveau, plusieurs salles cliniques génériques et de nouveaux équipements ont été ajoutés et contribuent à l'augmentation potentielle du nombre de recherches cliniques. Parmi ces instruments, mentionnons entre autres l'acquisition d'un ostéodensitomètre, d'un IRM 3 Tesla et de vélos stationnaires pour tests à l'effort. Le projet d'agrandissement et de réaménagement du CRCHUS a été réalisé en respect des budgets et des échéanciers. Félicitations aux personnes qui ont travaillé de près ou de loin à sa réussite!

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

Le virus de la grippe A(H3N2) a frappé dès décembre. Au 20 février 2015, l'INSPQ dénombrait 11 600 cas positifs d'influenza de type A et B au Québec, dont 678 en Estrie, soit deux fois plus qu'entre 2010 et 2014. Cela s'expliquerait par la morbidité accrue des virus H3N2. Au CHUS, 3 349 personnes se sont fait vacciner, une baisse de 8 % sur l'an dernier. Les efforts du Service de santé pour inciter les gens à choisir la vaccination n'ont pas atteint leur objectif.

À la buanderie, 70 kilos de lingerie sont lavés chaque deux minute. Cette lingerie est ensuite triée, séchée, pliée et distribuée aux intervenants du réseau de la santé en Estrie (sauf au Granit). Quelques-unes des nombreuses machines utilisées dans cette chaîne de production comportent des espaces clos. Les espaces clos sont définis par certaines conditions : la configuration intérieure de la machine qui crée un risque, la porte d'accès restreinte qui rend un sauvetage difficile, la possibilité de manque d'oxygène, la présence de contaminants chimiques, etc. Pour les employés qui doivent y travailler, la buanderie a complété, avec une firme externe spécialisée, un projet visant à développer un programme de gestion des espaces clos, à identifier et à analyser 21 espaces clos, à acheter les équipements requis et à former les employés concernés. Ce projet a amélioré la sécurité des employés lors des entrées ponctuelles à l'intérieur des espaces clos à la buanderie.

6.3.3.4. *Les ressources informationnelles*

Le 12 juin, le conseil d'administration du CHUS adoptait une résolution pour un projet de plan de transfert des ressources informationnelles et des technologies de l'information (RI-TI) du CHUS vers l'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie. S'assurer qu'une instance régionale prenne en charge le développement des ressources humaines et des infrastructures, visait à éviter que les RI-TI se développent de façon aléatoire et parallèle entre les établissements. Déjà, en 2009, le dossier clinique informatisé Ariane du CHUS était devenu le Continuum Ariane Estrie, favorisant ainsi son développement régional et en 2012, la directrice de la DRIT du CHUS avait aussi été nommée directrice régionale des ressources informationnelles de l'Agence. Le projet de loi n° 10, qui impose une telle régionalisation, a mis fin à ce projet puisque la régionalisation des ressources informationnelles se fera via la mise en place du CIUSSS de l'Estrie CHUS.

6.3.3.5. *Qualité et accessibilité des soins et services à nos PATIENTS*

En matière d'accessibilité, le tableau suivant présente les principaux résultats. L'accès à l'hospitalisation s'est maintenu grâce aux efforts constants pour améliorer la gestion des lits. Le nombre de jours présences est stable alors que le nombre d'hospitalisations a diminué, surtout en santé mentale. La durée d'hospitalisation s'est maintenue tout en réduisant les taux de réadmission. Le nombre de chirurgies a légèrement diminué et le nombre de visites en cliniques externes a augmenté (voir aussi la route de l'accessibilité). Le nombre de patients en attente de transfert a par moment été fort élevé, ce qui a requis diverses mesures pour permettre de désengorger les lits en collaboration avec nos partenaires. La principale préoccupation est la détérioration des indicateurs à l'urgence où la durée moyenne de séjour sur civières est à la hausse, particulièrement en santé mentale. Cet indicateur a fait l'objet d'un pilotage plus serré de la part de l'équipe de

direction et on pouvait déjà noter des améliorations au cours des dernières périodes de l'année. Le plan d'actions se poursuivra en 2015.

	2013-2014	2014-2015	Écart 14-15 vs 13-14
# Lits dressés	690	690	0.00%
# hospitalisations	31 976	31 545	-1.35%
----- Courte durée	21 833	21 715	-0.54%
----- Mères enfants	8 350	8 165	-2.22%
----- Santé mentale	1 793	1 665	-7.14%
# jours-présences	222 940	223 742	0.36%
Séjour moyen global - adultes	7.02	7.07	0.71%
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique et santé mentale)	13.8	14.4	4.35%
----- Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	12.6	13.0	3.17%
----- Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé mentale) HD	26.2	29.2	11.45%
----- Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans et plus)	15.2	16.2	6.58%
Consultations externes (visites)	240 897	246 861	2.48%
Bloc opératoire (# usagers)	27 893	27 391	-1.80%
# visites à l'urgence	90 040	91 323	1.42%
# patients sur civière - urgence	47 402	45 162	-4.73%
# patients en attente de transfert - prêts en santé physique (moyenne)	17	28	64.71%
Taux de réadmission (14-15, données p8)	9.44%	8.11%	-14.09%

La compagnie Hospira qui produit les pompes Symbic et GemStar a annoncé un arrêt de production de ces pompes ainsi que des fournitures d'ici juin 2015. Nous avons donc été dans l'obligation de remplacer ces pompes. Considérant l'importance de ce dossier pour la sécurité des soins, ce dossier était la priorité n° 3 du CHUS pour 2014-2015. La pompe volumétrique à perfusion qui a été déployée au CHUS est la pompe Infusomat® Space de la compagnie B. Braun. Pour les pompes PCA-péridurales, c'est la pompe CADD SOLIS VIP de la compagnie Smiths Medical qui a été choisie. Le personnel a été formé et des outils cliniques ont été développés. Le déploiement est maintenant complété. La formation continue est disponible en ligne et Les ICDC, les préceptrices ainsi que les AIC des programmes mère-enfant et de soins oncologiques ont été identifiées comme super-utilisateurs pour soutenir les équipes.

Le CHUS s'est assuré d'être prêt pour faire face à un cas potentiel d'Ébola, considérant la situation mondiale. Les outils et les mesures de prévention nécessaires ont été mises en place. Les protocoles d'intervention ont été élaborés et le personnel concerné a été formé. Des exercices de simulation ont également eu lieu.

Depuis le 12 janvier 2015, les soins intermédiaires du CHUS – Hôpital Fleurimont (0514) sont devenus une unité coronarienne. Ce changement de vocation a pour but d'optimiser et d'améliorer la prise en charge médicale des patients. Ainsi, le Service de cardiologie assume dorénavant l'entière responsabilité des sept lits de l'unité de soins aigus en

cardiologie (0529) de même que des 11 lits de cette nouvelle unité coronarienne (0514). Cette transformation permet de doter le CHUS de 18 lits de soins coronariens destinés aux patients nécessitant des soins intensifs de cardiologie, excluant les patients sous ventilation invasive. Par le fait même, les 16 lits des soins intensifs du 9^e C seront entièrement pris en charge par l'équipe des intensivistes.

Le CHUS a été mandaté par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) comme centre désigné pour produire le dosage de la calprotectine fécale (2^e centre au Québec). Le CHUS répondra ainsi aux besoins des médecins prescripteurs de l'Estrie, du RUIS de l'Université de Sherbrooke ainsi que de la région de Québec. L'équipe des laboratoires du programme-clientèle en biologie médicale reçoit les échantillons pour la production de ce test depuis le 23 février 2015. L'analyse de ce test est utilisée comme un marqueur fiable et non invasif de l'inflammation de la muqueuse du tube digestif.

Le Service d'hygiène et salubrité, de concert avec le Service de prévention et de contrôle des infections et les unités de soins, s'attaque au défi « Zéro zone grise » au CHUS. Les mesures instaurées limitent le risque de transmission des infections par contact des surfaces inanimées de l'environnement et assurent la sécurité des patients et du personnel. Au CHUS, le Service d'hygiène et salubrité nettoie et désinfecte une multitude de surfaces (murs, planchers, mobilier). Mais il y a plusieurs autres surfaces dont cette responsabilité n'est pas définie. On les nomme « zones grises » et elles peuvent être source de contamination pour les patients. Afin de respecter les normes émises par le MSSS, le Service d'hygiène et salubrité a déployé un plan d'action qui identifie ces équipements à l'aide de pastilles N|D de couleur orangée. Ces zones sont répertoriées et une méthode d'attribution des responsabilités est définie. Le chef du Service d'hygiène et salubrité est responsable de l'intégrité sanitaire. On rencontre les équipes des unités de soins pour leur expliquer la procédure de nettoyage à suivre (les utilisateurs doivent nettoyer et désinfecter ces appareils ou équipements après chaque usage), en plus de les responsabiliser face au risque de transmission des infections par ces équipements ou surfaces.

Une dizaine d'équipes ont partagé leurs expériences d'amélioration continue lors de la 3^e édition de l'évènement « Amélioration continue » tenu le 11 juin 2014. C'était une belle occasion de connaître les retombées et l'avancement de divers projets et initiatives d'amélioration continue. Les projets suivants ont fait l'objet de présentation : Déploiement du BCM (santé mentale), Trousse de fin de vie (comité des usagers), SST nettoyage et désinfection (hygiène et salubrité), Installation de Picc Line (DISC), Délirium, AAPA (DISC), « Si tu savais comme on s'ennuie » (Fond Brigitte-Perreault), Utilisation sécuritaire du profil pharmaceutique (DISC), Système de gestion (DRIT), Journal d'évaluation de la qualité de l'acte (Fond Brigitte-Perreault), Balancement de la charge de travail (DISC), Rédaction du rapport interdisciplinaire (DISC), Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (DISC), Gestion des horaires des travailleurs sociaux (DRHE).

Encore cette année, le Fonds Brigitte Perreault de la Fondation du CHUS qui célébrait ses 10 ans, a remis 119 117 \$ pour la sécurité, la qualité et l'humanisation des soins et services au CHUS et pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité de l'acte médical. En plus du dévoilement habituel des projets, le Fonds a aussi remis quatre bourses *Dre Rachel Bujold* de 2 500 \$ à autant de résidents pour la promotion de leurs projets d'évaluation et

d'amélioration de la qualité de l'acte faits dans le cadre du programme d'initiation à la recherche clinique.

Une somme de 109 117 \$ a été allouée aux douze projets suivants :

1. Améliorer l'expérience patient pour l'information et la prise de rendez-vous via le Web et le courriel.
2. Aménager un local multifonction pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).
3. Développer une approche structurée à la famille pour leur proche en soins de fin de vie.
4. Concevoir un dépliant sur la modification des habitudes de vie en post-partum suivant des complications en grossesse.
5. Considérer l'expérience patient au quotidien : tournée de renforcement par secteur.
6. Créer des outils pour prise en charge des traitements de l'hépatite C.
7. Développer des contenus Web de référence en oncogénétique centrés sur les besoins des patients.
8. Bouger ensemble pour que les personnes âgées retournent en forme chez elles.
9. Évaluer l'usage péri-opératoire des anticoagulants oraux directs.
10. Mettre sur pied un projet pilote de réduction des pneumonies acquises sous ventilateur.
11. Un montant de 25 000 \$ a aussi été accordé pour un projet plus important entamé en 2013, visant à répondre aux besoins en soins spirituels des personnes hospitalisées.
12. Une somme de 10 000 \$ s'ajoute au financement du projet de l'an dernier visant à valoriser l'intégration du patient et de ses proches au sein de l'équipe en contexte de collaboration interprofessionnelle a aussi été octroyée par le Fonds. Ce projet d'envergure est le fruit d'une étroite collaboration entre la FMSS, le CHUS et son comité des usagers, l'Université de Montréal et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

Le comité d'accessibilité en langue anglaise a tenu deux rencontres. Il a dû faire face à certains défis, notamment un nouveau porteur de dossier à l'interne (transition) et des financements d'activités irréguliers. Il compte les réalisations suivantes :

1. Sensibilisation de la communauté hospitalière (deux articles *Entre-NOUS*);
2. Présence du CHUS au Township's day (Lennoxville, 13 septembre);
3. Consolidation du processus de traduction des documents destinés aux patients (plus de 60 feuillets, guides et vidéos traduits en 2014-15 pour un total approximatif de 325 traductions);
4. Projet CHSSN (adaptation des services) : groupes de discussions dans la communauté de langue anglaise au sujet du rôle des proches aidants à l'hôpital (à réaliser en février 2015).

Depuis le 5 février 2015, l'ordonnance de réanimation est documentée dans le dossier clinique informatisé – ARIANE. L'ordonnance est uniquement valide pour la durée de l'épisode de soins en cours et doit être documentée de nouveau lors d'un nouvel épisode de soins. L'information sur le statut de réanimation est rapidement accessible, permettant aux équipes d'intervenir en fonction des volontés du patient.

Chaque année, la journée internationale des bénévoles est un moment privilégié pour souligner leur engagement dans notre organisation. Au CHUS et à la Fondation du CHUS, quelque 705 bénévoles multiplient leurs efforts au bénéfice des patients et de leurs proches. Le Service des ressources bénévoles du CHUS regroupe près de 140 membres

répartis dans différentes équipes (accueil, pédiatrie, chimiothérapie, santé mentale, adultes, etc.) qui ont réalisé cette année 10 500 heures de bénévolat auprès des patients et de leurs proches. Dans le contexte actuel où les patients nous disent que « ça va vite au CHUS même si on reçoit de bons soins par des intervenants chaleureux », l'action des bénévoles est complémentaire à celle des soignants. Leurs gestes simples qui accueillent, écoutent, informent et rassurent constituent un atout important dans nos secteurs de soins. Dans les prochains mois, nous travaillerons à renforcer les liens qui existent entre les bénévoles et les équipes cliniques.

Le RUIS de l'UdeS s'est doté d'un Plan directeur télésanté 2015-2019 au cours de la dernière année. Ensemble, les établissements partenaires, les trois agences, la table DSP-DRAMU, le comité de direction du RUIS de l'UdeS et le centre de coordination (CeCoT) ont dressé un tableau d'ensemble de la situation actuelle de la télésanté dans le RUIS, établis les grandes orientations de développement basées sur des principes directeurs et défini un plan sommaire du développement des activités de télésanté. Annuellement, un plan d'action déposé par le centre de coordination de la télésanté (CeCoT), tenant compte des ressources disponibles et de la réalité des partenaires, sera entériné par le comité directeur du RUIS afin d'actualiser les grands projets identifiés au plan directeur.

En matière de téléformation, les offres ont augmenté de 219 % (89 à 284), le nombre de sites participants de 133 % (de 501 à 1 293) et la diversité de l'offre de formation de 158 % (de 6 à 14) comparativement à la même période l'an dernier.

Onze projets et douze interventions en télésanté ont été menés en 2014-2015. Plus spécifiquement, le projet de de télésoins à domicile (TSD) pour la clientèle MPOC qui permettra de déployer un service de suivi et d'enseignement intensif et adapté auprès de la clientèle MPOC de la région de l'Estrie est passé en phase de réalisation. Au cours de la dernière année, l'équipe de projet a travaillé, très activement, les volets cliniques (protocole, trajectoire d'apprentissage, outils d'enseignement) et techniques (appel d'offres, infrastructure nationale). La téléassistance en soins de plaies (TASP) vient de terminer un cycle de vie de cinq ans. Afin d'assurer la continuité du service, nous avons révisé sa portée clinique et technologique avec l'ensemble des partenaires et nous avons identifié une solution technologique de rechange, car la solution actuelle est en fin de vie. Dès l'été 2015, la TASP vivra un nouveau départ.

Le CHUS n'a reçu aucun rapport de coroners le concernant directement. Le MSSS a informé les établissements de la recommandation de s'assurer que le réseau d'eau chaude soit conforme aux normes, tant pour la température permettant d'éviter les brûlures (43 °C) que pour la prévention de la légionellose (60 °C). Suite à un événement de légionellose survenu en août 2014, le CHUS a réalisé une analyse des modes de défaillance (AMDE) de son réseau d'eau chaude afin justement d'être conforme à ces normes.

Le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur le site Internet du CHUS, sous la rubrique Médias|Publications.

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

7.1. Le conseil d'administration

Au cours de l'année 2014-2015, le conseil d'administration a procédé à la nomination du nouveau directeur général, le docteur Stéphane Tremblay, qui est entrée en fonction officiellement le 12 juin 2014.

À compter de l'automne 2014, le conseil d'administration s'est impliqué activement dans la production d'un mémoire, déposé en commission parlementaire le 30 octobre 2014, en regard du projet de loi n° 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Accompagné de ses partenaires estriens, le CHUS a déposé une vision du réseau de la santé et des services intégrant la mission universitaire de la première à la quatrième ligne, créant ainsi des centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux. Cette proposition a été retenue par le Ministre et, dès le 1^{er} avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a vu le jour.

Composition au 31 mars 2015 :

Population

Monsieur Mathieu Lemieux
Madame Christine Pomerleau

Comité des usagers

Madame Louise Gagnon-Hotte
Monsieur Denis Marceau

Université

Docteur Pierre Cossette
Madame Luce Samoisette

Fondation

Monsieur Gilles Castonguay

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Docteur Charles Orfali

Conseil des Infirmières et Infirmiers

Madame Brigitte Pinsonneault

Conseil multidisciplinaire

Madame Julie Bélanger

Directeur général

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général et secrétaire

Personnel non clinique

Madame Jocelyne Frenette

Agence (Estrie)

Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Richard Royer

Cooptation

Monsieur Michael Goldbloom
 Monsieur Daniel Leblanc
 Monsieur Richard Millette, vice-président
 Madame Louise Ostiguy
 Madame Paulina Lidia Grant

7.1.1. Mandat du conseil

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

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

	Nombre de réunions
Conseil d'administration	8
Comité administratif	6
Comité de gouvernance et d'éthique	6
Comité de vigilance et de la qualité	6
Comité de gestion des risques	5
Comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	7
Comité des ressources humaines et de l'enseignement	4

7.1.3. Prix et mention honorifique :

- Docteur Pierre Cossette, reconduction de son mandat comme doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.
- Monsieur Denis Marceau, président du comité des usagers, distinction « Comité de l'année » par le Regroupement provincial des comités des usagers.
- Monsieur Gilles Castonguay, lauréat du prix « Conseil d'administration » du gala des bénévoles de la Fondation du CHUS.

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

Membres du comité exécutif au 31 mars 2015

Docteur Serge Lepage, président
 Docteure Valérie Bédard, vice-présidente
 Docteur Étienne de Médicis, secrétaire
 Docteure Marie-Laure Collinge, conseillère
 Docteure Catherine Paris, conseillère
 Docteur Guy Lacombe, conseiller
 Madame Vicky Lord, conseillère
 Docteur Patrick Lapierre, conseiller

Membres d'office :

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général

Docteure Colette Bellavance, directrice des services professionnels par intérim

L'exécutif du CMDP s'est réuni à dix reprises au cours de l'exercice. De plus, il y a eu quatre assemblées générales ainsi qu'une assemblée générale spéciale portant sur le projet de loi n° 10.

De plus, il a approuvé plusieurs ordonnances collectives dans les secteurs de la périnatalité, de la médecine hospitalière, de la gastroentérologie, de l'infectiologie et de l'urgence.

7.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2015

Monsieur Frédéric Grondin, président

Madame Véronic Poulin, vice-présidente

Madame Caroline Cayer, secrétaire

Monsieur François-Michel Paré, agent de communication

Membres d'office:

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général

Madame Céline E. Gervais, codirectrice des services cliniques et directrice des soins infirmiers

Madame Robin Marie Coleman, directrice adjointe des soins infirmiers

À la suite des nouvelles nominations en octobre 2014, l'exécutif du CII s'est réuni à quatre reprises au cours de l'exercice. Une assemblée générale a eu lieu à l'automne 2014. Les membres du CII sont actifs au sein de l'établissement et participe aux comités suivants : le comité de coordination des installations du CHUS, le comité de gestion des risques et la table de concertation en éthique.

7.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2015

Madame Suzanne K. Bédard, présidente

Madame Kathleen Lavigne, vice-président

Madame Diane Girard, secrétaire-trésorière

Madame Julie Bélanger, représentante au conseil d'administration

Madame Francine Adam

Madame Janie Belhumeur

Madame Julie Caya

Madame Caroline Fortin

Membres d'office:

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général

Monsieur Jean Delisle, directeur adjoint des services cliniques

Au cours de l'exercice, l'exécutif du CM s'est réuni à six reprises. Les 20 mars et 26 mars 2015, s'est tenu l'assemblée générale annuelle du CM dans les deux établissements du CHUS, à laquelle plus de

175 professionnels ont assisté. À cette occasion, l'exécutif du CM a honoré certains membres par des prix de reconnaissance.

Dans un souci de solidarité afin de soutenir la transition engendrée par l'adoption de la Loi n° 10, l'exécutif du CM a émis, en collaboration avec les présidents du futur CIUSSS de l'Estrie-CHUS, un avis qui adresse les enjeux concernant les membres regroupés sous un seul conseil professionnel.

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

7.5. Le comité des usagers

Membres du comité au 31 mars 2015

Monsieur Denis Marceau, président
Madame Louise Gagnon Hotte, vice-présidente
Monsieur Yoland Chalifoux, secrétaire-trésorier
Madame Ruth Atto
Madame Marie-Josée Donahue
Madame Josée M. Rourke
Madame Pierrette Dupont
Monsieur Gaétan Duquette
Monsieur Jaime Borja

Au cours de l'exercice 2013-2014, le comité des usagers s'est réuni à dix reprises. L'exécutif du comité, composé du président, de la vice-présidente et du secrétaire-trésorier, s'est réuni à neuf reprises.

Plusieurs événements ont marqué la vie du comité des usagers au cours de l'année 2014-2015, entre autres :

- le projet de loi n° 10 qui est devenu la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales;
- la création du regroupement des comités des usagers de l'Estrie qui a travaillé à la création du comité des usagers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS;
- la tenue d'une assemblée générale le 29 octobre 2014 intégrant une conférence donnée par madame Véronique Hivon, députée de Joliette à l'Assemblée Nationale, vice-présidente de la Commission spéciale « Mourir dans la dignité » a présenté une conférence intitulée « Les soins de fin de vie »;
- l'implication humaine et financière dans plusieurs projets financés en partie par le Fonds Brigitte-Perreault dont la vidéo « Expérience patient » qui a connu un grand succès.

Quelque 161 demandes ont été répondues auprès des usagers (assistance, plaintes et commentaires) comparativement à 142 l'an dernier.

En conclusion, le comité des usagers, avec le soutien de sa coordonnatrice et de ses partenaires du CHUS, a accompli un travail important dans toutes les fonctions qu'il doit exercer au cours de l'année 2014-2015.

7.6. Le comité de gouvernance et d'éthique

Membres du comité au 31 mars 2015

Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Richard Millette, vice-président
Docteur Stéphane Tremblay, secrétaire
Monsieur Gilles Castonguay, administrateur
Monsieur Richard Royer, administrateur

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

Pour l'année 2014-2015, le comité de gouvernance a été régulièrement interpellé dans la mise en place de la Table de concertation en éthique, avec la nomination des membres, l'adoption du cadre de référence et la réception de leurs deux premiers avis. De plus, il a participé à la modification du plan d'organisation avec des changements aux membres, au mandat et aux règles de fonctionnement du comité de direction. Il a aussi été consulté pour la révision du tableau de bord du C.A.

De plus, le comité de gouvernance et d'éthique a été actif dans le suivi du projet de loi 10 et ses impacts sur le CHUS. Il a conseillé la direction dans le mémoire préparé pour la commission parlementaire en octobre 2014 et a été consulté pour les différentes démarches auprès des instances. Finalement, il a initié la transition entre le C.A. actuel et celui du futur CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

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

Membres du comité au 31 mars 2015

Monsieur Daniel Leblanc, président
Monsieur Richard Millette, vice-président
Personne-ressource : Monsieur Yvon Paris, directeur des ressources financières et techniques
À noter qu'un membre observateur, monsieur Yves Massariol, s'est joint au comité en octobre 2014.

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

En 2014-2015, le comité a établi de nouveaux objectifs.

1. **L'équilibre budgétaire (soutenir le groupe d'intervention financière) : réalisé.**
2. **Suivi des liquidités : réalisé.**
3. **Suivi des mesures pour l'utilisation optimale des ressources financières et matérielles.**
4. **S'assurer de l'adéquation optimale des ressources aux besoins de l'organisation.**
5. **Suivi des travaux de la logistique hospitalière : préoccupé par la gestion des inventaires, le comité a reçu un suivi trimestriel par le coordonnateur de la logistique hospitalière.**

De plus, les dossiers suivants ont été suivis de façon rigoureuse et sur une base régulière :

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

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

Le comité a également été saisi des dossiers suivants :

Suivi des budgets des projets du CHUS ayant des coûts supérieurs à 750 K\$ ou qui doivent être recommandés au CA - <i>Projet initial jusqu'à sa clôture</i>
Suivi des principaux projets en cours : • Laboratoire de simulation clinique • Remplacement de caméras gamma en médecine nucléaire • Pompes volumétriques • Robot chirurgical • Remplacement d'un tomodensitomètre • Remplacement de la salle de radioscopie • Séparation des réseaux des services sanitaires et pluviaux • Réaménagement du système centralisé d'additifs aux solutés (SCAS)
Suivi des programmes de la logistique hospitalière
Suivi de toutes les recommandations faites au CA
Révision annuelle des plans triennaux sur les équipements, immobilisations
Mise en place d'un suivi sur les coûts récurrents des projets

7.8. Le comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité au 31 mars 2015

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

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

Docteur Stéphane Tremblay, directeur général

Monsieur Denis Marceau, membre du conseil d'administration

Madame Paulina Lidia Grant, membre du conseil d'administration

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

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

Le comité de vigilance a maintenu ces priorités :

- Assurer les suivis aux rapports d'Agrément Canada : novembre 2013 et 2014;

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

Les membres ont assuré le suivi des dossiers suivants :

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

Les membres se sont assurés du suivi de ces dossiers :

- Les contrôles de qualité aux laboratoires;
- Les rapports d'inspection de l'ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et de l'ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec;

Les membres ont reçu et analysé :

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

Les membres ont été consultés ou informés sur ces dossiers :

- Les mesures préventives de la Légionellose;
- L'état de situation des lectures de films radiologiques;
- L'évaluation de l'expérience patient en ambulatoire;
- L'application du CHUS concernant le règlement sur les frais reliés au transport ambulancier.

Recommandations du comité de vigilance et de la qualité :

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

Du commissaire local aux plaintes :

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

Du comité d'accessibilité aux services en langue anglaise :

- De prendre acte des réalisations 2014-15;
- D'approuver le plan d'action 2015-2016;
- Reconduire l'engagement du CHUS dans le programme régional d'accessibilité en langue anglaise.

Du comité de gestion des risques :

- L'approbation du rapport annuel du comité de gestion des risques;
- Dans le dossier du risque possible d'asphyxie positionnelle avec la contention abdominale lorsqu'utilisée au lit, le comité a recommandé l'achat de 53 lits avec ½ ridelles, de s'assurer que la méthodes de soins infirmiers inclut les éléments de surveillances supplémentaires lors de l'utilisation de la contention abdominale, et d'élaborer et mettre en œuvre un plan de diffusion;
- Que l'utilisation actuelle des stylos soit sécurisée avec ces trois recommandations :
 - Finaliser le formulaire d'ordonnance d'insuline sous cutanée, avec précision du mode d'administration;

- Renforcer et standardiser les bonnes pratiques auprès du personnel pour les pratiques à risques qui ont été identifiées : rangement du stylo, émission de l'ordonnance, s'assurer que l'on utilise un seul stylo par patient;
- Standardiser l'identification du stylo sur les unités de soins (étiquette imprimée par la pharmacie et apposée sur le haut du stylo).

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

- L'approbation de la mise à jour des rôles et responsabilités des instances du CHUS en matière de radioprotection;
- D'approuver le rapport de suivi de novembre 2014, qui sera envoyé à Agrément Canada.

7.9. Le comité de gestion des risques

Membres du comité au 31 mars 201

Docteur Jean-François Lajoie, président du comité central d'évaluation de l'acte
Madame Chantal Guindi, Centre de recherche du CHUS
Madame Josée Vachon, comité de prévention des infections
Monsieur André Normandeau, usager
Docteur Claude Cyr, Faculté de médecine et des sciences de la santé
Monsieur Miguel Esmeral, Service de génie biomédical
Monsieur Jean Delisle, Direction interdisciplinaire des services cliniques
Madame Linda Hubert, Direction de la qualité, planification, évaluation et performance
Poste vacant, gestionnaire de risques
Madame Colette Lavoie, usagère
Docteure Valérie Leblanc, conseil des médecins, dentistes et pharmacie
Docteure Cécile Saellen, résidente
Monsieur Sylvain Bernier, responsable de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions
Monsieur Frédéric Grondin, conseil des infirmiers et infirmières
Monsieur Serge Maltais, Département de pharmacie
Madame Ann Villeneuve, conseil multidisciplinaire
Madame Christiane Pomerleau, conseil d'administration
Madame Josée Maurice, chef de sécurité civile et planification des mesures d'urgence

Le comité de gestion des risques s'est réuni à 5 reprises entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.

Le comité a poursuivi ses rencontres avec ces trois priorités :

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

Les membres ont assuré le suivi :

- Des travaux du groupe de travail sur la divulgation;
- De certains accidents ou poursuites

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

- Les événements sentinelles – soutien aux recommandations de la gestionnaire de risques;

- Le rapport annuel des incidents et accidents 2013-2014 – recommandations à la direction qualité, panification, évaluation et performance pour la diffusion publique
- Le remplacement des cordons d'alimentation des pompes volumétriques – soutien aux recommandations du comité directeur des pompes volumétriques;
- Les technologies à risques selon « l'Emergency care research institute » – recommandation aux directeurs;
- Les nouvelles normes d'Agrément Canada dans la gestion des médicaments et rôles des comités – recommandation à la direction interdisciplinaires des services cliniques (DISC);
- Un avis de Santé Canada sur l'utilisation des ridelles de lits avec contentions abdominales – recommandations à la DISC
- Une erreur de surdose de gentamicine (analyse de causes souches) - recommandations aux services concernés ;
- Le rapport d'analyse de l'utilisation sécuritaire des stylos d'insuline – soutien aux recommandations du comité de sécurité pharmacothérapeutique.

Les membres ont été consultés ou informés sur ces dossiers :

- Le bilan annuel des réclamations et poursuites;
- La gestion d'une éclosion en clinique d'ophtalmologie;
- Les statistiques des infections nosocomiales, le bilan annuel des surveillances et les objectifs en prévention des infections ;
- Les publications du registre national des incidents/accidents;
- La révision du processus de gestion des bris de confidentialité;
- La contamination du réseau d'eau chaude à la Légionella.

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

- L'approbation du rapport annuel de gestion des risques (registre local des incidents et accidents);
- Toutes les recommandations du comité de gestion des risques aux diverses instances du CHUS sont acheminées en copie conforme au Comité de vigilance et de la qualité.

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

	2015-2016
Nombre d'incidents	1 147
Nombre d'accidents	5 486
Total d'événements déclarés	6 633

Les faits saillants :

- Les incidents/accidents reliés à la médication représentent plus de 40 % des déclarations. La majorité des erreurs (84 %) sont sans conséquences. Les omissions, la dose et la nature du médicament demeurent les erreurs les plus fréquentes.
- 52 % des chutes surviennent sans témoin (trouvés par terre) alors que 22 % surviennent lorsque le patient circule.
- Le taux global de déclaration des unités de soins par 1 000 jours-présences a été de 20,91 %, soit légèrement moins que l'an dernier (21,98 %). 71 % des déclarations proviennent des unités de soins.

- Les accidents (patients touchés) sans conséquences (gravité C et D) constituent encore le plus grand nombre d'événements déclarés (63 %).
- Le nombre d'accidents avec conséquences plus graves, allant du besoin de soins spécialisés (E2) à la contribution au décès (I) se chiffrent à 193 (3 %);
- C'est principalement sur le quart de jour que le plus grand nombre d'événements survient, le volume des interventions cliniques est plus grand durant ce quart de travail. Par contre, c'est la nuit que le nombre de chutes est le plus élevé.
- Les événements indésirables sont plus fréquents chez la clientèle de 75 ans et plus, notamment les chutes, alors que 34 % des événements déclarés le sont pour cette clientèle. C'est aussi pour cette clientèle que les gravités sont les plus élevées, 43 % des événements avec conséquences (E1 et +) survenant chez cette clientèle.
- Le taux de divulgation et de documentation, obligatoire pour les gravités E1 et plus, est de 80 %. Des aide-mémoire ont été produits et distribués aux cliniciens pour les soutenir dans cette pratique professionnelle.
- Depuis le 1^{er} avril 2014 tous les événements indésirables évitables survenus durant la prestation des soins et des services doivent être déclarés sur les nouveaux formulaires AH-223-1. En préparation à ce changement, 180 chefs de service et assistants ont été formés durant le mois de mars pour bien saisir les enjeux du nouveau formulaire.
- Des activités continues ont lieu pour sensibiliser le personnel et les médecins à la déclaration et à la divulgation des incidents et accidents :
 - 5 chefs de soins et services;
 - 8 assistants-chefs;
 - 1 infirmière en développement clinique;
 - 8 infirmières;
 - 3 technologues;
 - 124 nouvelles embauches (infirmières, infirmières auxiliaires, Cépi).

De plus, de nombreux échanges téléphoniques ou rencontres individualisées ont eu lieu en cours d'année pour soutenir les chefs de services ou les AIC déléguées pour faire l'analyse sommaire des événements déclarés.

7.10. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

En vertu de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, le conseil d'administration du CHUS a adopté, en date du 12 mars 1998, un « Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration ». Celui-ci a été révisé le 15 décembre 2010 (voir annexe 5).

Au cours de l'exercice 2014-2015, aucun cas de manquement n'a été constaté par les instances disciplinaires.

8. LES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2015

	Exercice Courant 1	Exercice précédent 2
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre		
Temps complet, nombre de personnes	148	149
Temps partiel	1	
Nombre de personnes	0,60	
Équivalents temps complet		
Personnel régulier		
Temps complet, nombre de personnes	3 081	2 856
Temps partiel		
Nombre de personnes	1 075	1 022
Équivalents temps complet	626	578
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 349 322	2 411 766
Équivalents temps complet	1 286	1 320

8.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2015

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 :

	2014-2015	2013-2014
Spécialistes	473	467
Omnipraticiens	125	126
Pharmaciens	53	56
Total :	651	649

9. ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2015 ET ANALYSE DES RESULTATS DES OPERATIONS

9.1. État des résultats de tous les fonds au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	TOTAL
	\$	\$	\$	\$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	397 409 655	28 557 749	425 967 404	417 946 615
Subventions Gouvernement du Canada	88 478	9 117	97 595	857
Contributions des usagers	8 402 453		8 402 453	8 090 111
Ventes de services et recouvrements	11 558 987		11 558 987	12 081 842
Donations	1 698 686	1 410 027	3 108 713	4 365 609
Revenus de placement		78 208	78 208	75 328
Revenus de type commercial	752 913		752 913	751 350
Gain sur disposition		67 640	67 640	12 540
Autres revenus	63 848 117	1 864 309	65 712 426	61 945 850
TOTAL DES REVENUS	483 759 289	31 987 050	515 746 339	505 270 102
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	346 380 498		346 380 498	333 886 239
Médicaments	21 701 235		21 701 235	22 939 918
Produits sanguins	11 546 106		11 546 106	11 403 172
Fournitures médicales et chirurgicales	42 193 160		42 193 160	44 700 160
Denrées alimentaires	3 134 146		3 134 146	3 077 181
Rétributions - RI	16 895		16 895	16 675
Frais financiers	463 494	7 979 168	8 442 662	8 936 288
Entretien et réparations	5 247 595	282 044	5 529 639	5 584 434
Créances douteuses	424 458		424 458	319 610
Loyer	488 301		488 301	536 592
Amortissement des immobilisations		21 628 713	21 628 713	20 750 820
Perte sur disposition		404 422	404 422	142 745
Autres charges	52 133 884	417 384	52 551 268	53 098 073
TOTAL DES CHARGES	483 729 772	30 711 731	514 441 503	505 391 907
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE				
réf. AS-471	29 517	1 275 319	1 304 836	(121 805)

9.2. État des résultats du fonds d'exploitation au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Activités principales \$	Activités accessoires \$	Total \$	Total \$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	394 696 645	2 713 010	397 409 655	391 429 907
Subventions Gouvernement du Canada		88 478	88 478	857
Contributions des usagers	8 402 453		8 402 453	8 090 111
Ventes de services et recouvrements	11 558 987		11 558 987	12 081 842
Donations	261 830	1 436 856	1 698 686	3 059 137
Revenus de type commercial		752 913	752 913	751 350
Autres revenus	2 016 899	61 831 218	63 848 117	59 879 742
TOTAL DES REVENUS	416 936 814	66 822 475	483 759 289	475 292 946
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	290 369 662	56 010 836	346 380 498	333 886 239
Médicaments	21 701 235		21 701 235	22 939 918
Produits sanguins	11 546 106		11 546 106	11 403 172
Fournitures médicales et chirurgicales	42 193 160		42 193 160	44 700 160
Denrées alimentaires	3 134 146		3 134 146	3 077 181
Rétributions - RI	16 895		16 895	16 675
Frais financiers	463 494		463 494	652 951
Entretien et réparations	5 247 595		5 247 595	5 410 176
Créances douteuses	424 458		424 458	319 610
Loyer	488 301		488 301	536 592
Autres charges	41 857 725	10 276 159	52 133 884	52 673 800
TOTAL DES CHARGES	417 442 777	66 286 995	483 729 772	475 616 474
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE				
réf. AS-471	(505 963)	535 480	29 517	(323 528)

9.3. État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT	(21 881 504)	5 856 863	(16 024 641)	(15 902 836)
Surplus (déficits) de l'exercice	<u>29 517</u>	<u>1 275 319</u>	<u>1 304 836</u>	<u>(121 805)</u>
SURPLUS (DÉFICITS) À LA FIN (1)	<u>(21 851 987)</u>	<u>7 132 182</u>	<u>(14 719 805)</u>	<u>(16 024 641)</u>
(1) Constitués des éléments suivants :				
Affectation d'origine interne - recherche			1 489 254	1 466 844
Solde non affecté			<u>(16 209 059)</u>	<u>(17 491 485)</u>
			<u>(14 719 805)</u>	<u>(16 024 641)</u>

9.4. État de la situation financière au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	(352 872)	6 850 156	6 497 284	12 224 431
Débiteurs - Agence et MSSS	28 170 167	2 573 682	30 743 849	37 608 058
Autres débiteurs	12 684 454	990 391	13 674 845	13 499 361
Créances interfonds (dettes interfonds)	(995 263)	995 263		
Subv. à rec. - réforme comptable	31 795 172	68 932 313	100 727 485	95 882 887
Frais reportés liés aux dettes		989 213	989 213	668 888
Autres éléments	685 502		685 502	843 524
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	71 987 160	81 331 018	153 318 178	160 727 149
PASSIFS				
Emprunts temporaires		36 742 585	36 742 585	54 446 702
Autres créditeurs	46 454 849	5 751 575	52 206 424	49 638 480
Avance de fonds agence - env. déc		12 503 036	12 503 036	11 516 270
Intérêts courus à payer		2 036 637	2 036 637	2 521 791
Revenus reportés	20 954 138	43 264 689	64 218 827	53 138 670
Dettes à long terme		273 518 995	273 518 995	269 544 415
Passif au titre des avantages sociaux futurs	38 958 845		38 958 845	37 810 675
Autres éléments	704 192		704 192	695 654
TOTAL DES PASSIFS	107 072 024	373 817 517	480 889 541	479 312 657
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(35 084 864)	(292 486 499)	(327 571 363)	(318 585 508)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		299 618 681	299 618 681	290 190 233
Stocks de fournitures	10 163 393		10 163 393	10 242 298
Frais payés d'avance	3 069 484		3 069 484	2 128 336
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	13 232 877	299 618 681	312 851 558	302 560 867
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(21 851 987)	7 132 182	(14 719 805)	(16 024 641)

9.5. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation \$	Immobilisation \$	Total \$	Total \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(34 252 138)	(284 333 370)	(318 585 508)	(294 841 872)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>29 517</u>	<u>1 275 319</u>	<u>1 304 836</u>	<u>(121 805)</u>
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisition		(31 461 583)	(31 461 583)	(45 495 029)
Amortissement de l'exercice		21 628 713	21 628 713	20 750 820
(Gain) / Perte sur dispositions		336 782	336 782	130 205
Produits sur dispositions		<u>67 640</u>	<u>67 640</u>	<u>12 540</u>
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		<u>(9 428 448)</u>	<u>(9 428 448)</u>	<u>(24 601 464)</u>
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	78 905		78 905	943 291
Acquisition de frais payés d'avance	<u>(941 148)</u>		<u>(941 148)</u>	<u>36 342</u>
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	<u>(862 243)</u>		<u>(862 243)</u>	<u>979 633</u>
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	<u>(832 726)</u>	<u>(8 153 129)</u>	<u>(8 985 855)</u>	<u>(23 743 636)</u>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	<u>(35 084 864)</u>	<u>(292 486 499)</u>	<u>(327 571 363)</u>	<u>(318 585 508)</u>

9.6. État des flux de trésorerie au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT \$	EXERCICE PRÉCÉDENT \$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	1 304 836	(121 805)
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Stocks et frais payés d'avance	(862 243)	979 633
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	336 782	130 205
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations - autres	5 217 774	5 753 904
Amortissement des immobilisations	21 628 713	20 750 820
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	(4 882 615)	(4 596 636)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	21 438 411	23 017 926
 Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	 16 653 086	 7 809 278
 Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	 39 396 333	 30 705 399
 ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations		
Acquisitions	(31 461 583)	(45 495 029)
Produits de disposition	67 640	12 540
 Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	 (31 393 943)	 (45 482 489)

	EXERCICE COURANT \$	EXERCICE PRÉCÉDENT \$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	85 453 291	
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme		60 611 081
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(13 950 236)	(13 433 729)
Emprunts remboursés- Refinancement de dettes à long terme	(67 528 475)	(19 186 511)
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	(20 700 000)	(13 800 000)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	88 979 992	59 341 588
Emprunts temporaires effectués - refinancement fonds d'immobilisations	(530 818)	(297 487)
Emprunts temporaires remboursés- fonds d'immobilisations	(85 453 291)	(60 611 081)
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	(13 729 537)	12 623 861
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(5 727 147)	(2 153 229)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	12 224 431	14 377 660
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	6 497 284	12 224 431
Encaisse		
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT		
Avoirs financiers		
Débiteurs Agence-MSSS	6 864 209	6 964 910
Autres débiteurs	(175 484)	4 163 022
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	38 017	41 548
Frais reportés liés aux dettes	(320 325)	(46 356)
Autres éléments d'actifs	158 022	239 966
Autres créditeurs et autres charges à payer	2 567 944	(2 275 823)
Avance en provenance des agences - enveloppes décentralisées	986 766	(1 621 273)
Intérêts courus à payer sur emprunts	(485 154)	184 139
Revenus reportés	5 862 383	(824 909)
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	1 148 170	925 652
Autres éléments de passifs	8 538	58 402
Excédent des éléments de passifs sur les avoir financiers reliés au fonctionnement	16 653 086	7 809 278
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations	5 751 575	4 985 832
Intérêts		
Intérêts créditeurs (revenus)	5 985	7 002
Intérêts encaissés (revenus)	235 099	237 064
Intérêts débiteurs (dépenses)	2 036 637	2 521 791
Intérêts déboursés (dépenses)	8 699 834	8 537 466

9.7. Note sur les acquisitions au 31 mars 2015

	EXERCICE COURANT
	\$
Bâtiments, améliorations majeures aux bâtiments et des terrains	
Agrandissement CRC	3 577 607
Mise à niveau - système de génératrice	2 691 116
Efficacité énergétique	1 440 428
Agrandissement Fleurimont	921 065
Réaménagement locaux	799 868
Chambres froides	726 782
Laboratoire de simulation clinique	683 855
Architecture mécanique électrique	643 010
Réfection des façades	489 707
Chambre à pression contrôlée	470 696
Tuyauterie eau domestique	462 260
Services ambulatoires Fleurimont	376 192
Accélérateur linéaire	340 817
Travaux en stérilisation	305 739
Réaménagement onco pédiatrique	306 609
Projet écoénergétique	257 107
Réaménagement divers	255 851
Signalisation	206 486
Refroidisseur équipements spécialisés CRC	200 000
Autres	831 852
	<u>15 987 047</u>
Équipements médicaux et ameublement de chambre	
IRM 3 Tesla	2 929 175
Pompes volumétriques	2 069 229
Accélérateur linéaire	1 898 019
Moniteurs cardiaques	1 142 309
Lits	505 001
Analyseur d'urine et RSOSI	235 607
Lampes chirurgicales	229 034
Laveurs et stérilisateurs	221 945
Civières	221 352
Microscopes	219 028
Bronchoscope	209 361
Moniteur de calorimétrie	185 025
Échographes	165 847
Salle de radiographie numérique	130 761
Coloreuse monteuse de lame	116 229
BIPAP	111 887
Appareils de climatisation et chauffage	109 594
Ostéodensitomètre	107 292
Autres	2 633 923
	<u>13 440 618</u>

Développement informatique et Réseau de télécommunication

Autres	<u>189 984</u>
--------	----------------

Équipement informatique et de communication multimédia

Postes informatiques	322 357
Commutateurs d'accès	174 335
Réseau	90 937
Système téléphonique et téléphones IP	71 209
Équipements salle de conférences et salle de visioconférence	68 093
Autres	<u>74 174</u>
	<u>801 105</u>

Matériel et équipement de bureau

Mobilier et équipement de bureau	193 478
Autres	<u>849 351</u>
	<u>1 042 829</u>

TOTAL	<u>31 461 583</u>
-------	-------------------

9.8. 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 6 960 780 \$ (équipements : 5 426 357 \$, recherche : 653 874 \$, soins médicaux : 480 549 \$). Au 31 mars 2015, on retrouve un montant de 665 356 \$ à recevoir de la Fondation au niveau du fonds d'immobilisations et du fonds d'exploitation.

De même, l'établissement a facturé à la Fondation un montant total de 1 079 891 \$ (fonds d'exploitation – location : 580 824 \$ et vente de services : 499 067 \$). Au 31 mars 2015, on retrouve un montant de 103 709 \$ à recevoir.

La Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, constitué selon la partie III de la Loi sur les compagnies (Québec), a pour objet de soutenir le développement d'un savoir pratique en santé, d'optimiser la capacité d'exporter ce savoir et de proposer des stratégies d'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux par la mise en application concrète des connaissances en santé. Un montant de 27 998 \$ est à recevoir au 31 mars 2015.

En plus des opérations en apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes

et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

9.9. Gestion et contrôle des effectifs

11045150 - CIUSSS de l'Estrie - CHUS		Total de janvier à mars					Remarque
		Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre Individus	
11042264 - CHUS	2014	2 221 509	79 122	2 300 632	4 453	5 093	ON observe de façon générale un contrôle des heures rémunérées pour l'établissement. À noter l'importance de la baisse des heures supplémentaires.
	2015	2 226 533	66 340	2 292 873	4 459	5 118	
	Variation	0,2 %	(16,2 %)	(0,3 %)	0,1 %	0,5 %	
1 - Personnel d'encadrement	2014	78 316	116	78 432	161	170	
	2015	76 252	160	76 412	156	160	
	Variation	(2,6 %)	38,2 %	(2,6 %)	(2,9 %)	(5,9 %)	
2 - Personnel professionnel	2014	181 168	1 265	182 434	368	417	
	2015	175 005	715	175 719	355	408	
	Variation	(3,4 %)	(43,5 %)	(3,7 %)	(3,5 %)	(2,2 %)	
3 - Personnel infirmier	2014	729 845	41 365	771 210	1 432	1 734	L'augmentation des taux de dotation, la bonification de poste ainsi que l'embauche des infirmières offrant une plus grande disponibilité, ont permis d'augmenter le nombre de statuts temps complet. De plus, il y a eu une hausse du nombre d'effectifs compte tenu de l'effort d'attraction et de rétention pour ce groupe d'emploi. Le jour de plus en fériés et l'augmentation du nombre de temps complet, s'est traduit par une hausse des heures rémunérées en fériés et en vacances.
	2015	742 052	35 438	777 490	1 457	1 763	
	Variation	1,7 %	(14,3 %)	0,8 %	1,7 %	1,7 %	
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	970 516	32 655	1 003 171	1 997	2 233	L'exercice de conversion des heures chez les préposés aux bénéficiaires et dans les laboratoires a permis de stabiliser ces emplois. De plus, la journée fériée supplémentaire pour la même période a fait augmenter les heures. La moyenne des heures rémunérées par individu a augmenté pour les agents administratives de classe 2, les préposés aux bénéficiaires, les acheteurs ainsi que pour les techniciens en radio-oncologie.
	2015	978 371	26 484	1 004 855	2 010	2 262	
	Variation	0,8 %	(18,9 %)	0,2 %	0,6 %	1,3 %	
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	260 757	3 721	264 478	493	549	
	2015	254 481	3 544	258 025	480	535	
	Variation	(2,4 %)	(4,7 %)	(2,4 %)	(2,6 %)	(2,6 %)	
6 - Étudiants et stagiaires	2014	907	1	907	2	6	
	2015	373	0	373	1	3	
	Variation	(58,9 %)	(100,0 %)	(58,9 %)	(58,9 %)	(50,0 %)	

9.10. Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	3	261 000\$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	15	3 110 824\$
Total des contrats de services	18	3 371 824\$

9.11. Rapport de l'auditeur indépendant

Le rapport de l'auditeur indépendant Raymond Chabot Grant Thornton est disponible à l'annexe 3.

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

Le tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant est disponible à l'annexe 4.

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

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

REDDITION DE COMPTES

2014-2015

Juin 2015

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

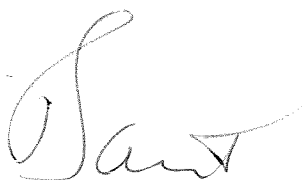
Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

- les engagements et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015.

Signé à Sherbrooke le 9.6. 2015



Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

Chapitre IV

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	49,2	100,0	70,4

Commentaires

Pour l'année 2013-2014, nous avions une cible de 70 personnes pour 60 usagers actifs. En 2014-2015, cette cible a été modifiée à 100 personnes pour 85 usagers actifs. Depuis septembre 2014, nous avons été en mesure de consolider l'équipe, ce qui nous a permis au 31 mars 2015 de prendre en charge 100 personnes pour 92 patients actifs.

Nom : Johanne Simard

Date : 1^{er} juin 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	93 %	90 %	98 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	95 %	90 %	90 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	96 %	90 %	99 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	92 %	90 %	92 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93 %	90 %	92 %
1.09.20.06 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique	95 %	90 %	100 %
1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	92 %	100 %	91 %
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	69 %	90 %	87 %
1.09.09A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	76 %	100 %	87 %
1.09.09B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	26 %	90 %	49 %
1.09.10A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	100 %	100 %	99 %
1.09.10B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	32 %	75 %	29 %
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,5 % (P12)	98 %	99,5 %

1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	58,4 %	90 %	61,7 %
--	--------	------	--------

Commentaires

1.09.08A - Les demandes hors délai pour cette catégorie sont toutes de priorité 4. Les demandes de priorités 1, 2, 3.1 et 3.2 ont toutes été réalisées dans les délais.

1.09.08B - On note une amélioration notable de prise en charge de catégorie B. Le nombre de demandes de catégorie A étant inférieur pour 2014-2015 par rapport à l'année 2013-2014 a permis de réaliser plus d'interventions de catégorie B compte tenu du nombre constant de ressources humaines, financières et techniques disponibles.

1.09.09A - Les mesures instaurées (prise en charge de la gestion de la liste d'attente par une infirmière, constance des priorités opératoires) ont permis d'améliorer de façon notable les délais de réalisation des interventions de catégorie A.

1.09.09B - Pour les demandes de catégorie B, compte tenu du nombre élevé d'urgences cliniques, et des ressources en place, il est impossible de respecter les délais établis, malgré une amélioration importante par rapport aux résultats obtenus au 31 mars 2014.

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

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

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

Hôtel-Dieu : La majorité des cas en attente sont des lésions de la peau. Le transfert d'activités du bloc opératoire vers les cliniques externes, devrait nous aider à atteindre nos cibles. Le transfert d'activités se déploie de façon progressive.

Nom : L Cormier, B Lavoie, J Dion

Date : 1^{er} juin 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Axe d'intervention :	<i>Urgences</i>
-----------------------------	-----------------

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	17,7 %	< 15 %	18,3 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	2,8 %	< 1 %	3,3 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	13,3	< 11,0	14,4

Commentaires

1.09.31 et 1.09.03 - Nous avons des patients dans nos lits qui sont en attente de transfert vers d'autres ressources (CHSLD). Des démarches sont en cours avec nos partenaires afin de trouver des solutions.

1.09.01 - Nous avons deux travailleuses sociales sur semaine du lundi au vendredi et une la fin de semaine sur les deux sites afin favoriser le retour à domicile du patient ou le diriger vers une autre ressource et ainsi, éviter de l'hospitalisation.

Il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin, dans le but de désengorger les urgences. De plus, nous continuons toujours de réorienter des patients vers une "clinique-réseau-CMU".

Nom : Luc Lizotte	Date : 1^{er} juin 2015
--------------------------	--

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Axe d'intervention : *Contrôle des infections nosocomiales*

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	Fleurimont : 3,30 Hôtel-Dieu : 4,50	Fleurimont : 6,60 Hôtel-Dieu : 9,00	Fleurimont : 4,2 Hôtel-Dieu : 3,8
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Fleurimont : 0,18 Hôtel-Dieu : 0,15	Fleurimont : 1,30 Hôtel-Dieu : 0,96	Fleurimont : 0,19 Hôtel-Dieu : 0,15
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Fleurimont : Chirurgicale : 0,41 Médicale : 0,62 Néonatal : 4,06 Hôtel-Dieu : Mixte : 1,18	Fleurimont : Chirurgicale : 3,15 Médicale : 3,15 Néonatal : 6,62 Hôtel-Dieu : Mixte : 3,15	Fleurimont : Chirurgicale : 0,47 Médicale : 0,63 Néonatal : 0,62 Hôtel-Dieu : Mixte : 0,84

Commentaires

1.01.19.01 - Fleurimont - Nos taux de C-difficile sont toujours parmi les meilleurs de la province et en deçà des cibles que nous devons atteindre! Nous avons eu une éclosion avec 3 cas d'infections nosocomiales en P9, pour un taux total à 4.5 Rigueur accrue dans la surveillance que nous faisons sur les unités de soins, information au personnel et mise à niveau des procédures.

Hôtel-Dieu - Nous avons eu une éclosion avec 3 cas d'infections nosocomiales en P-10 .Taux à 4.4 au total de l'année. Il y a eu rétablissement de la situation par la suite. Nous demeurons tout de même à des taux inférieurs à ceux de la province.

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

Fleurimont - Taux sensiblement le même, soit 0.20, soit en deçà des cibles.

Hôtel-Dieu - Taux à 0.16

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

Fleurimont – Chirurgicale : Taux en deçà des cibles, soit à 0.52.

Fleurimont – Médicale : Taux relativement idem à l'an passé, soit à 0.68.

Fleurimont – Néonatale : Taux à 0.64, donc en deçà des cibles, encore.

Hôtel-Dieu – Mixte : Taux à 0.90, donc plus bas que l'an passé et en deçà des cibles également.

Nom : Josée Vachon

Date : 1^{er} juin 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Axe d'intervention :	<i>Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</i>
-----------------------------	--

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6,85 % (P12)	< 5,00 %	6,52 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,97 % (P12)	< 3,00 %	3,77 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %

Commentaires

3.09 - "OBJECTIFS POURSUIVIS

1. Favoriser une vision commune et transversale de la situation des ressources (disponibilité, etc.) et de l'organisation des soins et services auprès des gestionnaires, des médecins et des employés;
2. Réduire les impacts de la rareté de la main-d'œuvre sur l'accessibilité des soins et des services tout en mettant l'accent sur la qualité des soins et des services prodigués aux usagers;
3. Revoir les modes de dispensation des soins et des services en fonction des rôles et des responsabilités des

intervenants et plus spécifiquement pour les secteurs suivants en 2014-2015:

-laboratoire d'ECG et activité ECG décentralisée dans les deux (2) urgences du CHUS;

-activités de retraitement et stérilisation centrale;

-soins intensifs médicaux et chirurgicaux adultes;

-soins palliatifs;

-équipe AVC;

-équipe transport des usagers;

-soins coronariens;

-centrale des rendez-vous et prise en charge des listes d'attente.

Le modèle d'organisation est encore basé sur le travail en équipe afin d'optimiser les compétences de chacun. Les travaux ont été réalisés avec la participation des intervenants concernés;

4. Poursuivre la transformation des postes et procéder à la titularisation des intervenants requis (ex. : santé mentale de nuit);

5. Soutenir l'appropriation de ces nouvelles façons de faire auprès des équipes continuellement en changement afin de pérenniser ces nouveaux modes de dispensation de soins et de services;

6. Poursuivre le soutien des équipes qui ont réorganisé leur mode de dispensation de soins et de services depuis la dernière année;

7. Revoir nos processus de soins en lien avec :

☐ La prévention, le dépistage et traitement du delirium (formation, coaching, outils, indicateurs);

☐ La prévention des chutes (projets pilotes - à poursuivre en 2015-2016);

☐ La prévention et traitement des plaies de pression (indicateurs, formation continue);

☐ Le transfert d'information aux points de transition

o aux changements de quart de travail

o entre l'urgence et l'unité de soins où l'utilisateur est hospitalisé;

o le transfert d'information sur l'utilisateur lorsqu'un transfert est fait entre deux unités de soins;

o le transfert d'information entre les unités et les services diagnostiques

☐ L'identification des usagers (projets pilotes - à poursuivre en 2015-2016);

☐ L'élaboration, la mise à jour et l'accessibilité à des méthodes de soins infirmiers;

☐ Révision du programme d'accueil et d'intégration des nouvelles ressources en soins infirmiers (apprentissage dans l'action);

☐ Élaboration d'un profil de compétence infirmière (CEPI), infirmière auxiliaire, externe en soins infirmiers (à poursuivre en 2015-2016 afin que ces profils soient intégrés dans les outils de suivi);

☐ Changement des pompes volumétriques;

☐ Révision pratique en lien avec l'intraveineothérapie (à poursuivre en 2015-2016);

☐ Changement des pompes à analgésie contrôlée par le patient;

☐ Création d'un guide sur l'utilisation des profils pharmaceutiques (l'implantation à faire en 2015-2016);

☐ Révision et standardisation des pratiques en lien avec l'irrigation des cathéters centraux;

☐ Élaboration et adoption d'une politique « code mauve » (implantation à faire en 2015-2016);

☐ Révision des pratiques d'évaluation et gestion de la douleur pédiatrique;

☐ Standardisation de la documentation en soins infirmiers sur les unités de médecine et chirurgie (implantation d'une note par exception);

☐ Révision des rôles et responsabilités des infirmiers praticiens en cardiologie.

RÉSULTATS GLOBAUX :

-implantation des pratiques exemplaires (OIIQ, OIIAQ, Agrément)

-amélioration de la qualité et sécurité des soins;

-maintien de l'accessibilité;

-maintien et amélioration du climat de travail;
-Mettre en valeur le rôle d'évaluation de l'infirmière notamment par le renforcement de l'utilisation adéquate du PTI;
-Favoriser la collaboration inter programme-clientèle dans l'arrimage des soins et des services dispensé aux usagers.

De plus, les équipes doivent poursuivre l'amélioration continue de plusieurs projets, notre organisation étant en constante évolution.

Les pratiques doivent continuellement être revues et mises à jour afin de s'assurer que nous sommes toujours en valeur ajoutée dans la « trajectoire patient » et de son continuum de soins et de services.

Nous travaillons ces projets d'organisation des soins et des services dans une philosophie « d'approche apprenante » et avons à chaque fois, amélioré notre processus.

Ces démarches sont réalisées avec la collaboration des partenaires syndicaux et professionnels (CM, CII, CIIA).

3.05.01 - Le taux de temps supplémentaire pour les infirmières est passé de 6,5% à 6,8%. C'est dans le programme-clientèle particulier que le temps supplémentaire est principalement concentré dû à des augmentations de volumes cliniques et des situations particulières. Ces programmes ont des plans d'action. Pour l'ensemble du CHUS, nous travaillons depuis 2 ans sur un chantier attraction, rétention et engagement principalement pour augmenter et stabiliser les ressources, améliorer la rétention et le soutien clinique. Nous commençons à avoir des résultats puisque les 3 dernières périodes, le TS diminue.

Nom : Manon Lachapelle, Sasha Cardinal

Date : 1^{er} juin 2015

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

** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	Non réalisé
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,26 % (P12)	< 5,00 %	5,74 % (P12)
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	Réalisé	Réalisé

Commentaires	
3.13 - Le CHUS a choisi de s'investir dans une démarche d'amélioration et de gestion intégrée des risques par le biais du système de management en SST basé sur la norme CSA Z 1000 et une adhésion à la communauté de pratique de l'AQESSS. Des démarches de climat de travail sont intégrées dans les pratiques RH des gestionnaires. Des sondages climat sont faits au besoin dans les équipes avec le soutien de la DRHE. Nous avons cette année intégré une mesure sur l'engagement dans nos processus de probation et dans les projets organisationnels. 3.01 - Suivi mensuel fait par un agent de la gestion du personnel, suivi fait par un médecin-conseil aux six semaines, expertises supports par des spécialistes et en physiothérapie, expertises légales, arbitrage médical, programme d'aide aux employés, projet d'assignation temporaire pour chaque dossier, accompagnement lors du retour au travail, postes réservés et accommodement pour le personnel avec limitations fonctionnelles et accès pour les gestionnaires à un tableau de bord. Nous sommes aussi à implanter la gestion intégrée de la présence au travail.	
Nom : Sasha Cardinal	Date : 1 ^{er} juin 2015

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

** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

ANNEXE 2 – TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Efficiencia de nos PROCESUS

Indicateurs	13-14 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Séjour moyen sur civière aux urgences Santé physique et mentale - HD + HF (en heures)	13,8	— ↑	14,4	vs	11,0	■
- Urgence santé physique HD	13,1	— ↑	13,9	vs	11,0	■
- Urgence santé mentale HD	26,2	— ↑	29,2	vs	18,0	■
- Urgence santé physique HF	12,3	=	12,3	vs	11,0	▲
Durée moyenne de séjour globale (jours)	7,1	+ ↓	7,0			
- Trajectoire (à définir)						
- Trajectoire (à définir)						
Nombre de patients en attente de transfert (Patients "prêts" en santé physique)	17	— ↑	28	vs	15	■
- Santé physique	17	— ↑	28	vs	15	■
- Santé mentale	N/D		N/D	vs		

ANNEXE 1

Engagement des personnes envers nos PRATIQUES

Indicateurs	13-14 en P13	→	14-15 en P13	vs	Cible à P13	Statut
Taux de conformité aux POR's (Auto-évaluations des 22 secteurs touchés par l'Agrément)	46%	+ ↑	70%	vs	100%	■
- POR's du plan de sécurité (BCM, chutes, transfert de l'information, TEV...)	26%	+ ↑	65%	vs	100%	■

ANNEXE 5

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

Utilisation judicieuse de nos RESSOURCES

Indicateurs	13-14 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Dépenses (Millions de \$)	413,3	— ↑	417,4	vs	417,4	●
- Salaires	281,0	— ↑	290,4	vs	286,3	■
- Autres dépenses	132,3	+ ↓	127,1	vs	131,1	●
Fournitures médicales	28,1	+ ↓	26,7	vs	27,6	●
Médicaments	22,9	+ ↓	21,7	vs	22,5	●
Prothèses	16,6	+ ↓	15,5	vs	15,2	▲
Ratio temps supplémentaire (infirmières)	6,7%	+ ↓	6,6%	vs	5,0%	■
- Infirmières auxiliaires	4,3%	— ↑	4,9%	vs	3,0%	■
- Préposés aux bénéficiaires	5,7%	+ ↓	5,6%	vs	3,0%	■
- Agentes administratives (cl. 3)	7,3%	+ ↓	4,2%	vs	3,0%	■
Heures supplémentaires imposées (infirmières)	8 297	— ↑	9 667	vs	2 630	■
- Infirmières auxiliaires	1 155	— ↑	1 216	vs	630	■
Taux d'absentéisme global (infirmières)	29,9%	— ↑	30,6%			
- Absentéisme avec marge de manœuvre (inf.)	5,1%	— ↑	5,3%			
- Absentéisme sans marge de manœuvre (inf.)	24,8%	— ↑	25,3%			

ANNEXE 2

ANNEXE 3

ANNEXE 4

Qualité et accessibilité des soins et services à nos PATIENTS

Indicateurs	13-14 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Nombre de plaintes Conclues par la commissaire locale et le md examinateur	418	+ ↓	396			
- Délai moyen de traitement / Commissaire locale (jours)	27	— ↑	34	vs	45	●
- Délai moyen de traitement / Médecin examinateur (jours)	37	— ↑	46	vs	45	▲
Infections nosocomiales (Nombre d'infections / 10 000 jours-présence)	9,9	+ ↓	8,2	vs	10,5	●
- SARM	3,3	— ↑	3,4	vs	4,0	●
- C Difficile	4,3	— ↑	4,4	vs	5,5	●
- ERV	2,4	+ ↓	0,4	vs	1,0	●
Taux de déclaration d'événements indésirables (Nombre de déclaration / 1000 jours-présence)	16,9	↓	14,7			
- Erreurs de médicaments	11,3	↓	9,7			
- Chutes	5,6	↓	5,0			
- Autres événements indésirables	N/D		N/D			

—TABLEAU DE BORD DU C.A.—
BILAN DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
DÉCEMBRE 2012 À MARS 2015



ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut	ANNEXE 6
Attente moyenne des patients vus en gastro. et en ortho. (semaines)								
- Gastroentérologie (Urgent / Code A)		14	+ ↓	7				
- Gastroentérologie (Semi urgent / Code B)		53	+ ↓	48				
- Gastroentérologie (Électif / Code C)		50	+ ↓	43	vs	13	■	
- Orthopédie (Urgent / Code A)		30	+ ↓	19				
- Orthopédie (Semi urgent / Code B)		25	- ↑	31				
- Orthopédie (Électif / Code C)		30	- ↑	50	vs	13	■	
Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients		6,6%	+ ↓	6,5%	vs	6,0%	▲	
- Chirurgie	111 500 visites/an	8,9%	+ ↓	8,2%	vs	6,0%	■	
- Médecine	129 500 visites/an	4,4%	- ↑	4,9%	vs	6,0%	●	
Taux de patients traités dans les délais pour une chirurgie*		88%	+ ↑	89%	vs	92%	▲	ANNEXE 6
- Chirurgies d'un jour (6 mois) (sauf cataractes)	8300 chir. / an	91%	+ ↑	92%	vs	90%	●	
- Chirurgies avec hospit. (6 mois)	4400 chir. / an	89%	+ ↑	92%	vs	90%	●	
- Chirurgies Cataractes (6 mois)	3600 chir. / an	97%	+ ↑	99%	vs	98%	●	
- Chirurgies oncologiques (28 jours)	2100 chir. / an	59%	+ ↑	62%	vs	90%	■	
- Chirurgies cardiaques: Urgent (2 sem.)	280 chir. / an	84%	+ ↑	87%	vs	100%	▲	
- Chirurgies cardiaques: Électif (3 mois)	170 chir. / an	36%	+ ↑	49%	vs	90%	■	
- Chirurgies hanches (PTH) (6 mois)	220 chir. / an	96%	+ ↑	98%	vs	95%	●	
- Chirurgies genoux (PTG) (6 mois)	270 chir. / an	91%	- ↓	90%	vs	92%	▲	
Durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire (heures)		4,9	- ↑	5,1				
- Hôpital Fleurimont		4,8	- ↑	4,9				
- Hôtel-Dieu		5,1	- ↑	5,3				
Taux de services réalisés dans un délai de 90 j en imagerie médicale* (clientèle élective)		87%	- ↓	86%	vs	100%	▲	ANNEXE 6
- Graphie	18700 exa. / an	100%	=	100%	vs	90%	●	
- Échographie obstétricale	2600 exa. / an	85%	+ ↑	100%	vs	90%	●	
- Tomodensitométrie	2400 exa. / an	94%	- ↓	70%	vs	90%	■	
- Échographie autre	5400 exa. / an	51%	+ ↑	91%	vs	90%	●	
- Résonance magnétique	1400 exa. / an	63%	- ↓	20%	vs	90%	■	
- Scopie	1100 exa. / an	70%	+ ↑	72%	vs	90%	■	
- Échographie mammaire	1000 exa. / an	46%	+ ↑	65%	vs	90%	■	
- Échographie cardiaque	620 exa. / an	N/D		15%	vs	90%	■	

ROUTE DE LA QUALITÉ		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Durée moyenne de séjour en hospitalisation pour les patients de 75 ans + (jours) 14-15: P9		9,6	- ↑	9,7	vs	8,0	■
Taux de réadmission à 30 jours pour toutes les clientèles 14-15: P8		9,6%	+ ↓	9,0%	vs	7,9%	▲
Taux d'expériences positives des patients 14-15: P7		64%	+ ↑	77%	vs	70%	●

ROUTE DE LA COMPÉTENCE		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue		75%	+ ↑	82%			
Nombre d'heures de formation continue par employé		15,5	- ↓	12,7			
Taux de stabilité sur les postes (infirmières)		61%	+ ↑	67%	vs	75%	▲
Taux de roulement (infirmières) En nombre d'individus		11%	=	11%			
Taux de rétention (infirmières) 6 mois après l'embauche / En nombre d'individus		78%	=	78%	vs	83%	▲
Nombre d'employés ayant eu une évaluation		97	+ ↑	168			■

ROUTE DE LA PERFORMANCE		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de gestion de proximité 14-15: P5		39%	+ ↑	42%	vs	45%	▲
Évaluation du climat de travail							
Taux de projets respectant les budgets Projets du bureau de projet		85%		N/D	vs	100%	
Taux de projets respectant les délais Projets du bureau de projet		62%		N/D	vs	100%	

P13**Séjour moyen sur civière aux urgence (SP et SM)**Unités:
Heures**13,8**2013-14
P1 à P13

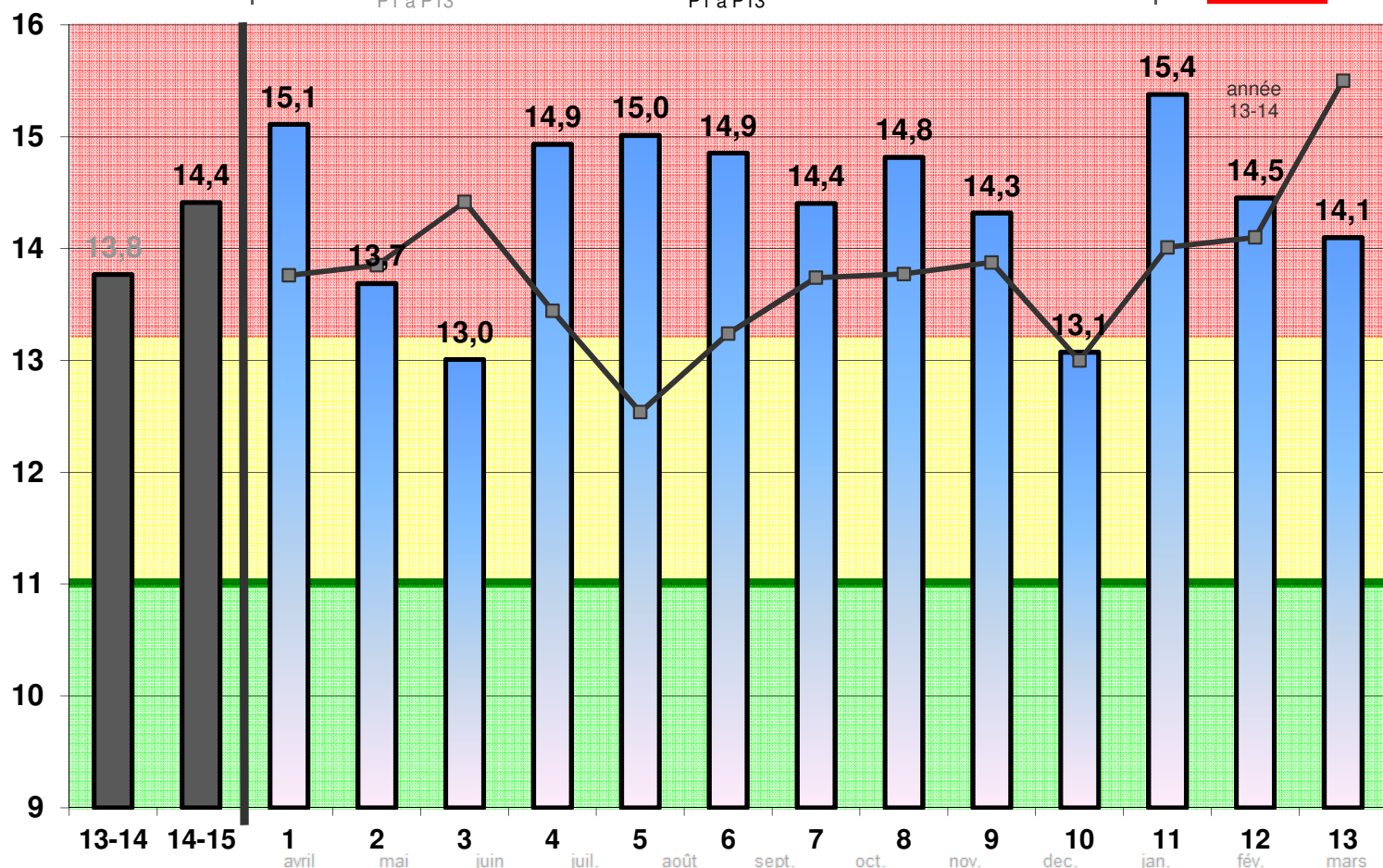
- ↑

14,42014-15
P1 à P13

vs

11,0

CIBLE

**TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS**

	Cumul 13-14	→	Cumul 14-15	vs	Cible 14-15	Statut
Santé physique - HF						
Nombre de séjours sur civière	23996	↓	22555	-6%		
Séjour moyen sur civière (heures)	12,3	=	12,3	vs	11,0	▲
Santé physique - HD						
Nombre de séjours sur civière	18724	↓	17882	-4%		
Séjour moyen sur civière (heures)	13,1	- ↑	13,9	vs	11,0	■
Santé mentale - HD						
Nombre de séjours sur civière	4041	=	4056	0%		
Séjour moyen sur civière (heures)	26,2	- ↑	29,2	vs	18,0	■

COMMENTAIRE (N. Marteau - En P13)

On constate que le nombre de séjours sur civière a été significativement moins important que l'an passé (-5%) et ce, spécifiquement sur la trajectoire santé physique.

Dans le même temps, la durée moyenne de ces séjours sur civière (SP + SM) a augmenté de 4% (en passant de 13,8h à 14,4h).

Cette augmentation du séjour moyen global s'explique principalement par la dégradation de l'attente aux urgences de l'Hôtel-Dieu (+1,3h).

À l'Hôtel-Dieu les séjours ont augmentés en santé physique (+ 0,8h) mais surtout en santé mentale (+ 3,0h).

D'une manière encore plus précise la DMS en santé mentale de l'Hôtel-Dieu a augmenté principalement avec les chiffres de l'USM (+5,0h)

La performance annuelle à l'USM (+5,0h) a été priorisée par l'équipe de direction et est pilotée depuis octobre 2014 comme enjeu stratégique.

Cette année peut être décomposée en 3 phases : | 1. Avril à Août 2014 (+4,0h) | 2. Sept. à Nov. 2014 (+10,0h) | 3. Déc. à Mars 2015 (-1,0h)

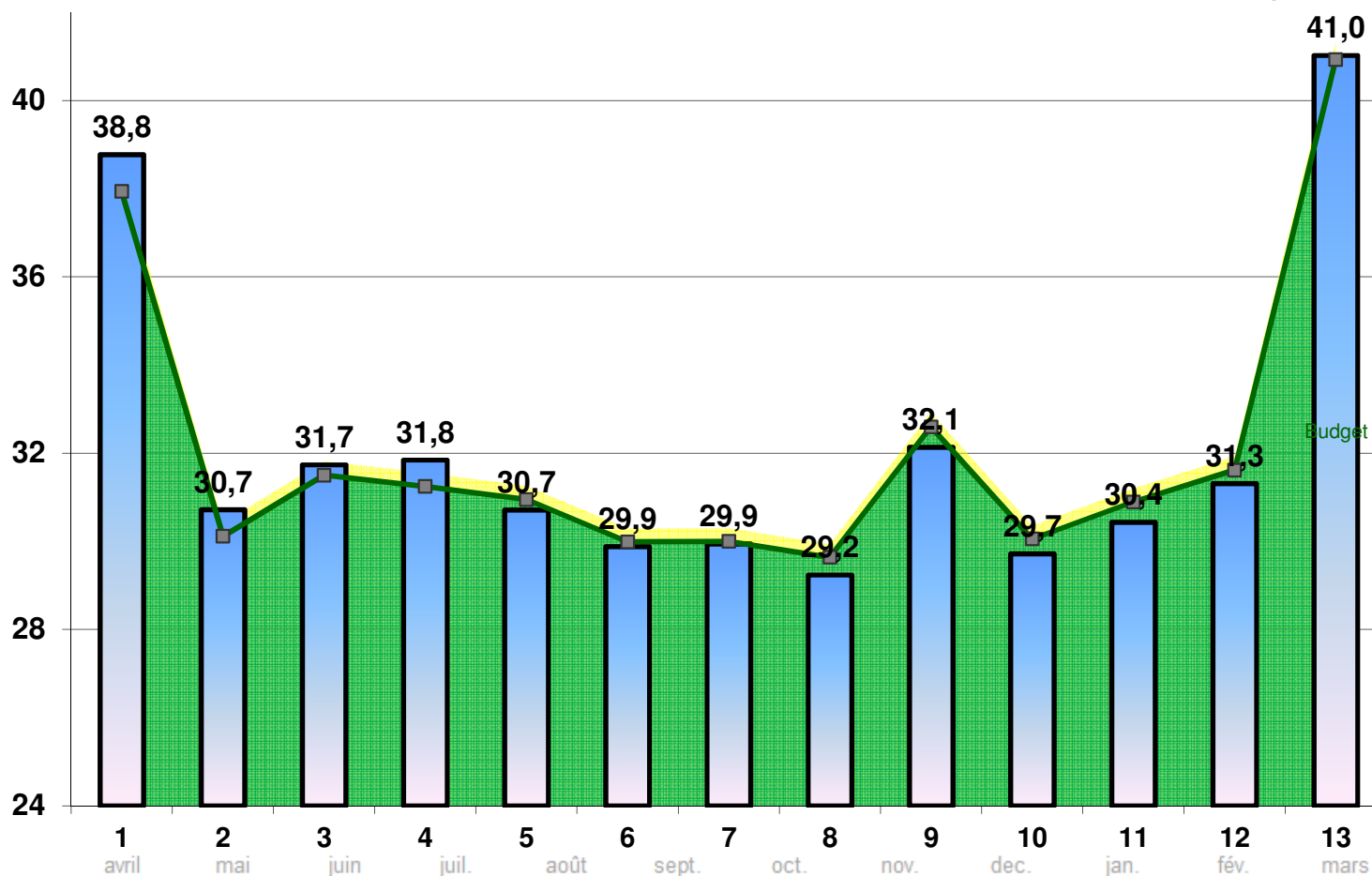
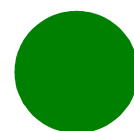
Suite à la mise en oeuvre du plan d'action à l'USM, on peut souligner que l'attente a diminué grandement pour s'inscrire en dessous de l'attente de l'année passée et ce, depuis le mois de décembre 2014 jusqu'au aujourd'hui.

P13**Dépenses globales du CHUS**Unités:
Millions de \$**413,3**
2013-14
P1 à P13

- ↑

417,4
2014-15
P1 à P13

VS

417,4
CIBLE**TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS**

	Cumul 13-14	→	Cumul 14-15	vs	Cible 14-15	Statut
Salaires	281,0	- ↑	290,4	vs	286,3	■
Autres dépenses	132,3	+ ↓	127,1	vs	131,1	●
Fournitures médicales	28,1	+ ↓	26,7	vs	27,6	●
Médicaments	22,9	+ ↓	21,7	vs	22,5	●
Prothèses	16,6	+ ↓	15,5	vs	15,2	▲

ANALYSE ()

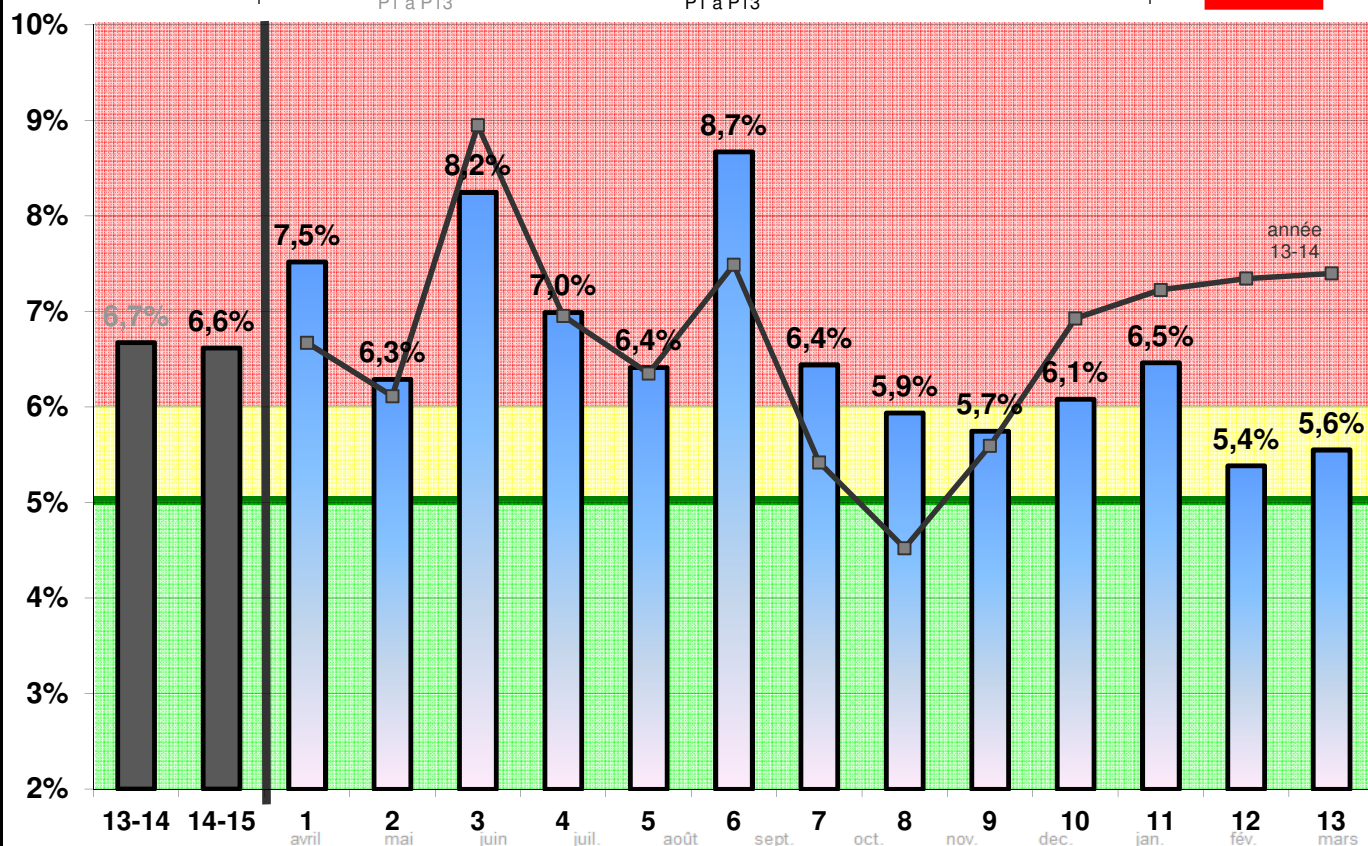
Sur l'année 2014-15, les dépenses du CHUS ont atteint 417,7 M\$ ce qui s'inscrit en équilibre avec le budget planifié.
Après 4 premières périodes en net déficit, le CHUS a terminé l'année avec 9 périodes consécutives où les dépenses étaient inférieures au budget.

Cet équilibre budgétaire s'explique par la forte contraction dépenses de la catégorie "Autres dépenses" (-5,2M\$ vs l'an passé soit -4%)
Cette contraction peut s'observer sur tous les postes suivants : Fournitures médicales (-1,4M\$); Médicaments (-1,2M\$); Prothèses (-1,1M\$) ...
De leur côté, les dépenses de salaires ont augmentées de 3,3% par rapport à l'an passé pour atteindre 290,4 M\$.
Le montant dépensé en salaire excède le budget planifié de +4,1M\$.

Avec 417,4 M\$, le CHUS a ainsi dépensé 4,1M\$ de plus que l'an passé soit une augmentation de 1,0%.
En 2014-15 le CHUS a connu la plus faible augmentation de ses dépenses depuis au minimum les 5 dernières années.
En effet, la moyenne d'augmentation des dépenses avait été de 3,7% / an au cours des 5 années précédentes.

P13**Taux de temps supplémentaire (infirmières)**Unités:
%**6,7%**
2013-14
P1 à P13**6,6%**
2014-15
P1 à P13

vs

5,0%
CIBLE**TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS**

	Cumul 13-14	→	Cumul 14-15	vs	Cible 14-15	Statut
Infirmières	6,7%	+ ↓	6,6%	vs	5,0%	■
Infirmières auxiliaires	4,3%	- ↑	4,9%	vs	3,0%	■
Préposés aux bénéficiaires	5,7%	+ ↓	5,6%	vs	3,0%	■
Agentes administratives (classe 3)	7,3%	+ ↓	4,2%	vs	3,0%	■

ANALYSE (DRHE, P13 2014-2015)

Le taux de temps supplémentaire pour les infirmières s'est légèrement amélioré grâce aux 4 dernières périodes de l'année, en lien avec l'arrivée d'infirmières françaises, cependant, la cible n'est pas atteinte. En P12 et P13, le taux de temps supplémentaire s'est amélioré grâce à la baisse de 27 % des heures supplémentaires et au maintien des heures régulières (+0.4%). C'est le programme clientèle mère-enfant qui affiche la plus grande baisse entre P11 et P13 grâce aux unités de pédiatrie et de la maternité. L'Urgence Fleurimont a également de bons résultats pendant le dernier trimestre. Cependant au cumulatif de cette unité, il demeure que les heures supplémentaires ont augmenté alors que les heures régulières ont diminué. L'arrivée tardive des CEPI dans ce programme clientèle pourrait expliquer en partie cette augmentation. En néonatalogie et au 4A-4C, il y a eu un cumulatif de plus de 1000 h d'augmentation de leurs heures supplémentaires. Les 2 programmes clientèle affichant les plus hauts taux de supplémentaire sont les soins med. générale et urgences avec 9,9 % ainsi que les soins en santé mentale avec 9,3 %.

Pour les infirmières auxiliaires, l'augmentation de l'absentéisme avec marge de manœuvre (absences autorisées, retrait préventif et congés partiels) a favorisé l'utilisation du supplémentaire. Il y a eu une augmentation marquée des heures supplémentaires des infirmières auxiliaires à l'urgence FL avec 914 heures de plus faisant passer le taux de supplémentaire de cette unité de 8,3% à 17,6%. Pour les préposés aux bénéficiaires, les constantes dans les unités spécialisées réduisent le bassin des effectifs disponibles et augmentent par le fait même le temps supplémentaire. Finalement, il faut souligner que pour les agentes administratives de classe 3, l'amélioration de la coordination et la synergie entre les équipes RH et les gestionnaires a permis une meilleure gestion des embauches et par le fait même, a permis une baisse des heures supplémentaires. Finalement, pour plusieurs titres d'emploi, le retour aux études de plusieurs d'entre eux (à partir de la P5) diminue la main-d'œuvre disponible.

PLAN D'ACTION (DRHE, P13 2013-14)Chantier attraction, rétention et engagement:

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

P13 Heures supplémentaires imposées (infirmières)

Unités:
Heures

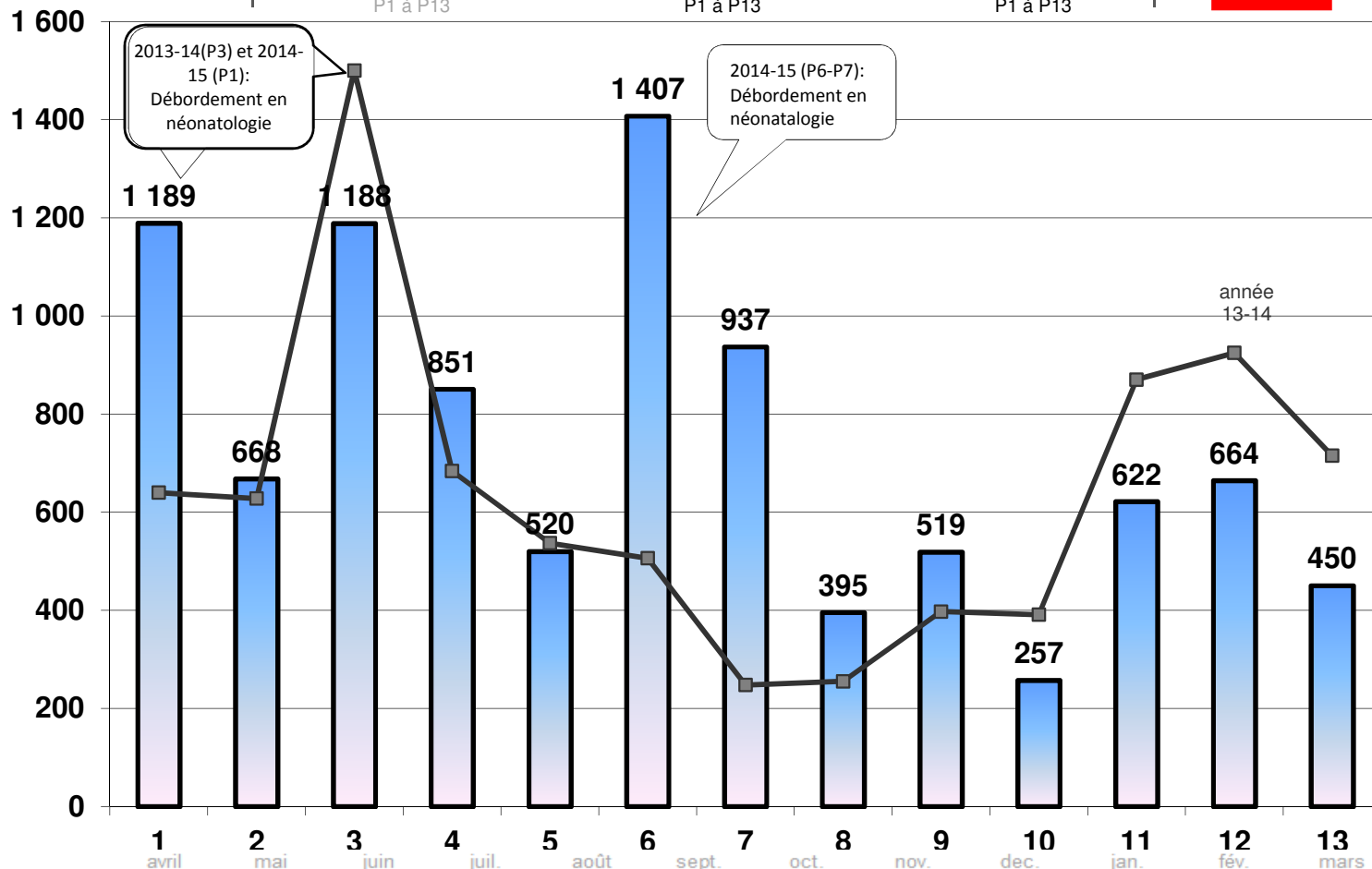
8297
2013-14
P1 à P13



9667
2014-15
P1 à P13

VS

2630
CIBLE
P1 à P13



TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS

	Cumul 13-14	→	Cumul 14-15	vs	Cible 14-15	Statut
Infirmières	8297	- ↑	9667	vs	2630	■
Infirmières du prog. Mère-enfant	3295	- ↑	4261	vs	416	■
Infirmières auxiliaires	1155	- ↑	1216	vs	630	■
Préposés aux bénéficiaires	292	- ↑	359	vs	1007	●
Agentes administratives (classe 3)	110	+ ↓	25	vs	251	●

ANALYSE (DRHE, mise à jour P13 2014-15)

Les heures supplémentaires imposées chez les infirmières ont augmenté de 16,5% par rapport à la P13 de l'année passée. Le dernier trimestre a été marqué par une baisse importante de l'imposition, et ce, dans plusieurs titres d'emploi. Il y a plus d'infirmières qui ont eu de l'imposition, mais la moyenne individuelle d'heures imposées s'est stabilisée alors que jusqu'en P10, elle était en hausse. En néonatalogie, le maintien du volume d'activités élevé sur une plus longue période soit en P1, P6 et P7 expliquent le début d'année difficile. Plus de 52% des heures imposées chez les infirmières, se retrouvent dans les 2 programmes clientèles où la hausse est la plus importante: soins mère-enfant (+ 967 heures) et soins critique et traumatologie (+ 1041 heures).

Il y a eu une hausse des heures imposées chez les infirmières auxiliaires survenue essentiellement les fins de semaine. Chez les préposés aux bénéficiaires, le projet à l'urgence FL, a augmenté les besoins sur les quarts de jour et de soir. Le nombre de préposés aux bénéficiaires formés pour travailler ou faire des surveillances constantes dans les unités spécialisées étant limité, cela crée une pression sur ces unités comparativement aux autres unités non spécialisées.

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

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

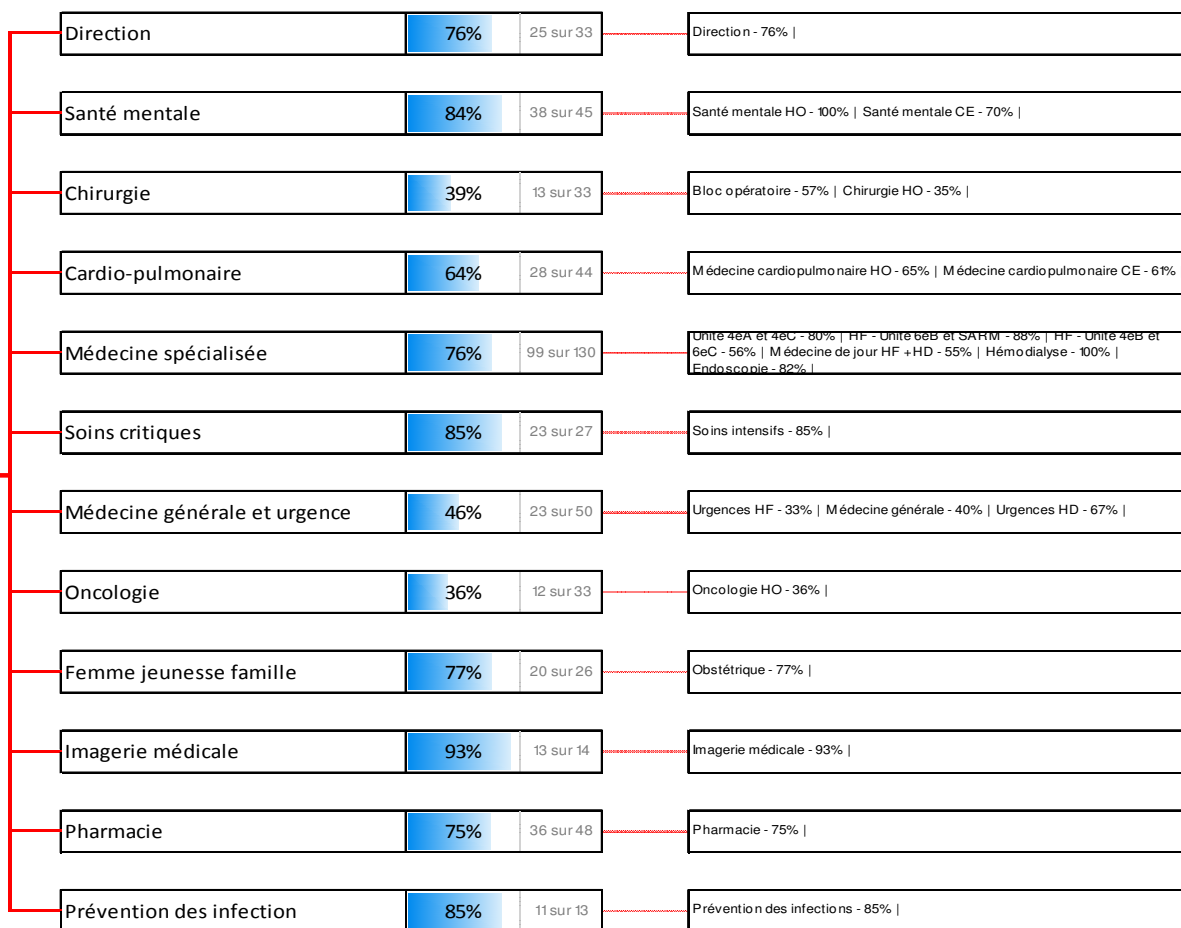
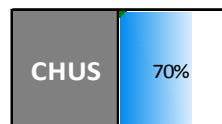
- Augmenter le nombre d'embauches et augmentant la visibilité et le nombre d'actions en attraction et dotation de la main-d'œuvre.
- Poursuivre l'affichage du temps supplémentaire en confection d'horaire et les procédures d'affichage en continu du temps supplémentaire.
- Travailler sur les conditions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

P13**Taux de conformité aux POR's**Unités:
%**46%**
2013-14
En P13

+ ↑

70%
2014-15
En P13

VS

100%
CIBLE**TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS**

	13-14 En P13	→	14-15 En P13	vs	Cible 14-15	Statut
Taux de conformité aux POR's	46%	+ ↑	70%	vs	100%	■
- Tests principaux	57%	+ ↑	70%	vs	100%	■
- Tests secondaires	33%	+ ↑	64%	vs	100%	■
- 7 POR's du plan de sécurité (BCM, transfert de l'info...)	26%	+ ↑	65%	vs	100%	■

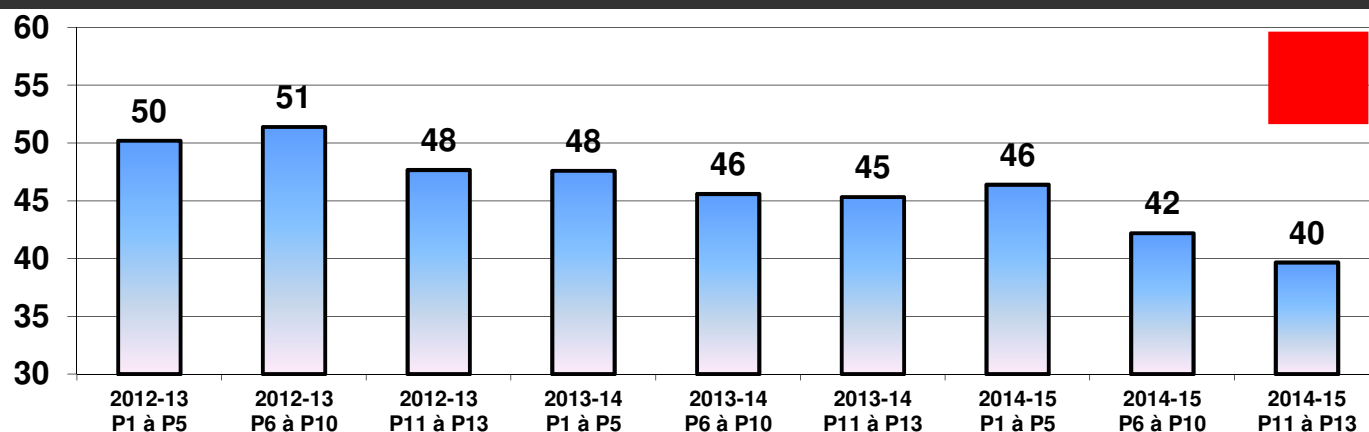
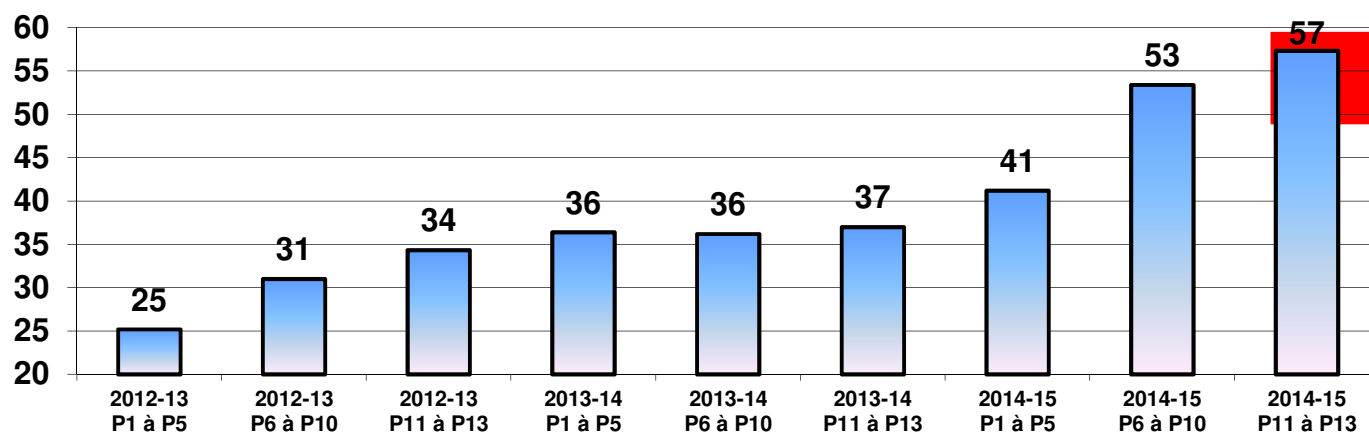
ANALYSE (J. Frenette, mise à jour P7)

L'ensemble des 32 Pratiques Organisationnelles Requises (POR) représente pour Agrément Canada les éléments essentiels pour assurer la sécurité des patients à l'hôpital. Les tests de conformité principaux s'appliquent à la mise en place des pratiques elles-mêmes et les tests de conformité secondaires s'appliquent à l'évaluation et à l'amélioration de ces pratiques. Bien que la cible de 100% de conformité soit visée, l'atteinte ne pourra se réaliser qu'à moyen terme. Notre principal objectif pour l'année en cours est la conformité des 7 POR's du Plan de sécurité 2014. Leur taux particulièrement bas mesuré en P13 (26%) est le reflet de la complexité et de la portée transversale de la majorité d'entre elles.

Dans les derniers mois, la conformité aux 7 POR's du plan de sécurité s'est graduellement améliorée au fil de l'implantation des nouvelles pratiques dans les secteurs où il y a eu des projets pilotes. Le déploiement de 5 de ces 7 pratiques se poursuivra en 2015. Ainsi 2 pratiques seront conformes à 100% d'ici la fin de 2014 et les 5 autres sont prévues pour la fin de 2015.

PLAN D'ACTION (J. Frenette, mise à jour P7)

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

P13**Attente pour les nouveaux patients vus (Électif, codes C)****GASTROENTÉROLOGIE****ORTHOPÉDIE****TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS**

	Cumul 12-13	→	Cumul 14-15	vs	Cible 14-15	Statut
Gastroentérologie						
Nombre de patients sur liste d'attente (A + B + C)	4811	+ ↓	1746	-64%		
Nombre de nouvelles requêtes reçues (A + B + C)	3176	+ ↓	2397	-25%		
Nombre de nouveaux patients vus en consultation (A + B + C)	2074	+ ↑	2664	28%		
Différence (Nx patients vus - Requêtes reçues)	-1102	+ ↑	267			
Ancienneté moyenne des requêtes dans la liste d'attente (sem.)	126	+ ↓	68			
Orthopédie						
Nombre de patients sur liste d'attente (A + B + C)	5066	+ ↓	2456	-52%		
Nombre de nouvelles requêtes reçues (A + B + C)	4951	+ ↓	2224	-55%		
Nombre de nouveaux patients vus en consultation (A + B + C)	3304	+ ↑	3647	10%		
Différence (Nx patients vus - Requêtes reçues)	-1647	+ ↑	1423			
Ancienneté moyenne des requêtes dans la liste d'attente (sem.)	92	- ↑	95			

COMMENTAIRE (N. Marteau - En P13)**Résultats en gastroentérologie**

En 2 ans, les mesures mises en oeuvre ont fait diminuer le nombre de patients en attente de 64 % (de 4 811 à 1746).

Cela s'explique par l'épuration des listes d'attente et la "balance positive" des nouveaux patients vs les nouvelles requêtes reçues (+267)

En parallèle, l'attente moyenne des nouveaux patients vus pour 1^{re} consultation est en baisse, et ce, pour tous les codes de priorités (A, B et C). De plus, l'ancienneté moyenne sur la liste d'attente a diminué en passant de 126 semaines à 68 semaines.

Résultats en Orthopédie

En 2 ans, les mesures mises en oeuvre ont fait diminuer le nombre de patients en attente de 52 % (de 5066 à 2456).

Cela s'explique par l'épuration des listes d'attente et la forte "balance positive" des nouveaux patients vs les nouvelles requêtes reçues (+1423)

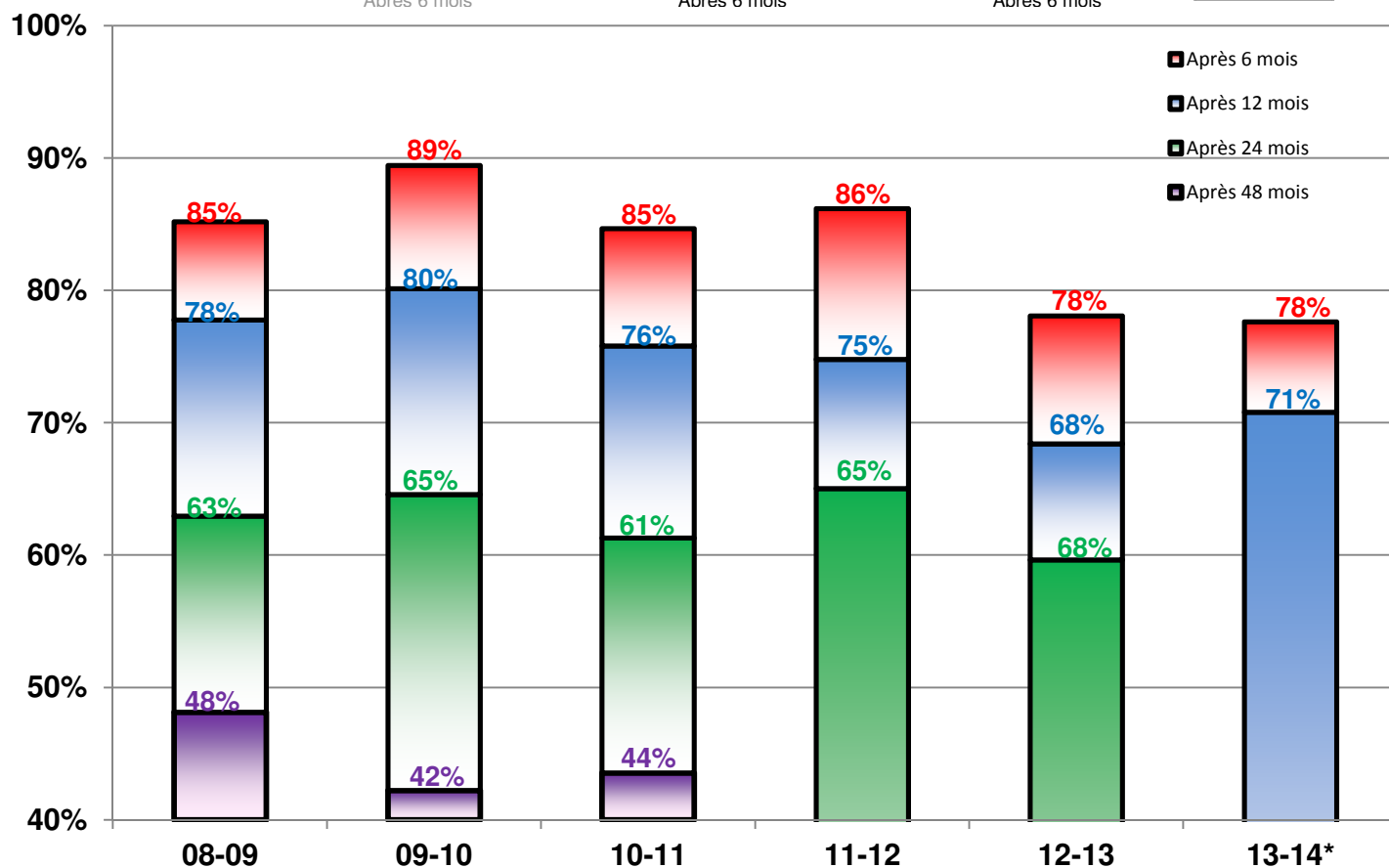
En parallèle, l'attente moyenne des nouveaux patients vus pour 1^{re} consultation évolue d'une manière mitigée. En effet l'attente pour les codes A "Urgents" a beaucoup diminuée alors que celle pour les codes B et C se sont rallongées. De plus l'ancienneté moyenne sur la liste d'attente ne s'est pas améliorée en 2 ans (95 semaines). Néanmoins la "Balance fortement positive" si elle se maintient en l'état devrait permettre d'améliorer significativement le nombre de patient en attente ainsi que le délai avant d'être vus.

P13**Taux de rétention (infirmières)**Unités:
%**78%**
12-13*
Après 6 mois

=

78%
13-14*
Après 6 mois

vs

83%
CIBLE
Après 6 mois

TRACEURS ET AUTRES INDICATEURS RELIÉS	Cumul 13-14	→	Cumul 14-15	vs	Cible 14-15	Statut
Infirmières (rétention 6 mois)	78%	- ↓	78%	vs	83%	▲
Infirmières auxiliaires (rétention 6 mois)	92%	- ↓	74%	vs	92%	■
Préposés aux bénéficiaires (rétention 6 mois)	82%	+ ↑	87%	vs	85%	●
Agentes administratives classe 3 (rétention 6 mois)	75%	- ↓	62%	vs	75%	■

ANALYSE (DRHE, mise à jour P13 2014-15)

La rétention dans les 6 premiers mois suivant l'embauche des infirmières a été plus problématique en 2012-2013 et 2013-2014. Les raisons évoquées touchent plus la carrière, les études, les fermetures administratives et du personnel qui ne répond pas aux exigences. L'an passé c'était plus les retours aux études et l'insatisfaction au travail qui avaient été mentionnés. L'augmentation des embauches a été égale à l'augmentation des départs dans les 6 premiers mois (+41%), ce qui explique la stabilité du taux de rétention à 6 mois. Pour ce qui est de la rétention à 12 mois, il y a eu une augmentation du taux de rétention en lien avec la hausse des embauches (de 68% à 71%), mais il demeure que le nombre de départ est demeuré le même que l'an passé ainsi que les raisons de départ évoquées. Chez les infirmières auxiliaires, 8 d'entre elles ont quitté le CHUS avant 6 mois et 2 autres se sont ajoutées avant d'atteindre leurs 12 mois après leur embauche. À pareille date, l'an passé, il y avait eu 3 départs avant 6 mois et 1 autre avant 12 mois. De plus, combiné à la baisse du nombre d'embauches, cela a fait diminuer le taux de rétention. Pour les agentes administratives de classe 3 dans les soins, il y a eu une hausse des probations échouées (7 des 15 départs) et des départs pour insatisfaction (4 des 15 départs) dans les 6 premiers mois. Ces 2 raisons expliquent à elles seules plus de 70% des départs depuis 2 ans. Pour le nombre de départs après 6 mois et avant 12 mois, il y en a eu moins de l'an passé. Au total, après 12 mois, il y a 16 départs, soit seulement 2 de plus que l'an passé.

PLAN D'ACTION (DRHE, mise à jour en P13 2013-14)Chantier attraction, rétention et engagement :

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

ANNEXE 3 – RAPPORT DE L'AUDITEUR INDEPENDANT

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 500
455, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec) J1H 6G4

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

Téléphone : 819 822-4000
Sans frais : 1 800 567-6958
Télécopieur : 819 821-3640
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.*¹

Sherbrooke

Le 12 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A125487

ANNEXE 4 – TABLEAU DE L'ETAT DU SUIVI DES RESERVES, COMMENTAIRES ET
OBSERVATIONS FORMULES PAR L'AUDITEUR INDEPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Lorsqu'un contrat comportant une dépense supérieure au seuil d'appel d'offres public ou sur invitation est plutôt conclu de gré à gré dans l'un	2011-12	0	Une nouvelle loi, la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, a été mise en pratique en 2015. Elle est lourde à gérer		X	

ou l'autre des cas énumérés à l'alinéa 13 de la Loi sur les contrats des organismes publics, l'établissement doit s'assurer d'obtenir l'autorisation du dirigeant de l'organisme public et doit en informer le ministre responsable annuellement. À la suite de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la notion « dans l'intérêt public » était utilisée dans plusieurs cas pour justifier le fait de ne pas aller en appel d'offres sur invitation ou public. Cette notion devrait être utilisée de façon limitée et donc des appels d'offres devraient être appliqués presque à l'ensemble des achats et des projets. L'établissement s'assurerait ainsi de profiter des meilleurs prix possibles.			et l'agglomération du CIUSSS-CHUS ne fait qu'alourdir le processus. En terminant, il faut mentionner que le CHUS a fait l'objet d'un audit de la part du Conseil du Trésor portant sur le processus de gestion contractuelle du CHUS. Au contraire, le Conseil du Trésor nous a indiqué que les notions de transparence et d'intégrité sont au cœur de notre processus d'acquisition de biens et de services tout en étant accompagnés par une excellente gestion documentaire. Le rapport final est en rédaction et devrait être publié par le SCT dans les semaines voire les jours à venir.			
Nous avons remarqué que plusieurs membres du conseil d'administration n'ont pas déclaré leurs intérêts personnels tel que requis par le <i>Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration</i> approuvé par l'établissement (Politique interne NPG # 1101 émise le 12 mars 1998 et révisée le 15 décembre 2010). Selon ce code d'éthique il est mentionné : « <i>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 (...). 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. (...)</i> ». Présentement, un suivi systématique des déclarations n'est pas effectué et il va sans dire que ces pratiques peuvent mettre en doute la transparence et l'intégrité des personnes responsables de la gouvernance de l'établissement.	2014-15	0	En février 2012, lors de la nomination du dernier conseil d'administration selon la LSSSS, les administrateurs ont tous été invités à remplir le formulaire de déclaration de conflits d'intérêt, tel que stipulé par la politique. Toutefois, un réel manquement a eu lieu dans le suivi de la complétion des formulaires par les administrateurs. C'est pourquoi certains formulaires étaient absents. Toutefois, le tout sera corrigé lors de la constitution du prochain conseil d'administration dans le CIUSSS de l'Estrie-CHUS puisque le processus de déclaration de conflits d'intérêts est déjà en cours dans le nouvel établissement.			X

ANNEXE 5 – CODE D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

SUJET : ORGANISATION GÉNÉRALE

NPG N° 1101

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

APPROUVÉE PAR : CONSEIL D'ADMINISTRATION

Émise le : 12 mars 1998

Révisée le : 15 décembre 2010

1. PRÉAMBULE

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

Considérant la mission du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

Considérant les valeurs de l'organisation :

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

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

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- 2.1** Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code.
- 2.2** Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, intégrité, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et dans l'intérêt du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
- 2.3** Les administrateurs doivent faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
- 2.4** Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

- 2.5 Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.
- 2.6 Les administrateurs doivent s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de leurs fonctions au sein du conseil d'administration.
- 2.7 Les administrateurs doivent faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques.
- 2.8 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et son conseil d'administration.

3. CONFIDENTIALITÉ ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

- 3.1 Les administrateurs doivent préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions tenus à huis clos.
- 3.2 Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.
- 3.3 Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges, directs ou indirects, actuels ou éventuels dans l'exercice de ses fonctions.
- 3.4 Les administrateurs doivent dissocier de l'exercice de leurs fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de leurs activités professionnelles ou d'affaires.
- 3.5 Tout administrateur doit donner priorité aux intérêts du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke lorsqu'il participe à toute intervention, échange, délibération ou décision susceptible de mettre en jeu son intérêt personnel.
- 3.6 Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

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

- 3.7 Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration.
- 3.8 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

- 3.9** Les administrateurs doivent déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne, une société ou une entreprise dans laquelle ou avec laquelle ils ont des intérêts pécuniaires.
- 3.10** Avant d'entrer en fonction et à tout renouvellement de mandat, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 3 du présent code. Par ailleurs, cette déclaration doit être mise à jour chaque fois que les circonstances d'une personne changent de telle façon à exiger leur divulgation. De plus, la personne est tenue de divulguer tout conflit d'intérêt qui peut survenir dans le cadre d'un comité afin que celui-ci en soit informé et puisse prendre les mesures qui s'imposent.

4. RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

- 4.1** L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- 4.2** L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- 4.3** L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.
- 4.4** Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- 4.5** L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- 4.6** L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de toutes les personnes qui y œuvrent.

5. INTÉGRITÉ

- 5.1** L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 5.2** L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 5.3** Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.
- 5.4** L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

6. APPLICATION DU CODE

- 6.1** Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit, par un écrit assermenté, le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président. Cet écrit doit contenir les faits sur lesquels la plainte est déposée et faire référence aux dispositions de la loi ou du présent code d'éthique et de déontologie, auxquelles l'administrateur aurait contrevenu.
- 6.2** Après analyse par écrit, le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. Le président ou le vice-président informe également l'administrateur sous enquête en lui faisant parvenir une copie de la plainte assermentée, du rapport d'analyse consigné par écrit ainsi que le nom des personnes chargées de faire enquête relativement à la plainte.
- 6.3** À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 5.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- 6.4** L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 6.5** Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
- 6.6** Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
- 6.7** À défaut par le président ou le vice-président de constituer le comité mentionné au paragraphe 5.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.
- 6.8** Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- 6.9** Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- 6.10** Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation. Avant de statuer sur la possibilité d'imposer une sanction, le conseil d'administration doit permettre à l'administrateur concerné d'être entendu.
- 6.11** Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

- 6.12** Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.
- 6.13** Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

ANNEXE 1

ENGAGEMENT PERSONNEL

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

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

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

Signature

Date

ANNEXE 2

**AFFIRMATION DE DISCRÉTION
DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE**

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

Signature

Date

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Déclaration d'intérêts

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

Par le présent document, déclare sur l'honneur, qu'à ma connaissance, les seuls intérêts directs et indirects que j'ai avec des entreprises¹, sont listés ci-dessous.

1. Intérêts financiers dans une entreprise

☐ Oui ☐ Non

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

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

2. Activités exercées personnellement

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

☐ Oui ☐ Non

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

2.1.2 Autres activités régulières

☐ Oui ☐ Non

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

2.1.3 Interventions ponctuelles à titre de conseiller

☐ Oui ☐ Non

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

2.1.4 Interventions ponctuelles - congrès, conférences, colloques, autres réunions

☐ Oui ☐ Non

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

2.1.5 Interventions ponctuelles – autres

☐ Oui ☐ Non

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

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

☐ Oui ☐ Non

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

4. Autres

☐ Oui ☐ Non

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

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

Date _____

Signature _____

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

ANNEXE 3 (suite)

[illegible]

ANNEXE 6 – BILAN DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE 2012-2015

PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015

VERS UN CHUS PLUS PERFORMANT ET INSPIRANT, À DIMENSION HUMAINE



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

Plan stratégique 2015-2015 – Bilan

Notre plan stratégique 2012-2015, tout en s'inscrivant dans la continuité de notre plan 2010-2012, marquait un véritable changement de paradigme. En effet, tout en respectant la circulaire ministérielle «Plan stratégique pluriannuel d'un établissement de santé – 03-01-61-33 », nous souhaitons nous centrer davantage sur la trajectoire du patient et allouer 80 % de nos ressources aux opérations courantes et 20 % aux projets de développement. Nous voulions également nous doter d'un maximum de quatre orientations stratégiques avec trois objectifs par orientation, permettant davantage de mettre l'accent sur les bonnes priorités. Une démarche simplifiée a ainsi été mise en œuvre et s'est déroulée du 14 février au 24 septembre 2012 en quatre phases précises et logiques : mission, vision, valeurs; orientations stratégiques; objectifs tactiques; rédaction et diffusion. Des étapes de consultation à l'interne et à l'externe auprès de nos partenaires ont été planifiées à chaque phase.

Ce nouveau type de plan stratégique nous aura effectivement permis de mieux prioriser nos actions, d'allouer nos ressources plus judicieusement et de valoriser davantage nos opérations tout en favorisant l'innovation et la créativité.

Nous avons initialement prévu que cette planification stratégique se terminerait à la fin de 2015. Toutefois, le contexte externe de fusion des établissements à la suite de l'adoption de la loi 10 nous amène à terminer ce plan au 31 mars 2015. Les membres du conseil d'administration du CHUS et de l'équipe de direction sont fiers d'en présenter les résultats, bien que conscients que les neuf mois de moins que prévu ne nous permettront pas d'atteindre tous les résultats souhaités. Au cours des trois dernières années, les réalisations du plan stratégique nous permettent d'affirmer, comme nous l'avions initialement anticipé qu'« *En 2015, lorsque nous arriverons à destination, notre centre hospitalier universitaire aura changé. Il aura exploré de nouveaux horizons, tenté des expériences inédites, vécu des échanges enrichissants et découvert un monde de possibilités. Il se sera épanoui.* » C'est avec ce bagage de réalisations et d'apprentissage que le CHUS contribuera à partir du 1^{er} avril 2015 à la création du nouveau Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

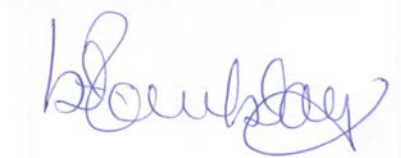
Bonne lecture!

Le président du conseil d'administration,



Jacques Fortier

Le directeur général,



Stéphane Tremblay

Notre plan stratégique

Notre plan stratégique 2012-2015 nous invitait à un voyage vers la vision d'un *CHUS plus performant et inspirant à dimension humaine*, le long de quatre routes stratégiques : l'accessibilité, la qualité, la compétence et la performance.



Notre mission, la boussole qui nous guidait

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

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



Nos valeurs, notre code de la route

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

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

L'esprit d'équipe : au CHUS, nous unissons nos connaissances pour atteindre notre objectif commun, soit offrir les meilleurs soins et services possibles. Nous avons besoin de cet enrichissement mutuel.

Le professionnalisme : au CHUS, nous accomplissons notre travail avec compétence, intégrité, transparence et rigueur.

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



Notre principale stratégie pour atteindre notre destination

Nous avons choisi de « covoiturer » avec nos employés et nos médecins, avec nos patients et leurs proches et avec nos partenaires. À faire la route ensemble, nous y gagnons tous puisque les patients ont beaucoup à nous apprendre de leurs expériences, que les meilleures idées viennent souvent des gens sur le terrain qui connaissent bien les problématiques et que nous faisons partie de vastes réseaux de partenaires sur qui nous pouvons compter.

La page suivante présente l'image complète de notre plan stratégique 2012-2015.





Les réalisations (Pour les fins du rapport annuel de gestion, les sections en caractère gras précisent les activités qui ont démarré ou se sont poursuivies / consolidées en 2014-2015)

Cette section présente le bilan des réalisations pour chaque objectif de chaque route. Pour chacun, en conclusion, une évaluation du degré d'atteinte et les perspectives (s'il y a lieu) sont également présentées.



1. La route de l'accessibilité

L'accessibilité est au centre de nombreuses ententes de gestion avec le MSSS. Nous constatons des délais d'accès problématiques dans plusieurs secteurs et spécialités. Les ressources limitées, tant au plan financier qu'humain, le vieillissement de la population et la hausse des maladies chroniques constituaient autant de défis. Par contre, le renforcement des services en première ligne, l'évolution des technologies et des connaissances offraient des opportunités de revoir les trajectoires de soins et services et de revisiter nos pratiques professionnelles. Trois objectifs ont donc été choisis pour cette route :

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

1.1.1. Des travaux visant l'amélioration du fonctionnement de la gestion des rendez-vous se poursuivent en continu. Diverses initiatives ont été mises en œuvre, dont l'implantation du Guide ministériel de gestion des rendez-vous et la confirmation téléphonique des rendez-vous des patients. Bien qu'il se soit amélioré, le taux d'annulation en chirurgie, par les patients ou les chirurgiens, demeure plus élevé que la cible. En médecine, la cible de 6 % est atteinte, le taux d'annulation étant inférieur à 5 %.

Un projet Kaizen est en cours afin d'améliorer l'expérience des patients à l'accueil. Un projet financé par le Fonds Brigitte-Perreault vise à « Améliorer l'expérience patient pour l'information et la prise de rendez-vous via le Web et le courriel ». Le projet consiste à bonifier les informations sur la centrale de prise de rendez-vous du site chus.qc.ca et d'en faire un prolongement des services téléphoniques actuels en y ajoutant un moyen pour les patients d'interagir avec le CHUS par courriel pour reporter ou annuler un rendez-vous aux cliniques externes. Ce projet facilitera grandement les échanges entre le personnel de la centrale de prise de rendez-vous et les patients qui n'ont pas le temps d'attendre au téléphone ou qui ne sont pas disponibles durant les horaires de travail habituels (8 h à 17 h).

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients		6.6%	+ ↓	6.5%	vs	6.0%	▲
- Chirurgie	111 500 visites/an	8.9%	+ ↓	8.2%	vs	6.0%	■
- Médecine	129 500 visites/an	4.4%	- ↑	4.9%	vs	6.0%	●

1.1.2. Des efforts ont particulièrement porté sur deux spécialités, l'orthopédie et la gastroentérologie, considérant le nombre élevé de patients en attente, soit plus de 5 000 pour chacune. En novembre 2012, les délais pour les consultations dans ces deux spécialités excédaient la cible de 13 semaines, avec des délais variant de 16 à 86 semaines. L'objectif général du projet était que « le

patient soit pris en charge par le bon professionnel, référé au moment opportun en spécialité d'orthopédie et de gastroentérologie et vu dans un délai raisonnable par la spécialité concernée ».

Plus spécifiquement, le projet visait à terme à :

- augmenter le nombre de nouveaux cas vus en clinique externe;
- rendre équitable l'accès à la population;
- établir le délai d'attente raisonnable par pathologie;
- améliorer la pertinence des demandes de consultation;
- soutenir et faciliter la prise en charge par les médecins de famille;
- optimiser l'utilisation des cliniques externes et médicales et ainsi que celle de nos salles d'opération et d'endoscopie sur le territoire estrien.

Dans une vision de responsabilité partagée, deux groupes de travail régionaux et multidisciplinaires, sous la responsabilité de la Table régionale des chefs de Départements de médecine spécialisée, ont procédé à l'analyse détaillée des profils des clientèles et entrepris les travaux visant à placer la pratique médicale au cœur d'une meilleure gestion de l'accessibilité dans ces spécialités. Afin d'atteindre les résultats souhaités, les actions suivantes ont été mises en œuvre :

- une épuration des listes d'attente a été réalisée, tant en orthopédie qu'en gastroentérologie, afin de s'assurer de la pertinence des demandes en attente;
- des algorithmes ont été rédigés afin d'améliorer la pertinence des nouvelles demandes de consultation et la prise en charge des clientèles par les médecins de famille;
- **en gastroentérologie, 12 algorithmes de prise en charge ont été définis. Également, le suivi pour quatre pathologies dont la prise en charge peut être assurée par la première ligne est amorcé;**
- en orthopédie, 27 algorithmes pour la clientèle adulte et 6 pour la clientèle pédiatrique ont été élaborés;
- **des cliniques d'infiltration sont actuellement en projet pilote en orthopédie;**
- une centaine de médecins de famille ont été formés à l'utilisation de ces nouveaux outils;
- une réorganisation du travail a été effectuée en cliniques externes d'orthopédie (ajout d'un préposé aux bénéficiaires et révision du rôle de l'infirmière);
- les requêtes non conformes en orthopédie sont retournées aux référents (incluant les spécialistes du CHUS);
- **il y a eu transfert de patients / Rachis vers le centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) et planification d'une liste attente commune (neurochirurgie/ortho);**
- l'organisation du travail en endoscopie a été revue avec l'ajout d'une infirmière au triage pour soutenir la priorisation des requêtes et éviter une visite avec le spécialiste;
- il y a eu fusion des listes d'attente en endoscopie (gastroentérologie et chirurgie);
- **il y a triage des requêtes codes B et C par les orthopédistes qui a permis de voir progressivement les patients en attente depuis plusieurs années;**
- **un plan d'action a été déposé à la DSP pour la prise en charge des patients en attente en orthopédie.**

Résultats en gastroentérologie

En deux ans, les différentes mesures ont généré des effets sur le nombre de patients en attente puisqu'ils ont globalement diminué de 64 % (de 4 811 à 1 746) ^{ligne 4.}

Cette amélioration s'explique avant tout par l'épuration des listes d'attente, mais aussi par le fait que, pour une première année, le nombre de patients vus pour une 1^{ère} consultation a excédé le nombre de nouvelles requêtes reçues (+267) ^{ligne 3.}

Cette légère « balance positive » provient à la fois d'une hausse de 28 % du nombre de nouveaux patients vus ^{ligne 1} et d'une diminution de 25 % des nouvelles requêtes reçues ^{ligne 2}. Plus de patients ont été vus pour une 1^{re} consultation, car une infirmière prend maintenant en charge des patients supplémentaires aux cliniques externes; par ailleurs, le ratio accordé aux premières consultations vs les suivis est en hausse (31 % aujourd'hui vs 25 % il y a 1 an).

Cette « balance positive » demeure encore modérée (proche de l'équilibre). Cela signifie que pour l'instant l'attente des patients de gastroentérologie devrait demeurer globalement stable.

Dans les faits, l'attente moyenne des patients vus pour 1^{re} consultation est en baisse, et ce, pour tous les codes de priorités (A, B et C) ^{ligne 6}, de même que l'ancienneté moyenne des requêtes ^(ligne 5).

Les gains pour améliorer les délais d'attente devraient continuer considérant que des actions d'épuration vont se poursuivre par l'infirmière en clinique externe.

Gastroentérologie	2012-2013	2013-2014	2014-2015
	P1 à P13	P1 à P13	P1 à P13
1. Nouveaux patients vus pour première consultation	2 074	2 309	2 664
2. Requêtes reçues pour première consultation	3 176	3 287	2 397
3. Différence (Nouveaux patients vus - Requêtes reçues)	(1 102)	(978)	267
4. Nb de patients sur la liste d'attente pour première consultation	4 811	2 712	1 746
5. Ancienneté moyenne des requêtes dans la liste d'attente (sem.)	126	71	68
6a. Délai moyen d'attente des patients qui ont été vus -code A	13	8	7
6b. Délai moyen d'attente des patients qui ont été vus -code B	49	49	43
6c. Délai moyen d'attente des patients qui ont été vus -code C	49	44	41

Résultats en orthopédie

En deux ans, les différentes mesures ont généré des effets sur le nombre de patients en attente puisqu'ils ont globalement diminué de plus de 50 % (de 5 066 à 2 456) ^{ligne 4}.

Cette amélioration s'explique avant tout par l'épuration des listes d'attente, mais aussi par le fait que pour une première année, le nombre de patients vus pour une 1^{re} consultation a grandement excédé le nombre de nouvelles requêtes reçues (+1 423) ^{ligne 3}.

Cette « balance positive » provient à la fois d'une hausse (+10 %) du nombre de nouveaux patients vus ^{ligne 1} et d'une baisse drastique (-55 %) des nouvelles requêtes reçues ^{ligne 2}. Plus de patients ont été vus pour une 1^{re} consultation cette année grâce à des « blitz » ciblés, car le ratio accordé aux premières consultations vs les suivis est en hausse (16 % aujourd'hui vs 12 % il y a 1 an).

Cette très forte « balance positive », si elle se maintient, signifie que l'attente des patients d'orthopédie devrait globalement diminuer, et ce, à un rythme assez élevé.

Dans les faits, on constate que pour l'instant seuls les patients urgents – codes A ont vu leur attente diminuer ^{ligne 6}. De leurs côtés, les patients semi-urgents et électifs attendent significativement plus de temps qu'il y a deux ans. Enfin, on peut voir que l'ancienneté moyenne des patients sur la liste d'attente est en légère augmentation ^{ligne 5}.

La poursuite des mesures en place devrait permettre de réduire progressivement les délais d'attente des codes B et C.

Orthopédie	2012-2013	2013-2014	2014-2015
	P1 à P13	P1 à P13	P1 à P13
1. Nouveaux patients vus pour première consultation	3 304	2 646	3 647
2. Requêtes reçus pour première consultation	4 951	2 991	2 224
3. Différence (Nx patients vus- Requêtes reçues	(1 647)	(345)	1 423
4. Nb de patients sur la liste d'attente pour première consultation	5 066	4 239	2 456
5. Ancienneté moyenne des requêtes dans la liste d'attente (sem.)	92	97	95
6a. Délai moyen d'attente des patients qui ont été vus -code A	27	19	19
6b. Délai moyen d'attente des patients qui ont été vus -code B	29	32	31
6c. Délai moyen d'attente des patients qui ont été vus -code C	35	38	58

1.1.3. Un Kaizen en cliniques externes de pédiatrie a permis d'améliorer la gestion des salles. Le taux d'occupation à valeur ajoutée des salles est passé de 40 % à plus de 60 % et a permis de rapatrier pratiquement tous les médecins qu'il fallait auparavant expatrier dans d'autres secteurs. Des travaux se poursuivent pour les autres cliniques externes, particulièrement dans le cadre du projet d'agrandissement et d'aménagement du CHUS – Hôpital Fleurimont (PARHF – volet 2 : réaménagement des aires ambulatoires).

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

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de services réalisés dans un délai de 90 j en imagerie médicale* (clientèle élective)		87%	— ↓	86%	vs	100%	▲
- Graphie	18700 exa. / an	100%	=	100%	vs	90%	●
- Échographie obstétricale	2600 exa. / an	85%	+ ↑	100%	vs	90%	●
- Tomodensitométrie	2400 exa. / an	94%	— ↓	70%	vs	90%	■
- Échographie autre	5400 exa. / an	51%	+ ↑	91%	vs	90%	●
- Résonance magnétique	1400 exa. / an	63%	— ↓	20%	vs	90%	■
- Scopie	1100 exa. / an	70%	+ ↑	72%	vs	90%	■
- Échographie mammaire	1000 exa. / an	46%	+ ↑	65%	vs	90%	■
- Échographie cardiaque	620 exa. / an	N/D		15%	vs	90%	■

- Au plan de l'échographie, le CHUS a obtenu du MSSS un financement dédié au rehaussement de l'offre de service. L'allocation d'une somme récurrente de 289 000 \$ par année a permis d'ajouter, en équivalent à temps complet, trois technologues et un agent administratif affecté aux services d'échographie. Cette allocation complète le financement en 2012 de trois appareils d'échographie. À terme, cet ajout permet de réaliser, chaque semaine, une centaine d'examens supplémentaires en échographie générale, et une trentaine de plus en échographie vasculaire, ce qui correspond à un volume supplémentaire de près de 6 000 examens par année. La mise en œuvre de ce rehaussement a nécessité diverses actions de la part du Programme-clientèle en imagerie médicale, dont la consolidation de l'échographie autonome par des technologues. La mise en place d'une stratégie pour utiliser tous les plateaux de la région a aussi été élaborée, mais elle est difficile à appliquer car tout se fait en mode manuel. Néanmoins, 215 patients ont été référés dans un autre établissement (**129 en 2014-2015**), soit 185 au CSSS Memphrémagog

et 30 au CSSS des Sources. **Du côté de l'échographie mammaire, une entente conclue avec une clinique privée a permis à 587 patientes d'y avoir leur examen (début en 13-14, mais consolidation en 14-15).** Au 17 mars 2015, le nombre de patients qui attendaient depuis plus de 90 jours avait été éliminé pour l'échographie générale et il en restait 105 en échographie du sein et 52 dans les autres spécialités. De 2012-2013 à 2013-2014, le volume d'examens réalisé avait augmenté de 11 %, passant de 45 038 à 50 147 pour ensuite se stabiliser en 2014-2015.

- **Concernant la proportion des rapports transcrits complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins, la situation est sous contrôle depuis mars 2015. En effet, au 31 mars 2014, 11 160 examens étaient en attente de lecture, dont 65,3 % excédaient les délais. Au 30 mars 2015, 4 932 examens sont en attente de lecture. Considérant que le CHUS réalise chaque semaine environ 5 000 examens, nous avons atteint la cible à maintenir. Différentes mesures incluses à un plan d'action déposé au MSSS et au Collège des médecins du Québec (CMQ) ont permis d'atteindre ce résultat : des semaines d'assignation des radiologistes à la lecture, une mesure à court terme, a permis de corriger plus de 65 % du retard accumulé tout en maintenant l'accessibilité en oncologie pour les patients admis et les urgences.**
 - Une entente avec les radiologues du CSSS Alphonse-Desjardins de Lévis ainsi que le soutien de radiologues exerçant dans une clinique hors établissement permettent de limiter les retards. Le nombre d'examens lus à l'extérieur a atteint 429 pour la semaine du 19 octobre 2014 alors qu'il est de < 50/semaine depuis décembre 2014. Au total en mars 2015, 5 709 examens ont été lus par les radiologues du CSSS Alphonse-Desjardins et 4 459 par ceux de la clinique privée. En conformité avec les règles du CMQ, certains résidents 5 en radiologie, volontaires, ont effectué de façon ponctuelle la lecture d'examens en remplacement d'absences de membres du département.
 - Les règlements du Département de radiologie ont été révisés et adoptés en assemblée départementale et au C. A. afin de gérer de façon prospective les absences des radiologistes.
 - Un volume d'examens de graphies simples devant être lu par jour travaillé a été établi systématiquement pour chacun des radiologues. Un suivi mensuel individuel est assuré par le chef de département.
 - Un processus d'optimisation est en cours afin de s'assurer que les délais de transcription soient les plus courts possible en fonction des ressources disponibles.
 - Un chantier est en planification afin d'améliorer la pertinence des prescriptions d'imagerie en soutenant les départements cliniques lors d'implantation des mesures choisies à partir de données probantes. Cette mesure s'ajoute aux algorithmes d'investigation des pathologies locomoteur/ortho qui ont été élaborés et diffusés dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux cliniques externes d'orthopédie.
- Pour la fluoroscopie, des travaux sont en cours avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) afin d'améliorer les processus.
- Pour la tomodensitométrie, la stratégie d'utiliser tous les plateaux techniques de la région a permis de référer 685 patients au CSSS Memphrémagog.
- En IRM, des travaux sont en cours avec l'Agence afin d'obtenir le financement permettant d'ajouter un quart de travail de soir au CHUS – Hôtel-Dieu dès le printemps 2015 (3 000 examens de plus). Il en coûterait 200 000 \$, ventilé de cette façon : 135 000 \$ pour couvrir le salaire d'une agente administrative pour la gestion des rendez-vous et les produits contrastes (revenu supplémentaire répété pour deux ans et non récurrent par la suite) et 65 000 \$ soutenu par le budget d'exploitation du CHUS. Des travaux sont toujours en cours afin d'instaurer un processus qui évaluera la pertinence des demandes.

- En échographie cardiaque, déjà plusieurs actions ont été menées afin de diminuer le temps d'attente et ainsi atteindre la cible du ministère :
 - ajout d'un appareil;
 - reconfiguration des lieux physiques (CHUS – Hôpital Fleurimont et CHUS –Hôtel-Dieu);
 - formation de nouveaux technologues;
 - ajout de plages horaires et appareil pour la cardiologie pédiatrique.

Du 1^{er} juin 2014 au 8 février 2015, le nombre de patients électifs en attente est passé de 855 à 409 (-52 %) alors que le nombre excédant le délai de trois mois est passé de 635 à 394 (-37 %). Le délai pour réaliser une demande a diminué de 52 à 26 semaines. Le nombre hebdomadaire moyen d'échographies cardiaques est passé de 900-950 à 1 000. La stabilité accrue des ressources jointe au remplacement systématique des absences ont permis d'améliorer ce nombre d'examen effectués. La liste d'attente a systématiquement été révisée afin d'annuler les demandes non pertinentes (non-réponses de la part des patients depuis plusieurs mois) et de rediriger des demandes vers les autres centres où il se faisait de l'échographie cardiaque. D'autres mesures proposées sont possibles (telles l'optimisation de l'utilisation d'appareils existants et l'ajout d'un appareil), mais requièrent des investissements importants.

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

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

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

En 2013-2014, 144 chirurgies orthopédiques et 28 chirurgies en ophtalmologie ont été réalisées dans les locaux des cliniques externes, libérant ainsi près d'une dizaine de journées aux blocs majeurs. **D'avril 2014 au 8 mars 2015, 51 patients en plastie, 40 patients en ortho et 10 patients en ophtalmologie ont bénéficié des services ambulatoires. À la fin mars 2015, l'ORL pourra bénéficier également du transfert des activités. La difficulté d'aménager un environnement sécuritaire et performant aux cliniques externes a créé des délais dans le transfert des activités. De plus, deux**

chirurgiens orthopédistes qui pratiquent certaines chirurgies en cliniques externes étaient en formation à l'extérieur du pays pour une durée de six mois.

Des travaux ont également eu lieu afin de hausser la capacité au bloc opératoire majeur. Grâce à l'engagement de tous, dès l'automne 2012, deux priorités opératoires quotidiennes avec anesthésie ainsi qu'un quart de nuit au CHUS – Hôtel-Dieu ont été ajoutés. La répartition des chirurgies avec anesthésie locale et avec anesthésie générale de nos 19 salles opératoires (neuf HF et dix HD) est maintenant différente. Par exemple pour les mois de janvier et février, nous avons huit salles avec anesthésie générale au CHUS – Hôtel-Dieu alors qu'habituellement nous en avons sept. Ceci permet au Programme-clientèle en soins chirurgicaux de mieux répartir les priorités opératoires. La mise à niveau du registre de postes et l'embauche d'une trentaine d'infirmières et d'infirmières auxiliaires (sur un bassin de 44) facilitent également l'accessibilité. Par contre, la gestion des absences (maladie, congé maternité) demeure un défi et constitue une zone de vulnérabilité. Deux monitrices cliniques prévues à la structure de poste des blocs sont responsables de la formation et du suivi au préceptorat, des modifications au devis d'intégration et de la révision du cadre de référence pour l'orientation et l'évaluation des compétences du personnel. Elles ont facilité le transfert des expertises et l'intégration de l'enseignement clinique dans les soins, un enjeu fort important pour la rétention du personnel.

Le système OPÉRA a été déployé aux blocs opératoires ainsi qu'au service d'admission. Cet outil informatisé permet pour l'instant de planifier le programme opératoire et la production chirurgicale. Il est aussi arrimé avec le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Avec ses 19 salles d'opération et plus de 27 000 interventions, le CHUS voulait avoir un système pour gérer et programmer la capacité opératoire de manière simple, tout en incluant les débordements et priorités. Ainsi, dans une phase ultérieure d'implantation des autres moules, OPÉRA pourra nous aider à gérer les activités du bloc. Nous pourrons ainsi mieux contrôler notre capacité opératoire, tenant compte par exemple de l'instrumentation et du personnel requis, ainsi que des contraintes en raison des annulations de dernière minute. De plus, des données pour la recherche et la qualité de l'acte seront disponibles plus rapidement.

Le transfert d'activité en ambulatoire, associé aux autres actions visant à accroître l'accessibilité en chirurgie aux blocs majeurs, a permis de rencontrer la majorité des cibles d'accessibilité en chirurgie, comme en témoigne le tableau suivant. Le taux de patients traités dans les délais pour une chirurgie a augmenté dans la majorité des cas et est supérieur à la cible.

Par contre, pour la chirurgie cardiaque élective, la cible de 90 % n'est pas atteinte puisqu'en moyenne 50 % des patients sont opérés dans les 90 jours. Toutefois, ces délais se sont grandement améliorés au cours des dernières périodes de l'année 2014-2015. Comme nous avons vécu une période difficile dans cette spécialité en 2012, les efforts étaient concentrés sur les patients critiques.

En chirurgie oncologique, les spécialités d'urologie et de plastie et d'ORL expliquent les écarts en grande partie. Des priorités opératoires supplémentaires ont été attribuées à l'urologie. La plastie et l'ORL sont les prochains secteurs ciblés pour les chirurgies en cliniques externes, ce qui devrait aider à diminuer la liste d'attente de ces deux spécialités.

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de patients traités dans les délais pour une chirurgie*		88%	+ ↑	89%	vs	92%	
- Chirurgies d'un jour (6 mois) (sauf cataractes)	8300 chir. / an	91%	+ ↑	92%	vs	90%	
- Chirurgies avec hospit. (6 mois)	4400 chir. / an	89%	+ ↑	92%	vs	90%	
- Chirurgies Cataractes (6 mois)	3600 chir. / an	97%	+ ↑	99%	vs	98%	
- Chirurgies oncologiques (28 jours)	2100 chir. / an	59%	+ ↑	62%	vs	90%	
- Chirurgies cardiaques: Urgent (2 sem.)	280 chir. / an	84%	+ ↑	87%	vs	100%	
- Chirurgies cardiaques: Électif (3 mois)	170 chir. / an	36%	+ ↑	49%	vs	90%	
- Chirurgies hanches (PTH) (6 mois)	220 chir. / an	96%	+ ↑	98%	vs	95%	
- Chirurgies genoux (PTG) (6 mois)	270 chir. / an	91%	- ↓	90%	vs	92%	

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

1.3.1. Le continuum de soins pour les AVC : le MSSS a décidé de mettre en œuvre un continuum de services pour les personnes ayant subi un événement vasculaire cérébral, se basant sur les travaux de l'INESSS portant sur les pratiques exemplaires en matière de prévention et de traitement des AVC. **En septembre 2013, le CHUS a été désigné comme centre tertiaire pour le traitement de l'AVC, et ce, jusqu'en 2017 avec un suivi de l'avancement des travaux prévu à l'automne 2015.** Le CHUS doit répondre aux critères émis par le MSSS à savoir : renforcer ou développer ses services en lien avec la prise en charge des AVC en plus d'améliorer la continuité des soins ainsi que le soutien donné à ses partenaires du RUIS. Être centre désigné, cela signifie :

- une équipe d'urgence AVC au chevet du patient dans un délai maximal de 20 minutes;
- un délai porte-aiguille (thrombolyse) absolu de 60 minutes;
- un délai maximal pour lecture du CT-scan suivant la fin de l'examen de 25 minutes;
- l'accessibilité à un lit de l'unité d'AVC en moins de trois heures suivant la demande d'admission;
- une évaluation interdisciplinaire moins de 48 heures après l'admission;
- l'utilisation de protocoles de soins standardisés définis selon les meilleures pratiques;
- une durée moyenne de séjour de 7 à 10 jours;
- de la neurochirurgie;
- de la neuroradiologie d'intervention, etc.

Nouvel acronyme des principaux symptômes de l'AVC

- V** Visage paralysé
- I** Incapacité de bouger un membre ou un côté du corps
- T** Troubles de la parole
- E** Extrême urgence (faites le 911)

Les réalisations :

- automne 2013 : l'unité du 6^e B au CHUS – Hôpital Fleurimont a officiellement été désignée « unité AVC ». Les ambulances pour un AVC aigu y sont maintenant aiguillées;
- la mise en place d'une clinique neurovasculaire;
- janvier 2014 : un poste d'infirmière clinicienne pour le continuum AVC a été doté;
- un tableau de bord d'indicateurs AVC conformes à la stratégie canadienne a été conçu avec la collaboration de l'Infocentre;

- 22 avril 2014 : l'accès rapide à un lit à l'unité d'AVC. Notre délai moyen actuel est de 2 h 31;
- la mise en place d'un programme de formation et de perfectionnement pour le personnel de l'unité AVC;
- 6 octobre 2014 : la mise en place d'une équipe d'urgence de mise sous tension « Code AVC 3333 ». Notre délai *moyen* actuel « porte-aiguille (thrombolyse) » est de 46 minutes; l'écart varie entre 27 à 70 minutes. L'équipe de code AVC 3333 est souvent au chevet du patient dans un délai moyen de huit minutes;
- la création d'un guide sur les meilleures pratiques exemplaires en soins de l'AVC;
- la participation à deux projets de recherche provinciaux, soit la télé-orthophonie et la télé Tai-Chi pour les patients AVC légers;
- travaux en cours pour un projet de démonstration provincial sur le Congé précoce assisté (CPA) prévu pour l'automne 2015;
- le dépistage de la dysphagie réalisé pour les patients AVC admis au 6^eB s'élève à 91,6 % (P4 à P12 de l'an 2014-2015);
- la rédaction de trois dépliants patients sur l'AVC.

Les prochaines étapes concernent les travaux pour « une prise en charge précoce en réadaptation » et l'élaboration d'un « plan d'intervention interdisciplinaire individualisé » (PIII) commun.

1.3.2. L'insertion de cathéters par des infirmières en externe et non plus au bloc opératoire. Ce projet vise à élargir la pratique infirmière au CHUS par l'insertion de cathéters IV sous guidance échographique de manière autonome, notamment le cathéter veineux central par voie périphérique (CCIVP-PICC line) et les cathéters veineux par voie périphérique (6 cm et Midline). Le projet a permis une optimisation de la gestion des lits et du bloc opératoire. **L'existence d'un guichet unique et l'utilisation des outils cliniques développés, notamment l'ordonnance collective, l'algorithme décisionnel et les méthodes de soins infirmiers, permettent à deux infirmières formatrices de gérer au fur et à mesure les demandes d'insertion de cathéters IV sous guidance échographie.** Ceci a permis de diminuer le temps d'attente et d'assurer une prise en charge plus rapide des patients. **La pratique a été étendue aux infirmières des urgences pour l'insertion des cathéters 6 cm. Il est prévu de former deux infirmières en médecine de jour et huit en hémodialyse pour l'insertion de ces mêmes cathéters.** Le tableau qui suit montre la progression de l'installation par les infirmières en même temps qu'il démontre l'effet sur le bloc opératoire.

Installation	2012-2013	2013-2014	2014-2015 (au 9 mars)
Bloc opératoire	276	82	53
Infirmières			
CCIVP-PICC Line	145	297	296
6 cm	10	341	682
Midline	29	220	148
Total	184	858	1 126
Urgence	166	73	48
Grand total	626	1 013	1 227

1.3.3. Le Programme-clientèle de santé mentale a développé une équipe de suivi intensif dans le milieu pour la région de Sherbrooke. Elle a débuté progressivement ses activités en janvier 2011 et elle s'est développée depuis 2014. **Elle est présentement dotée de dix intervenants à TC, soit trois**

infirmières, quatre travailleurs sociaux, un psychoéducateur, un spécialiste en activité clinique volet toxico et un spécialiste en activité clinique qui assume la fonction de chef d'équipe. Elle est donc ainsi capable d'offrir des services à plus de 85 patients différents. Le fonctionnement en interdisciplinarité de l'équipe SIM a favorisé le développement d'une même vision et d'une philosophie d'interventions commune. L'équipe a ainsi contribué à mieux répondre aux besoins d'une clientèle souvent associée à des problématiques complexes telles que la toxicomanie.

1.3.4. En 2013-2014, le service ambulatoire d'échographie et d'obstétrique spécialisée a été revu tant sur le plan des locaux que des processus. Aménagé dans le cadre du projet de réaménagement et d'agrandissement du CHUS - Hôpital Fleurimont volet I, le service compte maintenant quatre salles d'examen et six salles d'échographie. Les locaux permettent aussi l'examen des patientes avec plus de sécurité et de confidentialité. Également, les processus ont été revus afin d'améliorer l'organisation des soins et des services de manière à favoriser la fluidité du service pour ainsi réduire le temps d'attente des patientes et améliorer la satisfaction de la clientèle. Cette révision de processus, réalisée dans le cadre de la formation « Green belt » de l'UQTR, a alors permis de diminuer le délai moyen en attente pendant une visite de 1,04 heure à 26 minutes. Le taux de satisfaction des patientes en regard de la durée de la visite est passé de 21,5 % à 83 %. Notons que la trajectoire de soins à l'intérieur de la clinique permet d'intégrer les divers rendez-vous de la patiente, notamment pour l'examen de clarté nucale et le dépistage de la trisomie 21. Les travaux effectués ont été très bénéfiques pour la clientèle. Tellement bénéfique qu'on a décidé de regrouper également les activités de médecine interne obstétricale, d'endocrinologie, de néonatalogie et les activités de génétique pour concentrer toutes les activités dans un même lieu et diminuer le nombre de visites et les déplacements dans l'hôpital pour les patientes. Par contre, en diminuant le nombre de visites et les déplacements, la clientèle doit attendre plus longtemps en raison de la disponibilité des locaux, des médecins et des professionnels. Une évaluation sommaire faite auprès des infirmières démontre un temps d'attente d'environ une heure. Toutefois, au cours des deux dernières années, nous n'avons traité aucune plainte en regard de la satisfaction globale de la clientèle, ni spécifiquement pour le temps d'attente. Une réévaluation de ce fonctionnement est prévue afin de s'assurer de toujours bien répondre aux besoins de la clientèle, tenant compte des ressources disponibles

Ce projet s'est inscrit plus largement dans un projet régional visant à améliorer la trajectoire de service pour les femmes enceintes de l'Estrie. Un modèle d'organisation de cette trajectoire a été adopté en 2011, tenant compte des services de première ligne (incluant les sages-femmes) et des services spécialisés, et visant à offrir aux femmes de la région de l'Estrie les soins et les services de qualité nécessaires à une prise en charge rapide et au suivi global de la grossesse. En février 2013, le comité des directeurs services généraux de l'Agence régionale approuvait le guide à l'intention des professionnels de la santé afin de déployer le modèle d'organisation défini. Le rôle du CHUS dans cette trajectoire est de :

- s'assurer de la diffusion de l'information nécessaire auprès de ses partenaires (CSSS, sages-femmes, GMF, cabinets privés et tout autre partenaire) concernant l'algorithme décisionnel pour référence à l'accueil maternité, à la clinique d'obstétrique spécialisée et d'échographie obstétricale du CHUS ou à l'unité d'urgence du CHUS - Hôpital Fleurimont;
- maintenir l'offre de service concernant les analyses pour dépistage génétique, notamment dans le cadre du programme de dépistage de la trisomie 21;
- maintenir l'offre de service auprès des femmes enceintes référées à la clinique d'obstétrique spécialisée du CHUS pour le suivi du diabète gestationnel et au centre de jour du diabète du CHUS selon les critères établis;

- tous les services offerts au CHUS sont disponibles sur le site Internet <http://www.chus.qc.ca/patients-visiteurs/je-vais-accoucher/>

1.3.5. Dans les nouvelles initiatives visant à implanter les meilleures pratiques, notons la désignation du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC). En 2010, le MSSS désignait quatre CEGDC, un par RUIS. Celui du RUIS de l'Université de Sherbrooke est géré par un consortium formé du CHUS et du Centre de réadaptation de l'Estrie (CRE). Le mandat confié au consortium par le MSSS comporte trois volets :

- clinique (hiérarchisation des soins et services pour les patients en douleur chronique);
- formation (vigie sur les programmes de formation initiaux à la FMSS ainsi que sur l'offre de formation continue en douleur chronique);
- recherche (arrimage entre la recherche et la clinique).

Avant la création du Centre, la douleur chronique était prise en charge par de multiples spécialités, la coordination était déficiente, les trajectoires de soins et services étaient mal balisées (plusieurs façons de faire), les listes d'attente étaient nombreuses avec des délais de prise en charge variés selon le type de clientèle, etc. La mise en place du CEGDC visait donc à optimiser les façons de faire pour éviter toute référence redondante, à favoriser la synergie entre les équipes des établissements à l'intérieur d'un même processus et l'interdisciplinarité (essentielle pour le traitement de la douleur chronique), à arrimer la recherche et la clinique pour accélérer le transfert des connaissances, à adapter la formation pour répondre aux besoins des intervenants concernés et à faciliter le maintien de la clientèle en 1^{re} ligne.

De nombreuses réalisations ont permis au CEGDC, à la suite d'un audit ministériel en mai 2014, d'obtenir sa désignation officielle. Ces réalisations concernent :

- la gouvernance (ex. : davantage en consortium avec le CRE, désignation de responsables, comités cliniques, formation et recherche);
- les processus (ex. : cartographie du cheminement du patient, rédaction de procédures, algorithme clinique pour la lombalgie et la fibromyalgie);
- la formation (ex. : bonification des notions en douleur chronique dans le *curriculum* prédoctoral, nouvelle cohorte du microprogramme de 2^e cycle en gestion de la douleur chronique, participation à deux forums en douleur chronique de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie);
- la recherche (ex. : rencontre avec le comité d'éthique, rapprochement avec les secteurs de recherche, implantation du protocole d'identification de patients pour la recherche);
- les ressources (ex. : infirmière clinicienne pivot, anesthésiologistes avec *fellow*, équipe multidisciplinaire dédiée).

Un projet pilote a eu lieu l'an dernier en rhumatologie. Il visait à éliminer la liste d'attente dans ce secteur et à tester les outils et les processus du CEGDC.

De la période 1 à la période 11 en 2014-2015, jusqu'en p11, plus de 330 patients ont été évalués au CEGDC.

Nombre de patients évalués en 2014-2015													
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	TOTAL
23	26	17	10	13	18	12	30	36	39	32	43	34	333

Les enjeux qui demeurent concernent :

- le budget pour l'acquisition et l'utilisation des technologies de pointe (ex. : (neurostimulateurs)/pompes à infusion (pompes intrathécales), appareil à neurolyse pour la douleur non cancéreuse (radiofréquence), les infiltrations sous scopie);
- la pérennité de l'expertise médicale;
- l'amélioration de l'accès aux plateaux techniques en radiologie;
- les corridors de services avec certains partenaires internes et externes à établir (plusieurs sont déjà faits);
- le soutien de la première ligne pour la dispensation d'une offre de service (par exemple : implantation du programme PASSAGE pour la gestion des maux de dos);
- la création de liens avec les autres régions du RUIS.

2. La route de la qualité



Après avoir adopté notre cadre de référence en qualité en mai 2012, notre route de la qualité visait à nous amener vers de hauts standards de qualité par la mise en œuvre d'une démarche qualité structurée et intégrée à tous les paliers de l'organisation afin d'améliorer la performance de la trajectoire patient. Trois objectifs ont été ciblés :

- 2.1. Implanter les trois volets de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) pour que les patients aînés bénéficient d'un programme de marche préventif, d'un environnement adapté à leurs besoins et d'une évaluation adéquate.



L'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en centre hospitalier est une démarche initiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2011. Son objectif est de prévenir le déclin fonctionnel (la perte d'autonomie fonctionnelle) par la prévention, le dépistage et la prise en charge du délirium, la prévention du syndrome d'immobilisation et par l'adaptation de l'environnement aux caractéristiques des personnes âgées. L'AAPA est une profonde transformation des pratiques professionnelles visant à ce que l'organisation devienne « un CHUS attentif à ses aînés », les patients de 65 ans et plus occupant actuellement près de 57 % de nos lits.

Une stratégie en deux temps a été adoptée et une structure de gouvernance de projet adaptée à l'avancement du dossier a été élaborée. La première partie du projet, la conceptualisation, s'est déroulée de l'automne 2011 au printemps 2013 et a permis de définir les concepts clés entourant l'AAPA au CHUS, d'élaborer les consensus nécessaires auprès des différentes équipes, de revoir les pratiques de soins en fonction des besoins des personnes âgées, d'outiller les équipes pour être en mesure d'intégrer les nouvelles pratiques et d'élaborer une stratégie de mise en œuvre. Voici les principales activités réalisées pour atteindre ces objectifs.

- La mise sur pied d'un comité d'experts en pratiques cliniques ayant pour mandat de revoir les pratiques de soins et trois sous-groupes de travail découlant du comité d'experts : autonomie, état cognitif et sommeil, et nutrition-hydratation-élimination.
- La mise sur pied de groupes de travail :
 - o environnement
 - o expérience- patient
 - o pharmacologie (médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée)
- Un projet pilote à l'unité 4^eA-4^eC du CHUS – Hôtel-Dieu sur l'implantation du programme de mobilité afin de prévenir le syndrome d'immobilisation.
- La poursuite des efforts de sensibilisation des équipes notamment par un photoroman publié dans le journal interne.

La phase de conceptualisation a ainsi permis de définir les principaux livrables et sous-livrables qui devront découler de l'implantation de l'AAPA :

- priorisation de cinq mesures de base pour assurer le maintien de la mobilité chez la personne âgée;
- élaboration d'un programme préventif de mobilité;
- priorisation de cinq mesures préventives du délirium;

- programme de prévention, dépistage et prise en charge du délirium;
- intégration des proches aidants dans les pratiques de soins;
- adaptation de l'environnement (matériel / équipement, aménagement, rénovation / construction).

Elle a également permis d'identifier les principaux enjeux de la mise en œuvre de l'AAPA au CHUS :

- la collaboration interprofessionnelle;
- la formation et le *coaching*;
- la gestion des communications;
- la gestion du changement;
- l'implication des directions non cliniques;
- la responsabilité collective.

La deuxième phase du projet, soit la mise en œuvre, a débuté à l'automne 2013 et comporte les réalisations suivantes :

- des feuillets d'information, des photoromans, une section réservée dans l'intranet, un flash mob et des kiosques d'information et des sketchs humoristiques lors de la journée internationale de la personne âgée ont permis de sensibiliser notre communauté et de mieux connaître l'AAPA;
- **le dépistage systématique du délirium pour la clientèle âgée de plus de 75 ans dans le dossier clinique informatisé – continuum Ariane Estrie (DCI-CAE) avec deux outils de dépistage : ICDSC (*Intensive care delirium screening checklist*) et CAM (*Confusion assessment method*);**
- **la Direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC) a donné des formations obligatoires au personnel sur la prévention et le traitement du délirium. Afin de mieux soutenir le personnel infirmier dans cette nouvelle pratique, un *coaching* individuel a été fait par 135 *coachs* recrutés parmi les infirmières en développement clinique, les assistantes infirmières-chefs, les conseillères cadres cliniciennes, les chefs de soins et services et l'équipe de consultation en gériatrie. Plus de 90 % des infirmières ont pu bénéficier de cette nouvelle approche;**
- **presque toutes les équipes médicales ont reçu une formation sur le délirium et les médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée (MPI-PA) et près de 100 résidents en médecine ont également été formés. Depuis 2015, cette formation est récurrente pour le tronc commun de médecine pour les résidents de première et deuxième année. Le développement d'un outil informatique et un projet de recherche pour réduire la prescription des MPI-PA, financé en partie par le Fonds Brigitte-Perreault, est venu appuyer cette démarche au printemps 2014;**
- **la formation continue sur le délirium revient maintenant plusieurs fois par année. D'autres formations sont également disponibles sous format DVD et accessibles dans Multi-Accès :**
 - Pharmacovigilance pour la pratique infirmière
 - Suis-je normal ? Vieillir ça se comprend
 - Observer pour mieux traiter et contrôler le Parkinson
 - Dépression chez la personne âgée
 - Maladie d'Alzheimer et recherche pharmaco-clinique
 - Incontinence urinaire
 - Doit-on adapter nos pratiques et notre environnement à la clientèle vieillissante?
- **une série d'outils, utiles pour le personnel, les médecins, le patient et ses proches, ont été développés et sont accessibles via l'intranet :**
 - Dépliants
 - Syndrome d'immobilisation
 - Marchette

- Délirium
- Médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée (MPI-PA)
- o Cartons
 - Signes AÎNÉES (Autonomie, Intégrité de la peau, Nutrition/hydratation, Élimination, État cognitif / comportement, Sommeil)
- o Affiches
 - 5 mesures systématiques pour prévenir le délirium
- o Aide-mémoires du MSSS
 - Interventions systématiques en salle d'urgence pour toute la clientèle âgée
 - Interventions pour la clientèle âgée - unités de soins
 - Adaptation de l'environnement - équipe soignante
 - Adaptation de l'environnement - équipe d'hygiène et salubrité
- un tableau de bord permettant le suivi systématique des indicateurs sur la prévalence du délirium et le niveau de documentation du dépistage est en cours d'élaboration et sera diffusé aux chefs de soins et service en 2015;
- l'indicateur que nous avons initialement ciblé pour cet objectif, soit la durée moyenne de séjour, est légèrement à la hausse et n'a pas atteint l'objectif initial :

ROUTE DE LA QUALITÉ		12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Durée moyenne de séjour en hospitalisation pour les patients de 75 ans + (jours) 14-15: P9		9.6	— ↑	9.7	vs	8.0	

En 2015, nous nous concentrerons sur la mobilité préventive, la prévention des chutes et la poursuite de l'adaptation de l'environnement afin que les patients âgés maintiennent le même niveau d'autonomie fonctionnelle qu'à domicile. Le programme de mobilité préventif s'adressera principalement aux aînés, mais s'appliquera pour l'ensemble de la clientèle du CHUS : bouger est bénéfique pour prévenir le délirium, le déclin fonctionnel et les complications associées à l'immobilisation. Le Fonds Brigitte-Perreault subventionnera ce projet « Bouger ensemble pour que les personnes âgées retournent en forme chez elles ». De la formation sera aussi offerte au personnel soignant, combinant les programmes de mobilité préventif et de prévention des chutes. De plus, des travaux seront poursuivis afin de définir les modalités de participation de la personne âgée et de ses proches aidants au CHUS, particulièrement en matière de prévention et de prise en charge du délirium et dans la mobilité préventive. Finalement, nous poursuivrons la sensibilisation au vieillissement normal et pathologique en publiant des capsules informatives tous les mois dans le journal interne.

Notons que, depuis l'automne 2014, l'AAPA est intégrée aux opérations de la Direction interdisciplinaires des services cliniques plutôt que gérée en mode projet.

- 2.2. Nous outiller pour améliorer chaque jour la qualité de toutes nos activités, dans tous les secteurs, pour atteindre le niveau de qualité que notre établissement s'est fixé.
- 2.2.1. Cet objectif a été fortement influencé par la visite d'Agrément Canada. Du 17 au 21 juin 2013, huit visiteurs ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services du CHUS par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité des services et de sécurité des patients. Plus de 2 500 normes et pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées. Avec un taux de conformité moyen de près de 90 %, le CHUS est désigné établissement

agréé pour les quatre prochaines années. Des rapports de suivi ont été demandés pour le 21 novembre 2013, le 21 novembre 2014 et le 21 mai 2015. **Un plan de sécurité a été adopté par le conseil d'administration et la direction.** Il s'agissait du projet prioritaire #1 de la direction pour l'année 2014-2015. Le plan 2014 a permis d'implanter plusieurs des pratiques organisationnelles requises (POR) jugées non conformes à la suite de la visite d'Agrément Canada et le plan de sécurité 2015 permettra de poursuivre le déploiement de certaines pratiques ou de les consolider :

- le Programme-clientèle en santé mentale a implanté le BCM en intégrant des assistantes techniques de pharmacie (ATP) dans l'équipe de soins 5 jours sur 7. Tous les patients admis en santé mentale ont un BCM complet documenté dans les 24 heures à 48 heures suivant leur admission et une ordonnance de départ est préparée par les ATP au congé dans la majorité des cas. Le déploiement du BCM aux 9^e – 10^e du CHUS – Hôpital Fleurimont se poursuit avec l'ajout d'une ATP tel que planifié. Le BCM devra être implanté dans toute l'organisation en juin 2017;
- une procédure standardisée d'identification des patients avec au moins deux identificateurs (ex. : nom-prénom, date de naissance ou numéro de dossier) a été élaborée et la politique sur l'identification des patients a été révisée (NPG 2121). Ces outils sont déployés dans des secteurs ciblés et le déploiement se poursuit selon les plans prévus sous la responsabilité des chefs de service, avec le soutien des deux aide-mémoire préparés à cet effet, et ce, jusqu'au 31 décembre 2015;
- un mécanisme structuré pour transmettre efficacement les renseignements d'un prestataire de service à l'autre aux points de transition est à la disposition du personnel infirmier. Le déploiement du transfert d'information au point de transition-volet médical se poursuit sous le parrainage d'un médecin intensiviste;
- le Programme-clientèle de biologie médicale a implanté plusieurs procédures visant le contrôle et la qualité des analyses de biologie délocalisée (ADBD). Le déploiement des ADBD, incluant le changement de glucomètre, se poursuit en 2015 tel que planifié;
- depuis novembre 2014, le service de stérilisation de l'endoscopie est agrandi et aménagé de manière à diminuer le risque de contamination croisée;
- une ligne directrice sur la thromboprophylaxie (TP) chez la population adulte au CHUS est maintenant disponible, ainsi qu'un protocole de TP pour la population médicale et chirurgicale afin de standardiser les pratiques. Un comité interdisciplinaire d'amélioration de la qualité a été créé pour mettre ces mesures en place, ainsi que celles qui viseront à évaluer les résultats sur le taux adéquat de TP. Les programmes-clientèles doivent mettre en œuvre le protocole et son évaluation. La distribution des feuillets d'information sur les risques de TEV est confirmée dans tous les programmes-clientèles où des patients sont hospitalisés;
- pour encourager les patients et leurs proches à jouer leur rôle dans la sécurité de leurs soins, les équipes doivent informer les usagers et les familles au sujet de ce rôle par le biais de communications écrites et verbales. Dans cet esprit, les secteurs de la chimiothérapie et de l'imagerie médicale ont revu leurs étapes d'enseignement aux patients et à leurs proches et ont effectué la mise à jour de certains documents qui leur sont distribués;
- un programme de prévention des chutes a été élaboré. Afin de diminuer les chutes évitables chez tous les patients, des mesures concernant l'évaluation systématique du risque de chute

Outils de documentation	Points de transition
Rapport aux changements de quart (jour-soir-nuit) - numérisé	Changement de quart
Fiche de transfert interunités/urgence - DCI-CAE*	Transfert interunités
Fiche de transfert salle de réveil/unités - numérisée	Transfert salle de réveil/Unités
Fiche RESAU (depuis 2008) - DCI-CAE Fiche de continuité périnatalité (depuis 1999) - DCI-CAE	Congé

(informatisé au DCI-CAE) et un aménagement plus sécuritaire de l'environnement des patients ont été déployées dans trois unités/services pilotes : imagerie, maternité et 6^eA chirurgie au CHUS – Hôpital Fleurimont. L'évaluation des projets pilotes et le plan de déploiement seront déposés à Agrément Canada le 21 mai et le déploiement sera complété au 31 décembre 2015;

- la liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire : la procédure a été revue dans le but de clarifier les moments appropriés pour faire chacune des trois étapes de la liste de vérification : préanesthésie, préincision et postintervention avant la sortie du patient de la salle d'opération. Un guide d'utilisation a été produit; le personnel et les médecins ont reçu la formation. Des audits internes ont été réalisés et les résultats seront diffusés au personnel du bloc opératoire; les améliorations nécessaires seront réalisées et documentées;
- le programme de formation sur les pompes à perfusion est conforme depuis 2013. Il est adapté pour tenir compte du changement des pompes à perfusion qui sera réalisé d'ici juin 2015;
- un système de rangement sécuritaire des médicaments qui se ressemblent et des médicaments à alerte élevée a été déployé dans les unités. Quelques déploiements restent à compléter d'ici mai 2015 (aux soins intensifs, soins coronariens et à l'urgence du CHUS – Hôpital Fleurimont).

2.2.2. Malgré des défis importants sur le plan des ressources financières et humaines, de nombreuses équipes ont amélioré leurs processus et leurs pratiques professionnelles. Notons les réalisations suivantes :

- la mise en place de la Table de concertation en éthique **et son maillage avec le comité de bioéthique du CMDP;**
- l'évaluation et la documentation en soins infirmiers à l'aide du DCI-CAE pour les plaies de pression, l'évaluation de la douleur et la surveillance des opiacés ainsi que la formation du personnel à ces nouveaux outils pour soutenir la pratique. En plus de bonifier le processus d'évaluation des plaies et de la gestion de la douleur, l'outil informatisé permet à l'équipe interdisciplinaire d'avoir une vision plus rapide de l'évolution clinique du patient;
- la standardisation des demandes de libération de produits sanguins et dérivés dès leur sortie de la température contrôlée jusqu'à leur disposition finale;
- la formation RCR : le CHUS a revu et sécurisé les processus pour répondre aux soins de réanimation cardiorespiratoire. Entre autres, le contenu et la disposition du matériel dans les chariots RCR ont été uniformisés, les modalités de vérification et de mise à jour des chariots RCR ont été bonifiées et une programmation d'audits internes assure la pérennité de ces changements. Le CHUS s'est aussi doté d'une équipe de formateurs en réanimation cardiorespiratoire (RCR), certifiés par la Fondation des maladies du cœur, composée de professionnels de différentes disciplines au CHUS. La création de cette équipe a permis d'offrir un calendrier de formation accréditée en RCR aux infirmières, infirmières auxiliaires et aux inhalothérapeutes ainsi que la formation « Héros en 30 minutes » pour les préposés aux bénéficiaires (PAB);
- la tenue d'analyses des modes de défaillance afin de cibler les problématiques possibles et la gravité de leurs effets, leur fréquence potentielle et la possibilité de les détecter avant qu'elles n'atteignent le patient, notamment :
 - o la révision des résultats d'examen par les médecins dans le Continuum Ariane Estrie
 - o l'évaluation du risque technique appliqué au plan directeur du réseau électrique du CHUS
 - o la numérisation dans le DCI-CAE
 - o **le risque de contamination du réseau d'eau chaude domestique par la bactérie *legionella***

2.2.3. Afin d'assurer la pérennité de nos actions en matière de qualité, des démarches ont porté sur l'implantation d'un système Qualité qui assure l'intégration des pratiques d'amélioration de la qualité dans les opérations quotidiennes. Nous souhaitons notamment fournir aux gestionnaires et aux intervenants un cadre de référence qui décrit à la fois ce qu'on entend au CHUS par la qualité des soins et des services et les meilleurs moyens pour y arriver, ainsi que d'offrir des outils simples et efficaces pour soutenir la maîtrise, le contrôle et la gestion des processus et des pratiques.

Plus spécifiquement :

- **un modèle de « Manuel Qualité » standardisé a été élaboré, incluant un pro-forma pour les politiques et les procédures normalisées qui peuvent s'adapter aux besoins et aux réalités de différents services cliniques et administratifs.. Son approbation officielle et sa diffusion sont prévues d'ici l'été 2015;**
- **dans le même esprit, afin d'améliorer le processus de diffusion et d'accessibilité des méthodes de soins infirmiers (techniques de soins) pour le personnel soignant, la Direction des soins infirmiers a entrepris une démarche d'informatisation des MSI dans l'intranet. Depuis juin 2014, les MSI mises à jour sont diffusées chaque mois dans l'intranet en plus d'être acheminées par courrier interne aux détenteurs de cartables. Au cours de 2015, tous les cartables seront informatisés sous l'onglet « Espace clinique ». L'informatisation facilitera la recherche d'une MSI par le personnel soignant ainsi que la gestion des MSI élaborées ou révisées. Le retrait des cartables s'effectuera progressivement à la fin du processus d'informatisation;**
- **des indicateurs de qualité adaptés aux besoins de leurs utilisateurs ont été élaborés et diffusés pour la qualité des soins infirmiers. Ils sont en cours d'élaboration pour les processus de sécurité (pratiques organisationnelles requises). La formation des gestionnaires à l'utilisation des indicateurs dans la prise des décisions et l'intégration de ces différents indicateurs au sein de tableaux de bord consolidés se feront en lien avec le système de performance du CHUS (SPCHUS - voir la route de la performance);**
- **un groupe de travail a été mis sur pied afin d'élaborer une politique et des procédures pour la réalisation d'audits organisationnels internes. Les résultats de leurs travaux sont prévus d'ici la fin 2015. Soulignons également que le CHUS s'est porté acquéreur d'un logiciel pour soutenir les audits, le même que celui utilisé dans les autres centres universitaires, ce qui favorisera le balisage;**
- **l'intégration de l'expérience patient dans l'amélioration de la qualité des soins et services : voir la route de la performance.**

Parmi les principaux enjeux qui demeurent :

- poursuivre le développement et l'amélioration de nos processus d'assurance qualité;
- implanter un véritable processus de gestion intégrée de la qualité et des risques;
- intégrer formellement le processus d'agrément dans les cycles de gestion opérationnel.

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

2.3.1. Des initiatives ont été menées pour favoriser un meilleur maillage entre la DISC et le CRCHUS afin de faciliter un meilleur transfert des résultats de recherche dans les soins. Certains projets de recherche centrés sur le patient ont été soutenus, comme l'étude ACCEPT (qui nous renseigne sur la façon dont nous abordons la planification des soins chez les gens âgés et malades) et le programme PASSAGE, (une intervention pour les personnes atteintes de fibromyalgie et de lombalgie qui vise à favoriser et à développer l'autonomie ainsi que les capacités d'autogestion des participants). **Le CRCHUS a**

également démontré grâce à une étude clinique la bioéquivalence du technétium 99mTc produit par cyclotron de haute performance en comparaison avec celui produit par réacteur nucléaire. Cette avancée clinique majeure, découlant de plusieurs années de recherche, aura des effets importants pour la qualité et la sécurité des soins et elle démontre que l'approvisionnement futur en isotopes médicaux pourra se faire au moyen d'une technologie verte qui a de l'avenir. Les efforts sont actuellement concentrés sur la mise en place d'une production à plus grande échelle et d'une structure de distribution des isotopes vers les centres hospitaliers de la région et du Québec pour 2016.

- 2.3.2. Un projet a été accepté par le comité d'éthique à la recherche en vue de favoriser le recrutement de patients pour les projets de recherche en douleur chronique. À l'initiative du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC), une banque de patients intéressés à être prévenus de projets de recherche en douleur sera constituée. Des règles strictes de respect de la confidentialité ont été mises en place. Éventuellement, ce projet pourra faire naître des initiatives similaires, l'objectif à terme étant que chaque patient puisse avoir l'opportunité de signifier son intérêt à participer à un projet de recherche dès son admission.
- 2.3.3. Le CRCHUS a élaboré son plan stratégique 2014-2019. Ce dernier prévoit notamment une intégration bidirectionnelle de la recherche et des soins au CHUS. Un maillage accru avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé est également souhaité. À cet égard, des initiatives sont déjà en cours, notamment pour le partage des expertises en analyse des coûts-bénéfices.
- 2.3.4. Pour faire connaître les services de recherche du CRCHUS auprès de nos patients, un nouveau dépliant informatif est disponible. Ce dépliant met en lumière nos axes de recherche, les domaines thérapeutiques au sein desquels nos travaux de recherche évoluent et nos installations tant fondamentales que cliniques. Il est disponible sur notre site Internet au http://cr.chus.qc.ca/fileadmin/doc_crc/Le_centre/Publications/Depliant_institutionnel. **La visite du CRCHUS est maintenant intégrée lors des activités d'orientation des nouveaux employés au CHUS.**
- 2.3.5. Nous avons mis en œuvre un plan de maintenance évolutive pour CIRESSS afin d'optimiser l'utilisation de cet entrepôt informatisé tant pour la recherche que pour l'amélioration de la qualité des pratiques cliniques. Cet entrepôt de données regroupe l'ensemble des informations provenant du DCI-CAE et les données de Med-écho depuis 1997 pour le CHUS – Hôpital Fleurimont et depuis 2002 pour le CHUS – Hôtel-Dieu. Le plan de maintenance évolutive nous a permis de mettre en place un outil de forage des données pour en faciliter la recherche par les utilisateurs, **de regrouper dans des locaux du CRCHUS toutes les ressources de soutien de l'Infocentre et de développer le concept de laboratoire pour les utilisateurs**, de recruter une nouvelle ressource dédiée plus spécifiquement au soutien des chercheurs et de mettre en place des mesures pour améliorer la performance de traitement des données.
- 2.3.6. Parallèlement, nous avons commencé la planification d'un nouveau système, e-PIIRAMIDE (*Explorer- Portail Informationnel Intégré pour la Recherche et l'Analyse Multidimensionnelle et Intelligente des Données en Estrie*). En effet, la plateforme CIRESSS doit être remplacée par un système plus performant afin d'atteindre notre vision d'avoir un système informationnel de classe internationale, conçu selon les meilleures pratiques et les normes et fondé sur des technologies modernes et avancées pour offrir une analyse efficace et bénéfique des données. La structure de gouvernance a été révisée afin de tenir compte de la réalité régionale puisque ce projet s'inscrit en continuité des travaux de développement du Plan régional d'informatisation de l'Estrie. Le

développement d'e-PIIRAMIDE posera les premiers jalons pour une utilisation secondaire efficace des données dans les domaines cliniques, de recherche, d'enseignement, d'évaluation, de gestion et de planification. **Un manuel d'organisation de projet, définissant la vision et le plan de développement, a été approuvé par le comité de gouverne et un groupe de travail a été mis en place pour la rédaction des plans d'affaires financier et scientifique.**

2.3.7. La première édition du Programme d'aide au développement de la recherche et de l'évaluation pour les professionnels de la santé (PADRÉ) a été lancée en 2014. Le PADRÉ est un concours tenu annuellement qui a pour but de stimuler le développement sur le terrain de projets de recherche ou d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé originaux et pertinents liés à des problèmes de santé ou d'organisation des soins. Ce concours s'adresse aux professionnels de la santé du CHUS et non-chercheurs membres du CRCHUS. **Le comité de sélection a arrêté son choix sur le projet présenté par Mme Renée Lafrenière, chargée clinique de sécurité transfusionnelle – Banque de sang, ayant pour titre « Étude du niveau d'hémolyse des globules rouges lors d'administration de produits sanguins sous pompe volumétrique : sous quelles conditions peut-on assurer la sécurité transfusionnelle? » et lui a octroyé une subvention totale de 25 065 \$, financé par le CRCHUS et la Fondation du CHUS.**

2.3.8. Il existe de plus en plus d'organismes dont le mandat consiste à faciliter les maillages entre l'entreprise privée, les organismes subventionnaires et les établissements publics. Le CHUS est un partenaire reconnu notamment pour le Créneau Accord – SAGE innovation et maintient des liens avec Sherbrooke Innopôle. Actuellement, nous ne disposons d'aucune structure formelle tant pour recevoir les demandes de partenariat d'innovation que pour en générer. Afin de pouvoir rencontrer pleinement notre mission universitaire dans ce domaine et d'assurer une gestion cohérente des demandes externes ou des initiatives internes, une structure de gestion des partenariats économiques, recherche et évaluation demeure à mettre en place, de même qu'un processus amélioré de gestion de la propriété intellectuelle.

Les enjeux futurs demeurent principalement sur trois plans :

- intégrer et valoriser la participation du personnel à la recherche dans les opérations régulières des unités;
- développer une structure de gestion matricielle de la recherche dans les soins et services, incluant la gestion des partenariats d'innovation et de la propriété intellectuelle;
- faciliter le recrutement des patients dans le respect des règles d'éthique.

3. Route de la compétence

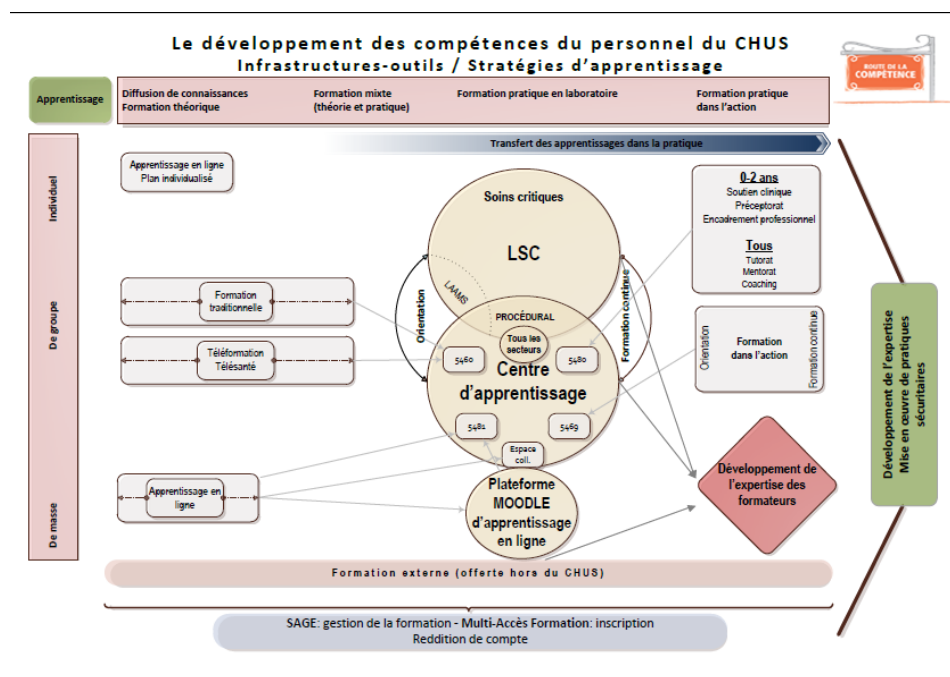


Notre capacité à offrir des soins et services de qualité repose directement sur notre capacité à recruter et retenir nos ressources humaines et à développer et maintenir leurs compétences. Notre personnel est jeune, 42 % de nos infirmières sont âgées de moins de 34 ans, ce qui occasionne une présence élevée d'expertise junior dans notre organisation et accroît la vulnérabilité pour les congés parentaux, en plus de nous amener à nous adapter aux valeurs de ce jeune personnel. Nous étions également confrontés à un contexte de pénurie provinciale de main-d'œuvre spécialisée et nous possédions un pouvoir d'attraction et de rétention limité. Il existait aussi une forte instabilité sur les postes (mouvements internes) ainsi qu'un taux élevé de temps supplémentaire régulier et imposé pour le personnel infirmier, le tout nuisant à la qualité des soins et services. Nos stratégies pédagogiques étaient mal adaptées à ce contexte ne favorisaient pas le transfert d'expertise sur le terrain, tandis que les infrastructures et les technologies dont nous disposions étaient insuffisantes pour faire évoluer ces stratégies. Nous souhaitons également que notre personnel puisse bénéficier de rencontres d'appréciation et disposer d'un plan individualisé de développement des compétences et d'un plan de carrière. Nous avons toutefois des opportunités à saisir, soit la proximité du milieu universitaire qui détient des expertises importantes, la présence de l'expertise à l'interne sur les nouveaux modes d'apprentissage et de transfert des connaissances, le temps accru de gestion de proximité qui permet de soutenir sur le terrain le développement des compétences et l'ouverture des employés au développement des compétences et à l'acquisition des nouvelles pratiques.

Notre route de la compétence poursuivait donc ces trois objectifs :

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

Les infrastructures soutiennent le développement des compétences selon ce modèle :



L'état d'avancement des travaux en 2015 est le suivant :

Projets (% en 13-14 VS 14-15)	Date début	Réalisé	À venir	Échéancier
LSC (de 60% à 75%)	2010	75 % du projet Analyse des besoins Deux ans d'opération Plans et devis finaux	Fin construction phase 1a (août 2015) Compléter le financement Construction phase 1b	Sept. 2016
Centre d'apprentissage	2010	55 % du projet Centre d'apprentissage HD (ouverture officielle déc. 2013)	Centre d'apprentissage HF Présenter projet au PARHF Réaliser projet	?
SAGE (de 75% à 95%)	2011	95 % du projet Trois modules implantés Création de Multi-Accès	Implantation nouveau module Synergie (gestion probation et appréciation contribution)	Avril 2015
Téléformation (de 15% à 50%)	2013	50 % du projet Élaboration du projet Modes de fonctionnement généraux	Offrir programmation 2015-2016 (environ six formations)	Mars 2016
Apprentissage en ligne (de 15% à 30%)	2011	30 % du projet Analyse et choix d'une plateforme Analyse de besoins régionaux Représentation au MSSS et Montérégie Appui de la TRRH et TRRI Estrie	Dépôt du DJE au DGTI Dépôt du PT-Pari au DGTI Implantation plateforme en projet pilote au CHUS	Mars 2016

3.1.1. Le CHUS a ouvert un premier centre d'apprentissage au CHUS –Hôtel-Dieu au début 2013. Situé au 5^e étage de l'aile D, ce centre regroupe dans un même environnement un ensemble d'installations nécessaires pour dispenser des formations de qualité. Nous y retrouvons une salle de formation traditionnelle pour douze personnes, qui s'ajoute à notre réseau de salles déjà existantes, une salle technopédagogique favorisant l'apprentissage assisté par ordinateur et deux chambres (une simple et une double) dédiées à la formation des méthodes de soins. S'ajoute également un espace collaboratif disponible 24 heures sur 24 pour permettre au personnel de réaliser des apprentissages en ligne ou des travaux en lien avec ses fonctions. Un laboratoire d'évaluation des technologies et des pratiques, opéré par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, complète le tout. Nous souhaitons dans les prochaines années nous doter d'un Centre d'apprentissage au CHUS – Hôpital Fleurimont, à proximité et en complémentarité du laboratoire de simulation clinique FMSS-CHUS.

3.1.2. Le CHUS s'est doté d'un système de gestion de la formation (SAGE) qui permet de capturer, traiter et diffuser des informations précises et fiables concernant les données financières et administratives en lien avec les activités de formation. Ce logiciel permet de produire les rapports de gestion plus rapidement et plus facilement, de centraliser l'information touchant les activités de formation dans une seule base de données, de consigner toutes les données liées aux activités d'apprentissage et de générer le profil de formation du personnel. Cette dernière fonctionnalité vient soutenir notre personnel, notamment les infirmières qui doivent répondre aux normes de

formation des différents ordres professionnels et sont ainsi tenues de déclarer annuellement leurs heures de formation.

3.1.3. La FMSS et le CHUS ont choisi de jumeler leurs efforts pour soutenir le développement des pratiques professionnelles en créant un laboratoire de simulation clinique (LSC). Il s'agit d'un projet en partenariat unique au Québec entre une faculté et un centre hospitalier universitaire. Le LSC est un outil pédagogique permettant de former des professionnels de la santé de haut niveau, d'assurer le développement de l'expertise, de consolider la collaboration interprofessionnelle et de contribuer à la qualité et la sécurité des soins à la population. Grâce à ses salles de simulation de haute-fidélité reproduisant l'environnement du CHUS avec tout l'équipement et l'appareillage nécessaire à la dispensation des soins, le LSC facilite le transfert des apprentissages dans la pratique clinique des professionnels. Les apprenants sont exposés à des situations cliniques complexes en interdisciplinarité. La formation par simulation clinique est devenue un incontournable pour la FMSS et le CHUS afin de répondre adéquatement aux besoins de formation de nos deux organisations. Actuellement, une salle de simulation est disponible dans l'espace académique au CHUS –Hôtel-Dieu et une salle de simulation polyvalente et une salle de *debriefing* à l'aile 1 niveau 0 du CHUS –Hôpital Fleurimont.

Un vaste projet est en cours pour accroître ces infrastructures. **Le chantier de construction LSC phase 1a a démarré en janvier 2015 au 5^e étage de l'aile 4 du CHUS – Hôpital Fleurimont. Cette phase, qui représente 60 % des espaces à aménager, sera prête à la fin août 2015.** Elle accueillera des étudiants en soins infirmiers et en médecine de la FMSS, le personnel du CHUS et les résidents. À terme, ce grand projet d'aménagement du LSC, phases 1a et 1b, occupera tout le 5^e étage de l'aile 4 sur près de 1 500 m². Il nécessitera en tout un investissement de 11,3 M\$. La phase 1a représente à elle seule une somme de 5 M\$, qui provient de la Fondation du CHUS et de la Fondation de l'Université de Sherbrooke. Nous sommes dans l'attente d'un financement du gouvernement du Québec pour lancer la phase 1b, qui représente le dernier 40 % des espaces à aménager. Au total, le LSC comptera neuf salles de simulation, trois salles de *debriefing*, le laboratoire de chirurgie, les entrepôts et les espaces bureau pour le personnel du LSC. Ces nouveaux locaux remplaceront les infrastructures actuelles du CHUS – Hôpital Fleurimont.

3.1.4. **L'équipe de télésanté et le Service de développement des compétences planifient l'implantation d'un projet de diffusion de formations via le Centre de coordination de télésanté. Les deux premières formations auront lieu en avril et septembre 2015. Ces pilotes nous permettront d'évaluer notre processus et nos outils ainsi que la satisfaction des sites y ayant participé. Ainsi, nous serons à même d'offrir une programmation d'activités bien adaptée aux besoins de nos partenaires régionaux.**

3.1.5. Projet régional d'apprentissage en ligne : depuis 2011, de nombreux travaux ont été menés pour identifier les besoins régionaux et les meilleurs outils pour réaliser des activités d'apprentissage en ligne. Une équipe régionale travaille sur ce projet depuis 2012. En 2013, le MSSS a donné ses orientations et demandé la levée du moratoire pour les projets d'apprentissage en ligne. Cinq pôles ont été identifiés dont celui de l'Estrie-Montérégie. Avec la loi 10, cette structure est remise en question. Le 14 juin 2013, une fiche synthèse a été déposée à la TRRH présentant le mandat suivant : « Déposer une analyse à la TRRH d'une plateforme informatique permettant le partage et la gestion efficace des formations entre les établissements et le soutien aux nouveaux outils de formation (ex. : *e-learning*) ». Cette analyse fut déposée en juin 2014.

Actuellement, les besoins sont grandissants pour ce type d'activité et le développement se fait de façon anarchique. Plusieurs projets d'apprentissage en ligne touchant le secteur clinique sont en

cours (PCI, AAPA, radioprotection, etc.) et utilisent différentes plateformes rendant complexes la gestion et l'administration de ces activités en plus de générer des coûts de location importants.

Une application intégrée à un système de gestion de la formation existe présentement et permet le traitement automatisé de l'ensemble des données liées à participation des employés à ces activités, et ce, à moindre coût. Par ailleurs, ce projet s'inscrit dans la proposition régionale d'architecture de gestion intégrée de l'information.

Le 20 mars 2015, la Table régionale des ressources humaines et la Table régionale des ressources informationnelles ont toutes deux appuyé la recommandation de présenter un Dossier de justification stratégique (DJS) au MSSS pour un projet pilote visant à implanter une plateforme d'apprentissage en ligne (*Moodle*), dans un premier temps, dans un établissement du CIUSSS-Estrie CHUS.

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

3.2.1. **Un cadre de référence du soutien au développement et de l'encadrement clinique a été élaboré.**

Il vise une gouvernance intégrée de soutien et de rehaussement des compétences pour des soins et services optimaux au CHUS. Les axes retenus sont la participation du patient et ses proches, la collaboration interprofessionnelle, l'enseignement et la recherche. Plus spécifiquement, ce cadre vise :

- l'optimisation du programme d'accueil – orientation – intégration;
- l'identification d'un profil de compétences transversales requises pour l'ensemble des professionnels;
- l'accent sur le savoir-faire et le savoir-être tout en poursuivant l'acquisition des connaissances du savoir;
- la formalisation de la structure et l'élaboration d'un processus de gestion des talents;
- la systématisation de l'appréciation de la contribution dans une perspective de gestion de carrière et de soutien à l'implantation du profil de compétences communes et transversales;
- une approche proactive visant à placer les personnes là où elles pourront se développer et à leur donner l'heure juste sur leurs capacités à occuper un poste;
- un engagement collectif et individuel en regard de l'organisation par le développement d'une stratégie de fidélisation;
- la mesure de l'efficacité du processus de soutien et de l'encadrement clinique.

3.2.2. **Le CHUS a déployé des efforts pour actualiser le préceptorat et le soutien clinique afin de faciliter le transfert des expertises sur le terrain et soutenir les jeunes recrues.**

Grâce aux actions mises en place, nous avons pu recevoir 320 596 \$ du MSSS dans le cadre du volet préceptorat du Programme national de soutien clinique en 2013-2014 et anticipons un montant de 347 334 \$ pour 2014-2015. Le recrutement au bloc opératoire de deux monitrices cliniques responsables de la formation, la consolidation de l'équipe de préceptorat et l'amélioration des processus de suivi, des modifications au devis d'intégration, la révision du cadre de référence pour l'orientation et pour l'évaluation des compétences du personnel ont facilité le transfert des expertises. Aussi, le CHUS encourage la préparation à l'examen de l'OIIQ par du personnel mis en soutien (experts de contenu, formateurs, évaluateurs, etc.). En 2013-2014, vingt-huit préceptrices ont offert environ 45 minutes de soutien par semaine à 399 infirmières et infirmières auxiliaires différentes qui ont moins de deux ans d'expérience au CHUS ou qui ont changé de poste en cours d'année (changement de poste qui diffère de façon importante de l'ancienne affectation). **Nous pouvons nous attendre à des résultats similaires pour 2014-2015.** Nous avons embauché quatre

préceptrices à temps plein et une infirmière cadre clinicienne a le mandat de soutenir et former les préceptrices, sur l'approche réflexive, les cibles d'intégration du nouveau personnel, les cibles de développement des compétences (ex. : PTI, soins de plaies, gestion de la douleur), etc.

3.2.3. Les façons de faire lors de l'accueil et l'intégration du personnel infirmier arrivant au CHUS ont été revues pour passer d'un apprentissage axé sur des activités théoriques à un apprentissage dans l'action. L'apprentissage dans l'action s'avère une des meilleures stratégies pour former des cliniciens et faciliter le transfert du savoir dans la pratique clinique. À l'été 2014, nous avons donc débuté des activités en laboratoire, au centre d'apprentissage du CHUS – Hôtel-Dieu. Ces activités, qui reposaient sur des mises en situations cliniques, visaient à orienter les recrues en soins infirmiers avant leur arrivée aux unités de soins. Le haut niveau de satisfaction des recrues ainsi que des équipes les accueillant nous a encouragés à poursuivre dans cette direction. Grâce à la contribution essentielle des experts et au travail intense de l'équipe de préceptorat, nous avons entrepris un processus d'amélioration continue de nos stratégies d'orientation. Dans cette perspective, le parcours d'accueil des nouvelles ressources a été modifié afin qu'elles puissent, à l'aide de mises en situations cliniques, se familiariser avec les compétences professionnelles requises dans ces situations, pratiquer les soins concernés, utiliser les outils cliniques du CHUS et assurer la continuité des soins au moyen de la documentation. En janvier 2015, nous avons mis en place un projet pilote pour l'accueil de 30 recrues en soins infirmiers. Celles-ci ont affirmé leur satisfaction quant au dynamisme des activités et à l'approche plus individualisée, mais aussi quant au développement du sentiment de compétence pour intervenir dans différentes situations de soins. Ce nouveau programme d'accueil et d'orientation sera en vigueur pour l'arrivée massive des CEPI et infirmières au printemps 2015. Les prochaines étapes visent la révision du programme d'orientation spécifique de chaque programme-clientèle en nous basant sur cette même approche ainsi que l'élaboration d'un outil de suivi du développement des compétences.

3.2.4. Bilan général de la formation pour 2012-2015 :

ROUTE DE LA COMPÉTENCE	12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue	75%	+ ↑	82%			
Nombre d'heures de formation continue par employé	15.5	- ↓	12.7			

Le taux d'employés ayant participé à une activité de formation continue est à la hausse, bien que le nombre d'heures de formation par employé soit à la baisse. Ceci est attribuable au fait que nous avons offert plusieurs activités de formation de masse de courte durée, ce qui a eu pour impact de faire chuter la moyenne des heures de formation par employé. Voici quelques exemples : AAPA-Délirium, consignes en cas d'urgence, directives-activités de soins, pompes entérales Kangaroo. Par ailleurs, nous constatons une augmentation de la participation aux conférences clinico-académiques et aux midis-cliniques depuis l'arrivée de Multi-Accès qui facilite la diffusion et l'inscription. Encore là, ce sont de courtes activités de 45 minutes. De plus, la diminution d'environ 40 % de formation OMEGA de base (28 heures) a fait diminuer à elle seule 1 200 heures de formation. En contrepartie, en 2014, 4 586 employés différents ont bénéficié de formations, comparativement à 4 127 en 2013. Donc, moins d'heures de formation par employé à cause des formations de courte durée, mais 83 % du personnel rejoint comparativement à 75 % l'an dernier.

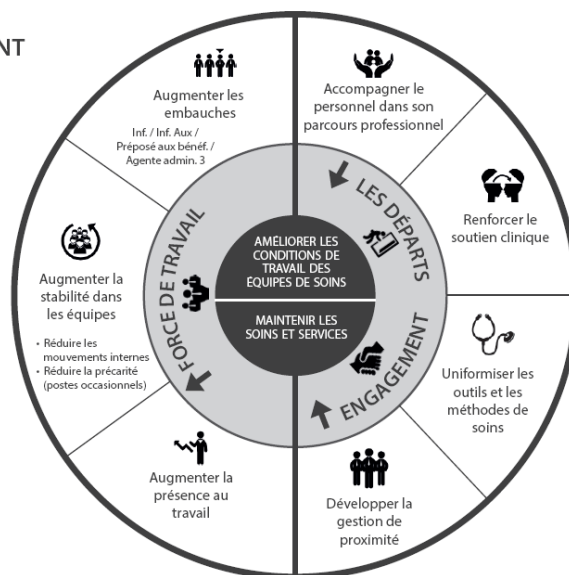
3.3. Poursuivre les efforts d'attraction d'une main-d'œuvre de talent et lui permettre de donner son plein potentiel pour que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin, prodigués par du personnel compétent.

Dans un contexte de pénurie de ressources spécialisées, particulièrement pour les infirmières, le CHUS se devait de mettre en œuvre des stratégies d'attraction et de rétention créatives. Depuis 2009, déjà plusieurs moyens ont été appliqués pour stabiliser le personnel dans les unités de soins (réorganisation du travail, rehaussement des conditions d'emploi sur les quarts de soir et de nuit, création d'équipes volantes sectorielles, etc.). Un chantier d'attraction, rétention et engagement a été mis sur pied et a constitué un projet prioritaire de l'équipe de direction et du conseil d'administration. Ce projet visait à investir dans des stratégies durables d'attraction et rétention du personnel afin de stabiliser la situation, à créer une marge de manœuvre au plan de notre force de travail tout en maintenant l'accessibilité et à diminuer la pression sur nos ressources (gestionnaires et personnel) pour ainsi améliorer le climat et les conditions de travail. Les stratégies du chantier se résument en trois axes :

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

CHANTIER D'ATTRACTION,
RÉTENTION ET ENGAGEMENT

- Les objectifs
- La stratégie
- Les 7 grands moyens



3.3.1. Augmenter la force de travail et stabiliser nos équipes pour améliorer les conditions et le climat de travail (court terme);

- Maximiser le nombre d'embauches en intensifiant le recrutement national et international
 - o La cible : augmenter de 10 % la force de travail du personnel infirmier
 - o Les réalisations :
 - déploiement de l'image de marque;



- **programme de référencement des employés (RÉSO) : tirant profit de ses meilleurs ambassadeurs, ce programme vise à favoriser le référencement de candidats potentiels par notre personnel. Pour participer, il suffit de recommander des personnes issues de son réseau personnel ou professionnel et aptes à combler l'un des six titres d'emploi admissibles au CHUS (infirmière • CEPI • préposé aux bénéficiaires • secrétaire médicale • technicien en électrophysiologie médicale • technologiste médical). Pour chaque candidature admissible, l'employé a reçu une prime de 100 \$ lors du programme d'accueil. D'avril 2013 à décembre 2014, 30 référencement correspondants aux profils recherchés ont été soumis par notre personnel;**
- **stratégies d'attraction Web : <http://www.chuspourmoi.ca/>, Linked In et Twitter, Facebook (CHUSplusEMPLOI), <http://www.lestrietapplaudit.com/>;**
- **augmentation de notre présence dans les salons d'emplois (20 par rapport à 8);**
- **visites dans les maisons d'enseignement;**
- **recrutement Réseau Santé Québec à Paris, missions à Montpellier et entente pour recruter auprès de treize institutions de la région du Languedoc-Roussillon : d'avril 2013 à mars 2015, nous avons accueillis 61 infirmières. Pour les années 2015 à 2017, nous avons recrutés déjà 133 nouvelles infirmières provenant de la France;**
- **fidélisation des stagiaires (phase deux en cours – soins infirmiers); créer un passage entre le stage et l'emploi.**

o Les résultats pour les infirmières

Embauches	2013	2014	2015	2016 (connu)
CÉPI	98	119	122	90
infirmières	52	71	49	
Infirmières/ France	6	16	43	70
Total	156	206	214	160
Externes / soins infirmiers	59	60	93	50

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre	1 484	1 470	1 459	1 463	1 443	1 473	1 519
Heures travaillées	1 831 081	1 805 549	1 770 707	1 777 077	1 751 134	1 762 177	1 751 378

- L'accroissement du nombre d'embauches a permis de stabiliser la force de travail et d'éviter de creuser l'écart. Nous sommes maintenant en mesure de donner les congés et nous avons levé partiellement l'interdiction de combler l'ensemble des besoins prévus à la structure (ajout de 50 postes). Il y a de plus eu une progression positive du taux d'infirmières bachelières de 24 % (27,2 % à 33,8 %), notamment à la suite de l'embauche d'infirmières françaises qui disposent toutes d'un statut de bachelière.

▪ Augmenter la stabilité dans les équipes et améliorer les conditions de travail

o Plusieurs réalisations :

- l'affichage du temps supplémentaire en continu;
- l'entente de bonification de poste infirmière et les modalités d'octroi de congé sans solde partiel pour études qui visaient à accroître le taux de stabilité à 75 %. Sans avoir atteint la cible, ce taux a néanmoins augmenté de 60,9 % à 68,8 %. En plus, la situation des étudiantes en sciences infirmières, qui ont maintenant accès à deux

formules (4 j/14 = 60 % et 3 j/14 = 40 %), s'est améliorée selon l'Association étudiante de l'U de S;

- une entente corridor de mobilité pour les infirmières;
- **la conversion et le rehaussement des heures travaillées pour les préposés aux bénéficiaires (PAB).** La cible visait à diminuer le taux de précarité de 10 % et augmenter le taux de stabilité à 75 %. Le mode de postulation à l'interne des PAB a été complètement repensé grâce à une négociation des règles de mobilité et l'implantation d'un nouveau système automatisé qui permet un cycle de gestion de l'affichage des postes quatre fois par an. En 2013, sur 44 postes vacants, seulement neuf ont été comblés et ont nécessité 396 appels. En 2014, sur 121 postes vacants, 117 ont été comblés sans aucun appel. Une offre de bonification des postes à temps partiel de 2 à 4 jours a été acceptée par 86,5 % des personnes concernées. Un processus de conversion des heures a permis l'ajout de 77 nouveaux postes et la conversion de sept postes vacants à temps partiel en postes à temps complet. Les indicateurs seront suivis dans un an pour nous assurer des résultats puisque les changements sont trop récents pour avoir eu un impact significatif;

Comparable P10	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Taux de précarité	24 %	24,6 %	23,9 %
Taux de stabilité	57,5 %	57,7 %	62,7 %
Taux de rétention (6 mois)	81,8 %	86,8 %	N/D
Taux de roulement	7,8 %	6 %	6 %

- **un groupe de travail se penche actuellement sur la situation des agentes administratives classe 3 (AA3).** Les travaux entrepris visent à augmenter la stabilité des AA3, à diminuer la précarité de ces emplois et à favoriser l'attraction et la rétention des AA3, le tout dans l'optique d'améliorer les conditions de travail et la continuité des soins et services aux patients. Formé de représentants de l'employeur et de partenaires syndicaux CSN, le groupe de travail révisé les conditions de travail des AA3, notamment les règles de remplacement et de mutation volontaire. Un exercice de conversion des heures de remplacement en postes a également été entrepris. Parallèlement à ces travaux, la révision du programme d'orientation destiné aux AA3 a aussi été enclenchée. Une agente administrative classe 3 a été désignée pour fournir son expertise dans la réalisation de ce mandat.

▪ Augmenter la présence au travail

- o Les cibles :
 - diminuer le taux d'assurance- salaire à 5 %;
 - diminuer le taux d'accident de travail à 0,35 %;
 - enquêter 100 % des événements avec perte de temps.
- o Les réalisations :
 - **mettre en œuvre un projet pilote dans trois unités de soins et services (hygiène et salubrité, 6^eA et urgence HD) pour un programme visant l'optimisation de la performance en matière de présence au travail;**

- **favoriser le maintien au travail lors des congés de maternité (programme de maternité sans danger).**

- o Les résultats :
 - résultats préliminaires positifs (ex. : hygiène et salubrité réduction du ratio d'assurance-salaire de 6,17 à 5,59);
 - augmentation du nombre d'infirmières affectées au travail au-delà de 24 semaines (11 % en 2012-2013, 43 % en 2013-2014).

3.3.2. Réduire le nombre de départs chez les nouveaux employés par une prise en charge en continu pendant les deux premières années (moyen terme).

- Les cibles pour le personnel infirmier :
 - o diminuer de 20 % les départs avec marge de manœuvre;
 - o augmenter le taux de rétention 6 et 24 mois.
- Les réalisations :
 - o **des efforts importants ont été apportés pour nous assurer que les nouveaux employés recrutés seront bien accueillis et orientés. Plusieurs bonnes pratiques en matière d'accueil, d'intégration, d'orientation et de probation ont été identifiées et les gestionnaires ont été sensibilisés et mandatés spécifiquement pour en assurer la mise en œuvre, en collaboration avec leurs équipes;**
 - o **de nouveaux contenus et stratégies de formation en laboratoire et au centre d'apprentissage ont été élaborés (voir l'objectif sur le transfert d'apprentissages);**
 - o **le soutien clinique a été renforcé : augmentation de la présence des préceptrices sur le terrain, standardisation des outils, révision des techniques de soins, clarification des rôles et responsabilités de chaque intervenant, dans un esprit de complémentarité et de collaboration (ces outils sont accessibles dans l'intranet);**
 - o **un programme permettant aux nouvelles ressources de recevoir du *feedback* pendant la période de probation a été implanté;**
 - o **des stratégies pour améliorer l'expérience-employé chez les externes et les CEPI et être proactif pour les recruter ont été déployées. Notamment, de nouveaux milieux cliniques pour les stages d'externat en soins infirmiers en dehors des unités de soins ont été identifiés afin d'augmenter notre capacité d'accueil (60 à 93 externes).**
- Les résultats :
 - o 100 % du nouveau personnel a eu une rencontre de *feedback* et d'échange;
 - o 71 des 93 externes en soins infirmiers ont reçu une offre d'emploi de CEPI sans entrevue;
 - o les sondages auprès des nouveaux arrivés démontrent un niveau de satisfaction élevé relativement aux activités de soutien, leur équipe de travail et leur supérieur immédiat;
 - o diminution des départs (avec marge de manœuvre) de 30 % (P10-2015).

3.3.3. S'assurer que les projets prioritaires en cours agissent sur des leviers reconnus et efficaces afin d'accroître la rétention et générer de l'engagement (long terme).

- Un processus révisé d'appréciation de la contribution a été élaboré et sera mis en œuvre graduellement. Ce processus est différencié selon l'ancienneté et vise notamment le développement des compétences, le cheminement de carrière, le transfert des expertises en fin de carrière, etc. Si de 0 à 3 ans d'ancienneté l'approche est plus traditionnelle, à partir de 4 ans et plus, elle vise une responsabilité partagée entre l'employé et le gestionnaire et une mesure également qualitative. La démarche prévoit également un bilan axé sur l'échange et le développement de la relation, une collecte de données qui vise un portrait le plus complet et

objectif possible de la contribution, des formulaires adaptés selon le groupe ciblé et une fréquence qui tient compte du ratio gestionnaire-employés.

- Nous visons à nous doter d'instruments standardisés et validés de mesure « d'engagement » pour évaluer en continu les retombées des actions sur l'engagement des personnes visées. **Nous avons utilisé le questionnaire du Conseil québécois d'agrément pour des projets ciblés et il semble répondre à nos préoccupations. Nous réévaluerons avec le sondage *Pulse*, obligatoire avec Agrément Canada.**

En résumé : il y a eu stabilisation ou amélioration des indicateurs RH sauf pour le temps supplémentaire et le temps supplémentaire imposé :

ROUTE DE LA COMPÉTENCE	12-13 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible	Statut
Taux de stabilité sur les postes (infirmières)	61%	+ ↑	67%	vs	75%	▲
Taux de roulement (infirmières) En nombre d'individus	11%	=	11%			
Taux de rétention (infirmières) 6 mois après l'embauche / En nombre d'individus	78%	=	78%	vs	83%	▲
Nombre d'employés ayant eu une évaluation	97	+ ↑	168			■

Indicateurs	13-14 P1 à P13	→	14-15 P1 à P13	vs	Cible à P13	Statut
Prothèses	16.6	+ ↓	15.5	vs	15.2	▲
Ratio temps supplémentaire (infirmières)	6.7%	+ ↓	6.6%	vs	5.0%	■
- Infirmières auxiliaires	4.3%	- ↑	4.9%	vs	3.0%	■
- Préposés aux bénéficiaires	5.7%	+ ↓	5.6%	vs	3.0%	■
- Agentes administratives (cl. 3)	7.3%	+ ↓	4.2%	vs	3.0%	■
Heures supplémentaires imposées (infirmières)	8 297	- ↑	9 667	vs	2 630	■
- Infirmières auxiliaires	1 155	- ↑	1 216	vs	630	■

Trois secteurs sont particulièrement critiques pour le TS et le TSO (urgences, mère-enfant et santé mentale). Si nous excluons ces secteurs, le taux est demeuré stable (2012-2013 : 5,82 %, 2013-2014 : 5,68 % et 2014-2015 : 5,54 %). Des travaux ciblés auront cours en 2015.

Perspectives : le chantier d'attraction, rétention et engagement se poursuivra en 2015-2016 afin de parachever les améliorations en matière de rétention et d'engagement et de répondre aux besoins de main-d'œuvre de notre organisation.

4. La route de la performance



Essentiellement, la route de la performance visait à améliorer notre système de gestion de la performance afin que tous les acteurs de l'organisation soient centrés sur la « trajectoire patient » pour qu'elle soit plus fluide et de meilleure qualité. Cette route s'inscrivait dans la continuité de notre projet GPS (gestionnaire-performance-sens) qui s'est terminé en mai 2013. Ce projet visait à améliorer les conditions d'exercices des cadres en améliorant la performance de l'organisation.

Cette route visait trois objectifs qui seront abordés globalement dans ce bilan, soit :

- 4.1. Améliorer la trajectoire patient en utilisant la carte de la performance, pour nous assurer que la trajectoire patient soit de meilleure qualité, avec le moins de délais possible.
- 4.2. Soutenir le gestionnaire dans l'exercice de son rôle, pour que les gestionnaires puissent faciliter les changements qui permettront d'améliorer la trajectoire patient.
- 4.3. Mieux sélectionner, prioriser et synchroniser les projets, pour que le choix des projets soit fonction des défis de la trajectoire patient, du temps et des ressources disponibles.

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

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

Après l'analyse de plusieurs modèles et grâce à des partenariats inspirants avec les Hautes études commerciales (HEC), Bombardier produits récréatifs (BRP) et l'hôpital de St-Boniface au Manitoba, le CHUS a choisi de se doter de son propre modèle adapté à ses besoins : le système de performance CHUS (SPCHUS).



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

1. **Le noyau** : la mission, la vision et les valeurs

2. **Les trajectoires patients**



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



3. Les quatre volets de la performance

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

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



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



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



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



La mise en œuvre de ce système de gestion de la performance a des répercussions sur la gouvernance, les structures, sur les approches et modes de gestion, de même que sur la culture et les paradigmes de l'organisation. Il s'agit d'une véritable transformation pour laquelle le projet GPS (gestionnaire-performance-sens) terminé en 2012-2013 avait permis d'assurer des bases solides. Dès le mois de mai 2013, le CHUS, souhaitant poursuivre cette transformation, soumettait sa candidature au projet « LEAN Santé » du MSSS. Le projet a été retenu par le MSSS avec une subvention de 1,1 M\$. Le CHUS a alors entrepris la phase deux du déploiement de son système de performance. Ce projet, débuté dès l'automne 2013, a comme finalité : « *De façon transversale à travers toutes les directions, améliorer les trajectoires patients par des processus efficaces, des ressources utilisées judicieusement, des personnes engagées envers leurs pratiques et des soins et services accessibles et de qualité pour les patients.* » Cette amélioration se traduira par une plus grande mobilisation du personnel, des gestionnaires et des médecins envers les patients.

Le déploiement du SPCHUS, s'appuyant sur les acquis du projet GPS, comporte trois axes :

Axe 1 : Être outillé à l'amélioration continue au quotidien de la performance (ACQP)

- Le modèle conceptuel d'ACQP a été développé.
- Le scénario de déploiement et de transfert de connaissances du modèle conceptuel est élaboré.
- Un guide de l'accompagnateur qui intègre les outils d'amélioration continue, de gestion du changement, de LEADS, de qualité, de patient partenaire, de système de performance est en production.
- La conception du programme de formation basé sur le guide est en cours.
- Le déploiement est en cours dans quatre projets pilotes : en angiographie, en biologie médicale, en pharmacie et au Programme-clientèle en soins critiques et traumatologie.

Axe 2 : Avoir des gestionnaires leader

- Habiller les équipes : le modèle LEADS, qui comporte cinq composantes, a été sélectionné : être son propre leader, engager les autres, atteindre des résultats, développer des coalitions et transformer des systèmes. **L'appropriation des compétences requises a débuté avec les directeurs, s'est poursuivie avec les directeurs adjoints et s'étendra graduellement à l'ensemble des gestionnaires selon un plan adapté aux besoins de chaque groupe. Il est actuellement déployé de façon plus intensive dans les quatre secteurs en déploiement.**
- Utiliser le temps de gestion de proximité : le temps de proximité vise à permettre aux gestionnaires de se rapprocher de leurs équipes, de jouer leur rôle de *coach*, de suivre leurs opérations, de soutenir l'amélioration continue au quotidien de la performance, etc. Le projet GPS a permis de mettre en œuvre des moyens pour accroître ce temps de proximité. Premièrement, une plage horaire a été protégée de 8 h à 10 h tous les jours et le vendredi est sans réunion. La mise en place d'un horaire synchronisé à l'échelle du CHUS a été nécessaire pour atteindre cet objectif (ex. : le lundi : rencontre intradirections, le mardi : rencontre interdirections, etc.). En parallèle, les listes des comités et des rencontres récurrentes ont été révisées afin de s'assurer de la pertinence, tant du mandat, de la composition ainsi que de la durée. Également, pour diminuer le nombre de projets organisationnels, le comité des directeurs adjoints a finalisé le processus de gestion du portefeuille et implante graduellement les outils requis. Le processus prévoit au moins annuellement la sélection des projets prioritaires, pour réaliser les projets les plus porteurs de performance considérant de la capacité organisationnelle en protégeant les opérations. **En 2014-2015, cinq projets prioritaires ont été sélectionnés et ont fait l'objet d'un suivi aux deux semaines par l'équipe de direction. La priorisation des projets pour 2015-2016 a été approuvée par le comité de direction du 24 mars 2015.**

L'ensemble de ces mesures a permis en deux ans de faire progresser le temps de proximité des cadres terrains clinique de 41 % à 47 %. Enfin, pour rapprocher la direction du terrain, le concept de « tournée de direction », sur le modèle des « gembas », a été implanté pour que les directeurs et directeurs adjoints puissent rencontrer des équipes et des patients et partager leurs préoccupations. **De février 2013 à février 2015, 29 tournées ont eu lieu, dont au moins une dans chaque programme-clientèle, et 66 % d'entre elles ont permis de rencontrer des patients. Des améliorations visant notamment à simplifier le processus et à accroître le nombre et la portée des « gembas » sont en cours d'implantation.**

- Implanter de nouveaux paradigmes de gestion

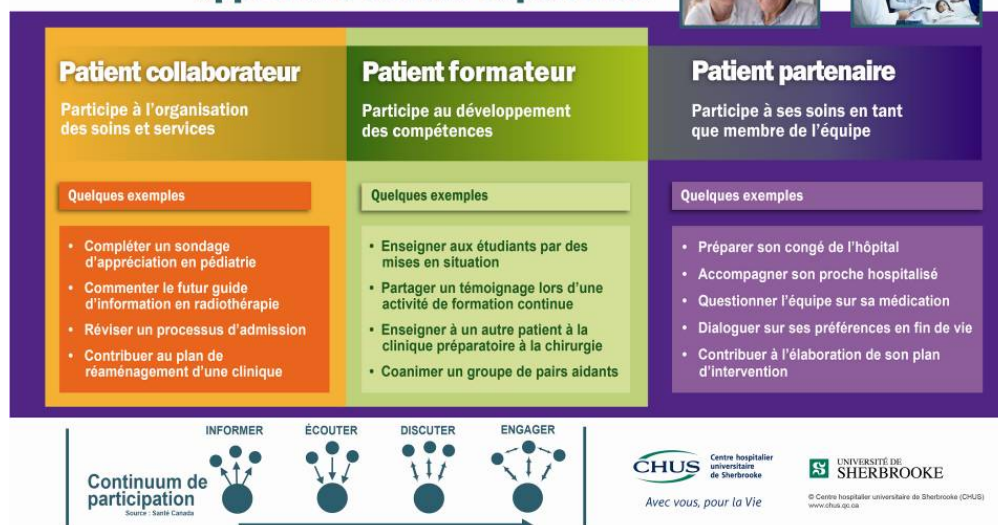
- o La cogestion : depuis plusieurs années, le CHUS a implanté le modèle de cogestion clinico-médico-administrative. **La participation au projet de l'AQESSS (« Vers de nouvelles pistes de partenariat médico-administratif »)** et à un projet de thèse de doctorat d'un étudiant à la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke (« Les compétences pour réussir la cogestion médico-clinico-administrative ») ont permis d'identifier les compétences à promouvoir et développer afin de maximiser les effets de la cogestion des programmes-clientèles en visant la performance organisationnelle. Les travaux se poursuivent pour mieux soutenir le développement des compétences et l'opérationnalisation de ce mode de gestion horizontal. Il est actuellement travaillé de façon plus intensive dans les quatre secteurs en déploiement.
- o La gouvernance en cascades : la gouvernance verticale doit être redéfinie dans un objectif de soutien en cascades hiérarchiques des objectifs d'amélioration de la performance. Des expérimentations sont en cours avec les déploiements de quatre projets pilotes.
- o Des directions en soutien aux opérations : les équipes de soutien doivent davantage intégrer leurs approches et orienter leur rôle en accompagnement / *coaching* auprès des gestionnaires opérationnels, tout en étant les gardiens des normes, pratiques, etc. de leur domaines d'expertises. Ce concept « d'équipe aviseur » est en élaboration et consultation.
- o Le patient comme partenaire : il s'agit ici de l'actualisation concrète du concept de « covoiturage avec les patients » de la planification stratégique. Le CHUS a défini sa vision d'expérience patients en élaborant un cadre de référence (page suivante) qui précise trois grands axes d'implication : le patient **collaborateur** participe à l'organisation des soins et services (réviser un processus d'admission, commenter un guide d'information, remplir un sondage, etc.). Le patient **formateur** participe au développement des compétences (enseigner aux étudiants par des mises en situation, coanimer un groupe de pairs aidants, partager son vécu lors d'une activité de formation, etc.). Le patient **partenaire** participe à ses soins en tant que membre de l'équipe (préparer son congé de l'hôpital, questionner l'équipe sur sa médication, accompagner son proche hospitalisé, etc.). Dans un continuum de participation, le patient peut être informé, écouté, impliqué ou engagé.

En décembre 2014, cinq patients et cinq gestionnaires ont été formés aux concepts de patients partenaires. L'objectif est de mettre sur pied un groupe de leaders expérience patient CHUS qui viendra appuyer le développement d'une culture organisationnelle valorisant la participation des patients dans les soins et l'organisation des soins. En collaboration avec le comité des usagers, une banque de patient intéressé à s'impliquer au CHUS pour différentes initiatives a été mise en place. Plusieurs initiatives et comités impliquent déjà des patients et nous visons à systématiser, structurer et soutenir davantage la participation directe des patients et de leurs proches dans les équipes d'amélioration continue de la qualité. Nous souhaitons également poursuivre le développement du concept de « patient partenaire » de ses soins. Une vidéo sur l'expérience patient a été produite



afin de susciter la réflexion des équipes sur la manière de tenir compte davantage de l'expérience de soins des patients et leurs proches, notamment pour s'en inspirer en amélioration continue. À cet égard, le CHUS a consolidé sa démarche d'évaluation de l'expérience patient qui est maintenant intégrée au cycle de gestion alors que deux sondages organisationnels sont réalisés annuellement auprès de la clientèle hospitalisée. Une première ronde a lieu au printemps et la seconde à l'automne.¹ Chaque unité est évaluée une fois et le gestionnaire et son équipe sont rencontrés afin de prendre connaissance des résultats des sondages, mais également des autres indicateurs de la qualité perçue par les patients, soit les plaintes et les commentaires reçus du comité des usagers. Des pistes d'amélioration continue sont par la suite identifiées afin de mieux répondre aux besoins des patients. Nous visons graduellement à intégrer des patients dans le choix et la mise en œuvre de ces solutions. Le groupe de gestionnaires et de patients déjà formé poursuivra sa formation avec des modules plus avancés. Un indicateur de l'expérience positive des patients est intégré au tableau de bord du Conseil d'administration. Ce taux correspond au % de patients ayant octroyé la cote 9 ou 10 au CHUS. Ce taux était de 77% en mars 2015, la cible étant de 70%.

Les patients ont beaucoup à nous apprendre de leur expérience



Axe 3 : Avoir un système de management

- **Déterminer des objectifs organisationnels** : l'amélioration de la performance doit être orientée vers une cible organisationnelle. Cette dernière se traduit par des objectifs intemporels qui incarnent la mission et la vision. Dans le contexte de la loi 10, nous avons reporté l'identification de ces objectifs et de leurs indicateurs. Toutefois, l'équipe de directeurs a identifié cinq objectifs stratégiques annuels qui guideront les actions d'amélioration 2015-2016. Cette initiative s'inscrit en continuité des travaux de l'équipe de direction qui, depuis plusieurs mois, fait le pilotage stratégique de la performance dans une salle exécutive (management visuel). De nouveaux outils, comme les schémas d'analyse des indicateurs, ont été développés.
- **Implanter la cascade d'indicateurs** : pour être atteints, les objectifs stratégiques annuels doivent être cascades aux plans tactique, opérationnel puis terrain. À tous les niveaux,

¹ L'évaluation de l'expérience dans les secteurs ambulatoires est en développement en co-leadership avec le comité des usagers;

chaque gestionnaire doit donc pouvoir évaluer avec son équipe la contribution potentielle de son service à l'amélioration des indicateurs ciblés. Il a été décidé que le déploiement de cette cascade sera réalisé dans l'ensemble des directions et programmes du CHUS (indépendamment que ces derniers soient en train de déployer ou non les outils d'amélioration continue au quotidien). À ce propos, les quatre projets pilotes actuellement concernés par l'ACQP pourront intégrer ces indicateurs dans leurs travaux d'amélioration de leur performance, notamment grâce à l'implantation de tableaux visuels au plan opérationnel et tactique. D'autres équipes, qui ne font pas partie des groupes pilotes, ont toutefois déjà débuté le management visuel de leur performance et pourront intégrer dorénavant leur contribution aux objectifs organisationnels.

- Habiller les gestionnaires à utiliser les outils de gestion et de mesure de la performance : le personnel cadre a été formé à la formulation d'objectifs SMART (spécifique, mesurable, approprié, réaliste et temporel). Un outil d'analyse et d'aide à la décision basé sur les quatre volets de la performance organisationnelle (pratiques-processus-ressources-patients) a été élaboré et diffusé. Cet outil a pour but de nous aider à maintenir et améliorer la performance de la trajectoire patient en générant les bonnes questions et réflexions pour maintenir un équilibre dynamique de ces quatre dimensions de la performance. Il peut servir à identifier les causes d'un problème, à anticiper les impacts d'une décision et à bâtir un plan d'action facilitant la gestion du changement. La carte de performance a également été intégrée à l'outil de présentation de dossiers au C. A. et au comité de direction pour bien les informer des impacts d'une décision sur la performance de l'organisation. Enfin, la carte de performance est utilisée dans le processus de gestion de portefeuille de projets du CHUS, notamment pour soutenir l'évaluation des impacts des différents avant-projets et aider à la priorisation.



Centre hospitalier
universitaire de
Sherbrooke

OUTIL D'ANALYSE ET D'AIDE À LA DÉCISION



Système
Performance
CHUS

Avec vous, pour la Vie

Comment utiliser ce recto?

Cet aide-mémoire est un outil commun à tous les cadres et professionnels du CHUS / Il a pour but de soutenir nos analyses et prises de décisions en nous posant les bonnes questions...

AVANT DE PRENDRE UNE DÉCISION

"EST-CE QUE LA DÉCISION AURA UN IMPACT SUR ... ?"

AVANT DE FAIRE UN PROJET OU UN CHANGEMENT

"DANS CE PROJET OU CHANGEMENT, DEVRAIS-JE PRENDRE EN COMPTE ... ?"

Nom : _____

Date : _____

Sujet : _____	Nom : _____ Date : _____																
Efficiencia de nos PROCESSES <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #f0e6ff; padding: 5px;">Connaissance de nos processus</td> <td> ☐ ... la connaissance et la compréhension du processus par les intervenants ☐ ... les partenaires situés en amont (avant) et leurs processus ☐ ... les partenaires situés en aval (après) et leurs processus ☐ ... les partenaires de soutien et leurs processus </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0e6ff; padding: 5px;">Amélioration continue de nos processus</td> <td> ☐ ... la valeur ajoutée des actions du processus (des gaspillages...) ☐ ... la continuité et la durée du processus (ex: DMS...) ☐ ... la standardisation et le respect du processus ☐ ... les processus de résolution de problème </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0e6ff; padding: 5px;">Gouvernance et communication</td> <td> ☐ ... les rôles et responsabilités ☐ ... les processus de communication ☐ ... les processus de prises de décision ☐ ... la mission / vision / valeurs </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0e6ff; padding: 5px;">Planification et évaluation</td> <td> ☐ ... les objectifs du secteur et leurs alignement avec le plan stratégique ☐ ... le contenu du portefeuille de projet (équilibre projets vs opérations) ☐ ... l'ampleur du changement et la capacité d'adaptation des équipes ☐ ... la capacité à évaluer les résultats attendus </td> </tr> </table>	Connaissance de nos processus	☐ ... la connaissance et la compréhension du processus par les intervenants ☐ ... les partenaires situés en amont (avant) et leurs processus ☐ ... les partenaires situés en aval (après) et leurs processus ☐ ... les partenaires de soutien et leurs processus	Amélioration continue de nos processus	☐ ... la valeur ajoutée des actions du processus (des gaspillages...) ☐ ... la continuité et la durée du processus (ex: DMS...) ☐ ... la standardisation et le respect du processus ☐ ... les processus de résolution de problème	Gouvernance et communication	☐ ... les rôles et responsabilités ☐ ... les processus de communication ☐ ... les processus de prises de décision ☐ ... la mission / vision / valeurs	Planification et évaluation	☐ ... les objectifs du secteur et leurs alignement avec le plan stratégique ☐ ... le contenu du portefeuille de projet (équilibre projets vs opérations) ☐ ... l'ampleur du changement et la capacité d'adaptation des équipes ☐ ... la capacité à évaluer les résultats attendus	Engagement des personnes envers nos PRATIQUES <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #fff9c4; padding: 5px;">Leadership</td> <td> ☐ ... l'engagement des personnes ☐ ... l'autonomie et la délégation des personnes ☐ ... la clarté et la cohérence des résultats à atteindre ☐ ... la crédibilité, la légitimité ou la proximité du gestionnaire </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fff9c4; padding: 5px;">Développement des compétences</td> <td> ☐ ... le développement des connaissances (savoir) ☐ ... le développement des habiletés techniques (savoir faire) ☐ ... le développement des comportements et attitudes (savoir-être) ☐ ... l'accueil, l'orientation et l'intégration des personnes </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fff9c4; padding: 5px;">Pratiques professionnelles</td> <td> ☐ ... l'intégration de pratiques basées sur les données probantes ☐ ... la standardisation et le respect des pratiques implantées ☐ ... la conformité de nos pratiques vis-à-vis des normes, standards et lois ☐ ... l'intégration de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fff9c4; padding: 5px;">Collaborations et partenariats</td> <td> ☐ ... les relations interpersonnelles ☐ ... la collaboration interprofessionnelle ☐ ... l'implication de nos partenaires externes ☐ ... le rayonnement du CHUS à l'externe </td> </tr> </table>	Leadership	☐ ... l'engagement des personnes ☐ ... l'autonomie et la délégation des personnes ☐ ... la clarté et la cohérence des résultats à atteindre ☐ ... la crédibilité, la légitimité ou la proximité du gestionnaire	Développement des compétences	☐ ... le développement des connaissances (savoir) ☐ ... le développement des habiletés techniques (savoir faire) ☐ ... le développement des comportements et attitudes (savoir-être) ☐ ... l'accueil, l'orientation et l'intégration des personnes	Pratiques professionnelles	☐ ... l'intégration de pratiques basées sur les données probantes ☐ ... la standardisation et le respect des pratiques implantées ☐ ... la conformité de nos pratiques vis-à-vis des normes, standards et lois ☐ ... l'intégration de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation	Collaborations et partenariats	☐ ... les relations interpersonnelles ☐ ... la collaboration interprofessionnelle ☐ ... l'implication de nos partenaires externes ☐ ... le rayonnement du CHUS à l'externe
Connaissance de nos processus	☐ ... la connaissance et la compréhension du processus par les intervenants ☐ ... les partenaires situés en amont (avant) et leurs processus ☐ ... les partenaires situés en aval (après) et leurs processus ☐ ... les partenaires de soutien et leurs processus																
Amélioration continue de nos processus	☐ ... la valeur ajoutée des actions du processus (des gaspillages...) ☐ ... la continuité et la durée du processus (ex: DMS...) ☐ ... la standardisation et le respect du processus ☐ ... les processus de résolution de problème																
Gouvernance et communication	☐ ... les rôles et responsabilités ☐ ... les processus de communication ☐ ... les processus de prises de décision ☐ ... la mission / vision / valeurs																
Planification et évaluation	☐ ... les objectifs du secteur et leurs alignement avec le plan stratégique ☐ ... le contenu du portefeuille de projet (équilibre projets vs opérations) ☐ ... l'ampleur du changement et la capacité d'adaptation des équipes ☐ ... la capacité à évaluer les résultats attendus																
Leadership	☐ ... l'engagement des personnes ☐ ... l'autonomie et la délégation des personnes ☐ ... la clarté et la cohérence des résultats à atteindre ☐ ... la crédibilité, la légitimité ou la proximité du gestionnaire																
Développement des compétences	☐ ... le développement des connaissances (savoir) ☐ ... le développement des habiletés techniques (savoir faire) ☐ ... le développement des comportements et attitudes (savoir-être) ☐ ... l'accueil, l'orientation et l'intégration des personnes																
Pratiques professionnelles	☐ ... l'intégration de pratiques basées sur les données probantes ☐ ... la standardisation et le respect des pratiques implantées ☐ ... la conformité de nos pratiques vis-à-vis des normes, standards et lois ☐ ... l'intégration de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation																
Collaborations et partenariats	☐ ... les relations interpersonnelles ☐ ... la collaboration interprofessionnelle ☐ ... l'implication de nos partenaires externes ☐ ... le rayonnement du CHUS à l'externe																
Utilisation judicieuse de nos RESSOURCES <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e8f5e9; padding: 5px;">Besoins et disponibilité des ressources</td> <td> ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. financières (\$ récurrents et non) ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. humaines (partenaires inclus) ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. matérielles et technologiques ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. informationnelles </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e8f5e9; padding: 5px;">Répartition des ressources</td> <td> ☐ ... la répartition et l'allocation des ressources financières ☐ ... l'organisation du travail (répartition des tâches et de la charge) ☐ ... la répartition et l'attribution des ress. matérielles et technologiques ☐ ... l'environnement physique (ex: aménagement, ergonomie, déplacements) </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e8f5e9; padding: 5px;">Contribution des ressources</td> <td> ☐ ... le coût des soins et des services (par volume) ☐ ... la contribution et la capacité des ressources humaines (ex: temps suppl.) ☐ ... le taux d'utilisation des ressources matérielles (ex: lits, salles, équipements) ☐ ... le maintien et l'entretien des ressources informationnelles </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e8f5e9; padding: 5px;">Bien-être et entretien des ressources</td> <td> ☐ ... le climat et la satisfaction au travail ☐ ... la santé, la sécurité et la présence au travail ☐ ... la stabilité et la rétention des ressources humaines ☐ ... le maintien et l'entretien des ressources matérielles et technologiques </td> </tr> </table>	Besoins et disponibilité des ressources	☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. financières (\$ récurrents et non) ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. humaines (partenaires inclus) ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. matérielles et technologiques ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. informationnelles	Répartition des ressources	☐ ... la répartition et l'allocation des ressources financières ☐ ... l'organisation du travail (répartition des tâches et de la charge) ☐ ... la répartition et l'attribution des ress. matérielles et technologiques ☐ ... l'environnement physique (ex: aménagement, ergonomie, déplacements)	Contribution des ressources	☐ ... le coût des soins et des services (par volume) ☐ ... la contribution et la capacité des ressources humaines (ex: temps suppl.) ☐ ... le taux d'utilisation des ressources matérielles (ex: lits, salles, équipements) ☐ ... le maintien et l'entretien des ressources informationnelles	Bien-être et entretien des ressources	☐ ... le climat et la satisfaction au travail ☐ ... la santé, la sécurité et la présence au travail ☐ ... la stabilité et la rétention des ressources humaines ☐ ... le maintien et l'entretien des ressources matérielles et technologiques	Qualité et accessibilité des soins et services à nos PATIENTS <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe; padding: 5px;">Expérience des patients</td> <td> ☐ ... l'expérience vécue des patients et de leurs proches ☐ ... la participation du patient et de ses proches dans les soins et services ☐ ... l'approche attentive des équipes auprès du patient et de ses proches ☐ ... les délais d'attente et l'équité d'accès aux soins et aux services </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe; padding: 5px;">Pertinence de l'offre de soins et services</td> <td> ☐ ... l'adéquation des soins et services avec le profil et les besoins des patients ☐ ... l'utilisation des pratiques basées sur les données probantes ☐ ... les modalités de prises en charge (ex: ambulatoire vs hospitalisation...) ☐ ... la gamme des soins et services et les volumes d'activités </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe; padding: 5px;">Sécurité des soins et services</td> <td> ☐ ... les infections nosocomiales ☐ ... la mortalité hospitalière évitable ☐ ... les autres événements indésirables évitables (ex: plaies, chutes...) ☐ ... les délais d'intervention et de traitement </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe; padding: 5px;">Efficacité des soins et services</td> <td> ☐ ... la condition de santé des patients ☐ ... le niveau de réadmission des patients ☐ ... les facteurs de risques (ex: maladies chroniques...) ☐ ... les orientations ministérielles </td> </tr> </table>	Expérience des patients	☐ ... l'expérience vécue des patients et de leurs proches ☐ ... la participation du patient et de ses proches dans les soins et services ☐ ... l'approche attentive des équipes auprès du patient et de ses proches ☐ ... les délais d'attente et l'équité d'accès aux soins et aux services	Pertinence de l'offre de soins et services	☐ ... l'adéquation des soins et services avec le profil et les besoins des patients ☐ ... l'utilisation des pratiques basées sur les données probantes ☐ ... les modalités de prises en charge (ex: ambulatoire vs hospitalisation...) ☐ ... la gamme des soins et services et les volumes d'activités	Sécurité des soins et services	☐ ... les infections nosocomiales ☐ ... la mortalité hospitalière évitable ☐ ... les autres événements indésirables évitables (ex: plaies, chutes...) ☐ ... les délais d'intervention et de traitement	Efficacité des soins et services	☐ ... la condition de santé des patients ☐ ... le niveau de réadmission des patients ☐ ... les facteurs de risques (ex: maladies chroniques...) ☐ ... les orientations ministérielles
Besoins et disponibilité des ressources	☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. financières (\$ récurrents et non) ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. humaines (partenaires inclus) ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. matérielles et technologiques ☐ ... les besoins et la disponibilité des ress. informationnelles																
Répartition des ressources	☐ ... la répartition et l'allocation des ressources financières ☐ ... l'organisation du travail (répartition des tâches et de la charge) ☐ ... la répartition et l'attribution des ress. matérielles et technologiques ☐ ... l'environnement physique (ex: aménagement, ergonomie, déplacements)																
Contribution des ressources	☐ ... le coût des soins et des services (par volume) ☐ ... la contribution et la capacité des ressources humaines (ex: temps suppl.) ☐ ... le taux d'utilisation des ressources matérielles (ex: lits, salles, équipements) ☐ ... le maintien et l'entretien des ressources informationnelles																
Bien-être et entretien des ressources	☐ ... le climat et la satisfaction au travail ☐ ... la santé, la sécurité et la présence au travail ☐ ... la stabilité et la rétention des ressources humaines ☐ ... le maintien et l'entretien des ressources matérielles et technologiques																
Expérience des patients	☐ ... l'expérience vécue des patients et de leurs proches ☐ ... la participation du patient et de ses proches dans les soins et services ☐ ... l'approche attentive des équipes auprès du patient et de ses proches ☐ ... les délais d'attente et l'équité d'accès aux soins et aux services																
Pertinence de l'offre de soins et services	☐ ... l'adéquation des soins et services avec le profil et les besoins des patients ☐ ... l'utilisation des pratiques basées sur les données probantes ☐ ... les modalités de prises en charge (ex: ambulatoire vs hospitalisation...) ☐ ... la gamme des soins et services et les volumes d'activités																
Sécurité des soins et services	☐ ... les infections nosocomiales ☐ ... la mortalité hospitalière évitable ☐ ... les autres événements indésirables évitables (ex: plaies, chutes...) ☐ ... les délais d'intervention et de traitement																
Efficacité des soins et services	☐ ... la condition de santé des patients ☐ ... le niveau de réadmission des patients ☐ ... les facteurs de risques (ex: maladies chroniques...) ☐ ... les orientations ministérielles																

Adapté : RONDEAU, Alain (2009) Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal

- Implanter un modèle de gestion transversal, intégré et systémique des trajectoires patients stratégiques
 - o Une première trajectoire stratégique a été identifiée, l'oncologie. Elle sera suivie de la trajectoire santé mentale.
 - o **La cartographie de la trajectoire oncologie a débuté.**